



Programa de Pós-Graduação em  
**Antropologia** • UFPA

**Cristina Maria Arêda-Oshai**

**“Não é só médico que cura, não é só a Medicina que cura”:  
perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas  
no Marajó – Pará/Brasil**

**Belém, Pará**

**2017**



**Cristina Maria Arêda-Oshai**

**“Não é só médico que cura, não é só a Medicina que cura”:  
perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas  
no Marajó – Pará/Brasil**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA) na Universidade Federal do Pará (UFPA), sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Felipe Beltrão.

**Belém, Pará**

**2017**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Biblioteca de Pós-Graduação do IFCH/UFPA

---

Arêda-Oshai, Cristina Maria

"Não é só médico que cura, não é só a Medicina que cura":  
perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó -  
Pará/Brasil / Cristina Maria Arêda-Oshai. - 2017.

Orientadora: Jane Felipe Beltrão  
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará,  
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-  
Graduação em Antropologia, Belém, 2017.

1. Quilombolas - Salvaterra (PA). 2. Quilombolas - Saúde. 3.  
Direito à saúde. 4. Quilombolas - Usos e Costumes.

CDD 22.ed. 306.461098115

---



**Cristina Maria Arêda-Oshai**

**“Não é só médico que cura, não é só a Medicina que cura”: perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó – Pará/Brasil**

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani – PPGP/UFPA  
Examinador externo

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zélia Amador de Deus – ICA/UFPA  
Examinadora externa

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eliane Cantarino O’Dwyer – UFF/UFPA  
Examinadora interna

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Pahl Schaan – PPGA/UFPA  
Examinadora interna

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Donza Cancela – PPGHIST/UFPA  
Examinadora externa suplente

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Elizabeth Acevedo Marin – PPGA/UFPA  
Examinadora interna suplente

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Felipe Beltrão – PPGA/UFPA  
Orientadora e presidenta da Banca

**Belém, Pará**

**2017**

Às(aos) parteiras(os) e benzedoras(os); às (aos) curandeiras(os), Às(aos) pajés, Às(aos) conhecedoras(es) das plantas e preparadoras(es) de remédios, que exercitando seus dons e conhecimentos, aliviam as dores físicas e espirituais de quem as(os) procuram. À parteira que me trouxe ao mundo, Augusta das Lanças Mercês (em lembrança), minha querida Vó Gusta.

## Agradecimentos

A Deus, que me ajudou na travessia do oceano. Em terra firme fez crescer musgos entre as pedras que surgiram no caminho, aliviando meus pés na caminhada. Fortaleceu, confortou, protegeu, me inspirou, sem isso eu não teria chegado até aqui.

À Maria Luíza Arêda Costa e Domingos de Araújo Costa, meus pais, meus maiores e melhores exemplos. Agradeço pelas palavras sábias, pelo apoio incondicional, carinho e amor sem fim. Agradeço à família que vocês formaram, minhas irmãs Cláudia, Graziela e Ellen Arêda Costa, pelo apoio incondicional e pela presença constante, apesar da distância. A meus filhos-sobrinhos Luana Cristina, Lucas Diniz de Arêda e João Vítor Arêda Xavier pela torcida, pela energia positiva, inspiração e estímulo. Ao Lucas, também agradeço pela elaboração de mapas, apesar dos muitos afazeres!

À minha família em Belém, Ndukaego Ndubuisi Oshai, meu marido; Samuel Odiakaose, Annie Chineye Uzoma e Daniel Chukwufunaya Arêda Oshai, meus filhos. Agradeço a compreensão pelas minhas ausências, paciência, inspiração, estímulo, apoio incondicional e pela escuta atenta, por mais que o assunto fosse o de sempre.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Felipe Beltrão pela ajuda financeira prestada por meio do projeto “Indígenas e Quilombolas Mulheres em Situação de Violência”, que custeou a maior parte dos meus trabalhos de campo; por disponibilizar equipamentos; por ter se disposto a contribuir comigo nos ritos do doutorado e pelas orientações ao longo do curso. Serei eternamente grata pelo respeito e paciência dedicados a mim; pela acolhida solidária e por me mostrar caminhos e alternativas, ainda que em circunstâncias um tanto adversas. Obtive aprendizados profissionais e pessoais imensuráveis. Muito obrigado!

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos de Souza Lima e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Pahl Schaan pelas contribuições teóricas feitas na qualificação do projeto de doutorado, que me instigaram a pensar mais criticamente sobre as interfaces entre Estado, políticas públicas e as minorias. Agradeço a ambos pelas indicações de leitura e pelas contribuições para o enriquecimento da tese.

Às(Aos) especialistas locais expresso gratidão e admiração pela dedicação, respeito, solidariedade, por manterem as portas sempre abertas a quem necessita de cuidados, por tudo que fizeram e fazem para aliviar as dores físicas e espirituais de quem os procuram; também sou imensamente grata pela acolhida que me deram e pelos ensinamentos compartilhados. A vocês e a seus familiares, eu agradeço às senhoras Amélia Rodrigues Paraense, Maria da Conceição Sarmiento dos Santos, Maria Gilda dos Santos, Raimunda de Jesus Corrêa Carneiro (em lembrança) e aos senhores Manoel Cipriano Leal e Manoel de Souza Macêdo (Manduca).

Às senhoras Alcemira Cristina da Conceição, Gildete dos Santos, Maria da Conceição Sarmiento dos Santos, Rita de Cássia Santos do Nascimento e aos senhores Hamilton Corrêa Carneiro, Lucivaldo Figueiredo Leal e Roberto César Araújo Souza eu parabeno pelo zelo, sensibilidade e esforço para conciliar conhecimentos local e científico, e assim construir pontes entre os sistemas de saúde; agradeço pelos diálogos, informações e ensinamentos.

Às senhoras Prof<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro (mãe), Maria José Alcântara Carneiro (Zeca) e Valéria de Jesus Almeida Carneiro agradeço por me hospedarem em suas casas, pela atenção, apoio, por emprestarem suas falas, por todas as informações e ensinamentos que compartilharam comigo. Serei sempre grata a vocês e a seus familiares.

Pela atenção, acolhida em suas casas, confiança, pelos ensinamentos, informações e experiências compartilhadas e por emprestarem suas falas eu agradeço a vocês e a seus familiares:

Em Bacabal, senhoras Lina do Socorro Freire Leal e Alcione Gonçalves; e os senhores Francisco Dias (Seu Calema) e Haroldo Júnior da Conceição.

Em Bairro Alto, senhoras Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo dos Santos Leal, Meire do Socorro dos Santos Barroso, senhores Aurino José Dias da Conceição e Prof. Fernando Vaz. Em nome da Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo eu agradeço aos demais servidores da Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental (EMEIF) Benedito Tomás Carneiro.

Em Deus me Ajude, a senhora Mariza Alcântara de Souza e José Luís Souza de Souza.

Na Enseada, senhora Lídia Paraense de Souza.

Em Rosário, senhoras Elianete de Sousa Guimarães, Elieide de Assunção Sousa, Maria Joana dos Reis Assunção Sousa e o senhor Manoel Silva Vasconcelos.

Em Salvar agradeço às senhoras Cristiane do Socorro Leal Ramos, Rosana de Fátima Leal Ramos, Maria Lúcia Pacheco dos Santos; e ao jovem George Lucas Ramos Albuquerque.

Em Santa Luzia, senhoras Izabeli da Silva Leal, Maria das Dores da Silva Leal e o Mestre Ademar Angelim Leal.

Em Pau Furado, senhoras Claudiane Figueiredo de Jesus, Ivone Chaves, Jorgeane, Prof<sup>a</sup>. Karen Silva Souza, Macionila Corrêa Carneiro, Lúvia Maria, Maíra Alcântara Carneiro, Marcilene Carneiro, Maria da Luz Nascimento, Maria de Jesus Figueiredo Gonçalves (Lica), Maria de Lourdes Chaves, Maria Dinair Corrêa Carneiro, Maria do Socorro Corrêa Carneiro, Maria Helena Chaves, Maria Heloíza Alcântara Carneiro, Maria Shirley Figueiredo de Jesus, Maria Odineia Corrêa Carneiro, Maria Nailza Corrêa Carneiro (Naza), Marlene Nascimento, Marli Nascimento, Raimunda Nascimento (Dica), Rosana, Rosângela, Selma Carneiro, Socorro Corrêa Carneiro, Waldinéia Carneiro (Ginu); e senhores, Ademir Corrêa Carneiro, Prof. Alan Júnior Figueiredo de Jesus, Alcemir Corrêa Carneiro (Tio Curica), Aluizio Rodrigues Alcântara Carneiro, Guilherme de Jesus Corrêa, Jó Nascimento, Maik José Alcântara Carneiro, Raimundo Vílson Alcântara Carneiro (Tio Rai), Roberto dos Santos Nazaré.

Pelas mesmas razões estendo os agradecimentos às(aos) interlocutoras(es) que contribuíram anonimamente.

A todas as crianças e jovens que me fizeram companhia pelos caminhos da comunidade, que contribuíram comigo na roda de conversas, fizeram desenhos, me ensinaram sobre as plantas e sobre a comunidade Pau Furado.

Agradeço ao jovem Maik José Alcântara Carneiro e aos senhores João Roberto dos Santos, Robson e Robério, por terem me conduzido em segurança no ir e vir

necessário à realização do trabalho. Sou grata pela paciência, compreensão e respeito demonstrados por mim e pelo meu trabalho.

Agradeço ao Dr. Marco Apolo Santana Leão e à equipe da Sociedade Paraense de Defesa de Direitos Humanos pelo apoio incondicional que me deram diante de alguns obstáculos, pois tive a tranquilidade para seguir com os estudos e com a vida.

Agradeço à Malungu, em especial às senhoras Valéria de Jesus Almeida Carneiro, Izabeli da Silva Leal e ao senhor Raimundo Hilário Moraes pelas informações prestadas e pela disponibilidade em cooperar comigo.

Ao mesmo tempo em que agradeço, eu parabenizo à Coordenação do *Abayomi* e a todos(as) integrantes do grupo pelo ativismo político em prol dos direitos da juventude negra em Salvaterra e no Pará.

Ao Antônio Carlos da Cruz Villas pelo apoio na trajetória do doutorado, pela confiança, cordialidade e amizade.

Ao Homero Vilar Corrêa pela amizade, companheirismo, pela escuta atenta e paciente. Suas palavras encorajadoras fizeram minha caminhada mais suave.

Agradeço à Haydee Borges Fonseca pela amizade e solidariedade diante de situações que aconteceram no percurso de construção da tese. Nossos diálogos ajudavam a nutrir minha esperança de que tudo daria certo ao final.

Às(aos) ativistas do Centro de Estudos e Defesa do Negro no Pará pela resistência ao racismo e às(aos) racistas, que direta ou indiretamente, nos ajuda a resistir.

Sou grata a todas(os) as(os) colegas do *Grupo Cidade Aldeia & Patrimônio*, coordenado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Felipe Beltrão. Agradeço pelo tempo de convívio e aprendizado diversificado que obtive, pela solidariedade, companhia em campo, pelas contribuições ao projeto para qualificação (Rhuan Carlos dos Santos Lopes e Prof. Assis da Costa Oliveira) e ao esboço de uma seção da tese (Nílson Santa Brígida e Prof. Dr. Tiago Pedro Ferreira Tomé); agradeço ao Prof. Uwira Xabriabá (William César Lopes Domingues) pelo diálogo sobre reciprocidade, que trago na tese. À Prof<sup>a</sup>. Rosani de Fátima Fernandes e à Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Telma Eliane Garcia sou grata também pelo cuidado que tiveram comigo, enfim pela alteridade.

Sou grata ao Rhuan Carlos dos S. Lopes e à Antônia Damasceno pela solidariedade e predisposição em ajudar sempre, pois mesmo atarefados contribuíram comigo, entre outras formas, elaborando mapas.

À Camila Sousa eu agradeço pela companhia nos dois primeiros trabalhos de campo e pelas fotos disponibilizadas para uso na tese.

Às senhoras Osmarina Gato Barbosa e Cleo Ferreira sou grata pela atenção e gentileza com que sempre atenderam às minhas solicitações.

Às(aos) colegas da Faculdade de Serviço Social agradeço pela liberação para o doutorado e pela torcida para o meu êxito.

Agradeço às(aos) docentes do PPGA pelos ensinamentos teóricos compartilhados que foram muito úteis para esta tese e serão para meu exercício profissional.

A gratidão que tenho, e por tantas pessoas, não cabe em nenhuma palavra, como também, não poderia agradecer nominalmente a todas elas. Por isso eu agradeço às pessoas que não foram mencionadas aqui, mas que também compartilharam ideias, livros, indicaram leituras e solidarizaram-se comigo nos altos e baixos que permeiam a escrita de uma tese.

*Ainda Assim Eu Me Levanto – (“Still I Rise”)*

*Você pode me inscrever na História  
Com as mentiras amargas que contar,  
Você pode me arrastar no pó  
Mas ainda assim, como o pó, eu vou me levantar.*

[...]

*Assim como a lua e o sol,  
Com a certeza das ondas do mar  
Como se ergue a esperança  
Ainda assim, vou me levantar  
Você queria me ver abatida?  
Cabeça baixa, olhar caído?  
Ombros curvados com lágrimas?  
Com a alma a gritar enfraquecida?  
Minha altivez o ofende?  
Não leve isso tão a mal,  
Porque eu rio como se eu tivesse  
Minas de ouro no meu quintal.  
Você pode me fuzilar com suas palavras,  
E me cortar com o seu olhar.  
Você pode me matar com o seu ódio,  
Mas assim, como o ar, eu vou me levantar*

[...]

*Eu me levanto*

*Acima de um passado que está enraizado na dor*

*Eu me levanto*

*Eu sou um oceano negro, vasto e irrequieto,  
Indo e vindo contra as marés, eu me levanto.*

*Deixando para trás noites de terror e medo*

*Eu me levanto*

*Em uma madrugada que é maravilhosamente clara*

*Eu me levanto*

*Trazendo os dons que meus ancestrais deram,  
Eu sou o sonho e as esperanças dos escravos.*

*Eu me levanto*

*Eu me levanto*

*Eu me levanto!*

*(Maya Angelou, s/d)*

## **“Não é só médico que cura, não é só a Medicina que cura”: perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó – Pará/Brasil**

**Resumo:** A tese apresenta os resultados de um estudo realizado com coletivos quilombolas de Salvaterra, Ilha de Marajó, cujo objetivo foi compreender como sujeitos quilombolas têm cuidado da saúde. Publicações sobre saúde da população negra e, em número mais escasso, sobre quilombolas, indicam inúmeras dificuldades de acesso ao Sistema Único de Saúde, oficial no país. Experiências empíricas junto a esses coletivos permitiram a constatação de dificuldades de acesso, mas também a identificação de práticas terapêuticas locais, como o uso de plantas e produtos de origem animal, práticas de benzeção e técnicas de manipulação corporal, desenvolvidas por benzedeadas, parteiras, curandeiros (pajés), entre outros(as) especialistas. Por esta razão foi elaborada a tese: o Sistema de Saúde Local tem primazia sobre o Sistema de Saúde Oficial, não apenas pelas facilidades de acesso, mas acima de tudo pelas afinidades socioculturais entre os sujeitos envolvidos e identificação com as práticas terapêuticas. O método comparativo propiciou o movimento entre sete comunidades quilombolas e favoreceu a construção de um conjunto de conhecimentos que integram não apenas semelhanças, mas também variedade. Semelhanças foram identificadas nas noções de saúde que combinam dimensões espiritual, psicossocial, socioambiental e biológica, geralmente, não consideradas no Sistema de Saúde Oficial, que se orienta em torno da dimensão biológica. Na percepção dos sujeitos quilombolas, para ter saúde é preciso ter alimentação saudável e direito ao território, se prevenir “das coisas ruins” e assim cuidar do espírito, respeitar os seres vivos em roupagens humanas ou não, e cuidar do ambiente. A semelhança entre as noções de saúde, no entanto, não geram padrão idêntico na escolha dos itinerários terapêuticos. Estes são influenciados também por experiências de vida, vínculos religiosos ou denominacionais e pelas percepções sobre a resolutividade dos sistemas de saúde, avaliada com base no poder dos conhecimentos, local e científico, que subsidiam os sistemas. Foram identificadas seis tendências distintas, mas em todas elas o itinerário terapêutico se inicia no âmbito do Sistema de Saúde Local, sendo o Sistema Oficial procurado em caráter complementar. Em todas as circunstâncias foram mantidos os vínculos com o Sistema Local, independente de se ter acesso ou não ao Sistema Oficial, confirmando assim a tese elaborada. Contudo a questão do acesso não pode ser desprezada, pois ao contrário do Sistema de Saúde Local, no qual os recursos terapêuticos estão à porta de casa, para buscar o Sistema de Saúde Oficial, quando se faz necessário, “tem que ter muito estômago”.

**Palavras-Chave:** Quilombolas; Noções de saúde; Sistemas de saúde; Itinerários terapêuticos; Direitos para quilombolas.

## **"Not only a doctor cures, not only Medicine that cures": perspectives on health among Quilombola Collectives in Marajó - Pará / Brazil**

**Abstract:** The thesis presents the results of a study carried out with quilombola collectives of Salvaterra, Marajó Island, which objective was to understand how quilombola subjects take care of health. Publications on the health of the black population and, more scarcely, on quilombolas, indicate innumerable difficulties of access to the official National Health System, in the country. Empirical experiments with these collectives allowed us to identify access difficulties, but also the identification of local therapeutic practices, such as the use of plants and products of animal origin, faith healing by blessing practices and techniques of corporal manipulation, developed by faith healers, local midwives, witch-doctors, among other specialists. For this reason the thesis: Local Health System takes precedence over the Official Health System, was elaborated, not only for the access facilities, but above all for the sociocultural affinities between the subjects involved and identification with the therapeutic practices. The comparative method propitiated the movement among seven quilombola communities and favored the construction of a set of knowledge that integrate not only similarities, but also variety. Similarities have been identified in the notions of health that combine spiritual, psychosocial, socioenvironmental and biological dimensions, generally not considered in the Official Health System, which is oriented around the biological dimension. In the perception of the quilombola people, in order to be healthy it is necessary to have healthy food and right to territory, be prevented "from bad things" and thus taking care of the spirit, respecting living things in human form or not and care for environment. The similarity between the notions of health, however, do not generate an identical behavioral pattern in the therapeutic itineraries. These are also influenced by life experiences, religious or denominational links and perceptions about the resoluteness of health systems, which are evaluated on the basis of the power of local and scientific knowledge that subsidize the systems. Six different behavioral trends were identified, but in all of them the therapeutic itinerary starts within the scope of the Local Health System, and the official system is sought in a complementary way. In all circumstances, the links with the local system were maintained, regardless of access to the Official System, thus confirming the thesis elaborated. However, the issue of access can not be ignored, because unlike the Local Health System, where therapeutic resources are at the door step, to seek the Official Health System, when necessary, "you need to have a lot of gut."

**Keywords:** Quilombolas; Notions of health; Health systems; Therapeutic itineraries; Rights for quilombolas.

## Lista de Figuras

Figura 1 – Ampliação do campo de pesquisa .....	19
Figura 2 – Croqui do núcleo da comunidade Pau Furado. Sr <sup>a</sup> . Maria José A. Carneiro, 2014 ....	24
Figura 3 – Oscilações na nomeação de coletivos negros .....	44
Figura 4 – Espacialização de coletivos quilombolas em Salvaterra, Acevedo Marin (2005-a)..	101
Figura 5 – Croqui da comunidade Santa Luzia. (Leal, 2012; Projeto <i>Ijè Ofé</i> , 2012) .....	106
Figura 6 – Adoecimento na família. Jamili da Silva Carneiro, 2015 .....	182
Figura 7 – ‘Para ter saúde’. Marcos Carneiro, 2015 .....	195
Figura 8 – ‘Para ter saúde. Raylana Corrêa, 2015 .....	206
Figura 9 – Simulação de fluxo no Sistema Único de Saúde .....	255
Figura 10 – Itinerário: unidade domiciliar, hospital, especialista local .....	310
Figura 11 – Itinerário: unidade domiciliar, pessoa mais experiente, especialista local, hospital .....	314
Figura 12 – Itinerário: especialista local, hospital .....	315
Figura 13 – Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, especialistas locais .....	319
Figura 14 – Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, especialistas locais, evangélicos .....	322
Figura 15 – Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, clérigos e/ou leigos .....	323

## Lista de Quadros

Quadro 1 – Base Legal dos Direitos Territoriais destinados a Coletivos Quilombolas .....	62
Quadro 2 – Objetivos e Metas do PPA 2012-2015 Relacionados a Coletivos Negros .....	77
Quadro 3 – Plantas Terapêuticas Encontradas e Utilizadas em Pau Furado .....	186
Quadro 4 – Plantas Terapêuticas Encontradas e Utilizadas nos Territórios Quilombolas.....	188

## Lista de Mapas

Mapa 1 - Localização das comunidades quilombolas .....	99
Mapa 2 – Percursos e percalços para o acesso à Atenção Básica – Salvar .....	257
Mapa 3 – Percursos e percalços para o acesso à Atenção Básica.....	259
Mapa 4 – Hospitais de referência em Belém .....	261
Mapa 5 – Sistema de Saúde Local – cuidados em saúde ‘à porta de casa’ .....	301

## Lista de Fotografias

Foto 1 – Sr <sup>a</sup> . Maria José A. Carneiro (Zeca) elaborando croqui. 2014 .....	23
Foto 2 – Trecho do igarapé da Passagem .....	103
Foto 3 – Cerca rompida do lado de Pau Furado.....	104
Foto 4 – Fim do atalho – cerca aberta em Bacabal. 2014.....	105
Foto 5 – Embarcações utilizadas na travessia para Mangueiras e Salvar. 2015 .....	107
Foto 6 – Casa da Sr <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> de Lourdes em Pau Furado. 2014 .....	112
Foto 7 – Casa da Sr <sup>a</sup> . Maria José Carneiro em Pau Furado. 2016 .....	113
Foto 8 – Casas da Sr <sup>a</sup> . Raimunda Carneiro em Pau Furado. Sr <sup>a</sup> . Maria José Carneiro, 2016....	114
Foto 9 – Vista externa de poço em uma casa ‘abandonada’ em Salvar. 2015.....	117
Foto 10 – Vista interna de poço em Salvar. 2015 .....	118
Foto 11 – Modelo de banheiro em Pau Furado. M <sup>a</sup> José Carneiro, 2014.....	118
Foto 12 – Frente de casas em Santa Luzia. 2015 .....	120
Foto 13 – Frente de casas em Bacabal. Camila Sousa, 2014.....	121
Foto 14 – Quintal entre duas casas em Pau Furado. 2014.....	121
Foto 15 – Alter construído em Salvar. 2015.....	122
Foto 16 – Vassoura utilizada em Pau Furado. 2014.....	123
Foto 17 – Vassoura para ajuntar ‘cruera’ em casa de farinha de Pau Furado. 2014.....	124
Foto 18 – Pé de cipó de alho em um quintal em Salvar. 2015.....	125
Foto 19 – Quintal da casa da Sr <sup>a</sup> . Maria Gilda dos Santos em Bairro Alto. 2016.....	125
Foto 20 - Horta cultivada pela Prof <sup>a</sup> . Karen Souza em Pau Furado. 2016 .....	127
Foto 21 – Homens construindo um ‘curral’ em Bairro Alto. 2015 .....	128
Foto 22 – Homens construindo embarcações em Santa Luzia. 2015 .....	128
Foto 23 – Sr. Lucivaldo Leal cuidando de uma roça de mandioca. 2016 .....	130
Foto 24 – Roça de abacaxi em Pau Furado. 2016 .....	131
Foto 25 – Sr <sup>a</sup> . Waldinéia Carneiro (Ginu) triturando mandiocas na caititu. 2015 .....	132
Foto 26 – Mulheres descascando mandioca em Pau Furado. Gabriela C. Gonçalves. 2015 ....	133
Foto 27 – Jirau com plantas cultivadas pela Sr <sup>a</sup> . Ma. Gilda dos Santos em Bairro Alto. 2016..	135
Foto 28 – Jirau com plantas cultivadas pela Sr <sup>a</sup> . Mariza Souza em Deus me Ajude. 2015 .....	136
Foto 29 – Jirau com plantas cultivadas pela Sr <sup>a</sup> . Olga em Salvar. 2015.....	136
Foto 30 – Plantas cultivadas pela Sr <sup>a</sup> . Raimunda Carneiro. Sr <sup>a</sup> . Maria José Carneiro, 2016 ....	137
Foto 31 – Ponto de pregação da Igreja Evangelho Quadrangular em Pau Furado. 2015.....	143
Foto 32 – Igreja Nossa Senhora da Batalha em Pau Furado. 2015 .....	144
Foto 33 – Vista externa da igreja de São Raimundo em Bacabal. Camila Sousa, 2014 .....	145
Foto 34 – Finalistas do concurso de Miss Quilombola. Camila Sousa, 2014.....	146
Foto 35 – Divulgação da Festa dos Produtores de Bacabal. Camila Sousa, 2014 .....	147
Foto 36 – Prédio antigo da Escola. M <sup>a</sup> José Carneiro. 2014 .....	149
Foto 37 – Vista lateral do prédio novo da Escola-Polo. M <sup>a</sup> José A. Carneiro, 2014.....	149
Foto 38 – Sementeira feita por crianças do Ensino Fundamental I. 2016 .....	151
Foto 39 – Canteiro com cultivos diversos. 2016 .....	151
Foto 40 – Prédio antigo da escola em Bacabal. Camila Sousa, 2014 .....	155
Foto 41 – Vista lateral do prédio novo da escola em Bacabal. 2016 .....	156
Foto 42 – Prédio novo da escola em Santa Luzia. 2015.....	157
Foto 43 – Prédio da escola em Deus me Ajude. 2015.....	158
Foto 44 – Divulgação do circuito bike em Bairro Alto. 2016.....	165
Foto 45 – Sede do Centro Comunitário de Pau Furado. Sr <sup>a</sup> . M <sup>a</sup> José A. Carneiro, 2014 .....	167
Foto 46 – Escolha da logomarca da camisa do <i>Abayomi</i> . 2015 .....	170
Foto 47 – Roda de conversa sobre conjuntura política. 2016 (autor não identificado) .....	171
Foto 48 – Artefato encontrado em Pau Furado. 2015 .....	173
Foto 49 – ‘Balneário do Aluísio’. Camila Sousa, 2014 .....	174

Foto 50 – Porto Cabeceira. Sr <sup>a</sup> . Maria José Carneiro, 2016 .....	175
Foto 51 – Cemitério Santa Rosa em Pau Furado. 2016.....	176
Foto 52 – Mestres do Carimbó: Damasceno, Tio Zampa, Sr. Ademar Angelim Leal. 2016.....	177
Foto 53 – Alguns dos integrantes do Grupo Unidos do Marajó. 2016.....	177
Foto 54 – Bicho (larva) do coco tucumã. 2014.....	178
Foto 55 – Sr <sup>a</sup> . Maria de Jesus e o pé de algodão. 2014 .....	185
Foto 56 – Sr <sup>a</sup> . Maria Odinéia e os pés de pariri e gengibre. 2014 .....	186
Foto 57 – Planta enfeitada com flores artificiais. 2014.....	193
Foto 58 – Trecho do igarapé da Passagem em Pau Furado. 2014 .....	196
Foto 59 – Estrada para Bairro Alto. Camila Sousa, 2014.....	198
Foto 60 – Estrada para Bacabal. 2016.....	199
Foto 61 – Planta giboinha, cultivada em Deus me Ajude. 2015 .....	211
Foto 62 – Planta comigo ninguém pode, cultivada em Pau Furado. 2015 .....	211
Foto 63 – I garapé da Vovó. Sr <sup>a</sup> . Maria José A. Carneiro, 2016.....	221
Foto 64 – Vanessa Carneiro exibindo os remédios caseiros. 2014 .....	223
Foto 65 – Sr <sup>a</sup> . Maria da Conceição Sarmiento. 2016 .....	237
Foto 66 – Parte interna do Posto de saúde de Bairro Alto. 2016 .....	249
Foto 67 – Ação educativa realizada em Bairro Alto. 2016 .....	251
Foto 68 – USF Passagem Grande. 2016.....	266
Foto 69 – “Não vai ter atendimento dentário e médico” na USF Passagem Grande. 2016 .....	266
Foto 70 – Aviso sobre obra de construção da UBS de Bairro Alto. 2015 .....	268
Foto 71 – Estágio da obra de construção da UBS de Bairro Alto – 08.03.2015. 2015 .....	268
Foto 72 – Estágio da obra de construção da UBS de Bairro Alto – 22.08.2016. 2016 .....	269
Foto 73 – Sr <sup>a</sup> . Raimunda Carneiro (Vó Diquinha). 2015.....	284
Foto 74 – Uma visita à Vó Diquinha. 2015 .....	285
Foto 75 – Sr <sup>a</sup> . Maria Gilda dos Santos. 2016.....	287
Foto 76 – Sr <sup>a</sup> . Amélia Rodrigues Paraense. 2016.....	290
Foto 77 – Sr <sup>a</sup> . Maria da Conceição Sarmiento. 2016 .....	294
Foto 78 – Sr. Manoel Cipriano Leal. 2016 .....	297
Foto 79 – Sr. Manoel Cipriano construindo embarcações. Izabeli Leal, 2015 .....	298

## Lista de Siglas e Abreviações

AB	Atenção Básica
ABA	Associação Brasileira de Antropologia
ABPN	Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
ADIn	Ação Direta de Inconstitucionalidade
APS	Atenção Primária à Saúde
Art	Artigo
ASQ	Agenda Social Quilombola
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CadÚnico	Cadastro Único
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCN	Centro de Cultura Negra
CEDENPA	Centro de Estudos e Defesa do/a Negro/a do Pará
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAQ	Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas
COPENE	Congresso Brasileiro de Pesquisadores/as Negros/as
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
CQ	Comunidade Quilombola ou Coletivo Quilombola
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
DDASS	Diretoria de Desenvolvimento e Auditoria dos Serviços de Saúde
DEM	Democratas
DNA	Ácido Dextrorribonucléico
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias
EMI	Exposição de Motivos Interministerial

ESF	Estratégia Saúde da Família
ESFSB	Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal
FCP	Fundação Cultural Palmares
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas
ITERPA	Instituto de Terras do Pará
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MDA	Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MOPS	Movimento Popular em Saúde
MPF	Ministério Público Federal
MPOG	Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MS	Movimento Sanitário
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde de Povos Indígenas
PNS	Plano Nacional de Saúde ou Política Nacional de Saúde
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral dos Povos do Campo, da Floresta e das Águas
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PPA	Plano Plurianual
PPGA	Programa de Pós-Graduação em Antropologia
PPI	Programação Pactuada e Integrada
Prof <sup>a</sup> .	Professora

Prof.	Professor
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SEPPIR	Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
Sr <sup>a</sup> .	Senhora
Sr.	Senhor
SSL	Sistema de Saúde Local
SSO	Sistema de Saúde Oficial
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UnB	Universidade de Brasília
VIP	Very Important Person – Pessoa Muito Importante

## Sumário

Da eleição do tema.....	1
1. Caminhos metodológicos.....	11
1.1. Produção da escolha do campo de trabalho.....	11
1.2. Uso do método comparativo na Antropologia Social.....	16
1.3. Detalhamento dos procedimentos metodológicos.....	20
2. A (re)emergência dos termos de designação ‘quilombo’ e ‘quilombola’ no cenário nacional.....	35
2.1. Forças que impulsionaram a (re)emergência dos termos de designação ‘quilombo’ e ‘quilombola’ na década de 1980.....	39
2.2. Polêmicas e controvérsias acerca do reconhecimento de direitos para coletivos negros.....	46
2.3. Decreto Nº. 4887 entre a regulamentação de direitos e a classificação de sujeitos.....	51
2.4. Racismo pessoal e institucional: nas entrelinhas das polêmicas e controvérsias.....	63
2.5. Apagamento e (in)visibilidade dos coletivos quilombolas.....	68
2.6. “Porque, de quilombola, aqui, não tem nada de benefício”.....	80
3. Um pouco do que foi compartilhado, um pouco do que foi observado.....	93
3.1. Localização das comunidades.....	96
3.2. Aspectos populacionais.....	108
3.3. Condições de moradia e saneamento básico.....	110
3.4. “Eu digo assim, para o lado que a vida me joga, para lá eu me viro”.....	127
3.5. Aspectos religiosos.....	141
3.6. Infraestrutura em educação formal.....	148
3.7. Parcerias com o Poder Público.....	159
3.8. Atividades de lazer.....	164
3.9. Organização política.....	166
3.9.1. Juventude negra <i>Abayomi</i> : um encontro precioso.....	168
3.10. Riquezas locais: pessoas, conhecimentos, lugares e práticas.....	172
4. “O que é saúde? Ah... Eu não sei explicar!”.....	180
4.1. “Tudo é importante, mas nossa bandeira de luta, mesmo, é o território”.....	183
4.2. “Para ter saúde, saudável mesmo, a gente tem que ter alimentação saudável”.....	203
4.3. “Mesmo se a pessoa não tiver sentindo nada, mas tem que ter paz”.....	209
4.4. Conhecimento sobre o corpo e autonomia também ajudam a ter saúde.....	216
4.5. “Porque na comunidade as pessoas mais sábias são as mais velhas”.....	218
4.6. É preciso “vizinhar” o que se sabe, se tem e se recebe.....	223
5. “O remédio caseiro vai até certo ponto e o remédio do médico vai até certo ponto”.....	226
5.1. Possibilidades de interseção entre os sistemas de saúde.....	231

5.2. Distinções entre especialista local e profissional da saúde .....	234
5.3. “Olha, a saúde aqui na comunidade está crítica”: configurações do SSO .....	242
5.4. Nem tanto ao simbólico, nem tanto ao técnico: eficácia simbólica e técnica.....	270
5.5. “Não é só médico que cura”: configurações do SSL.....	273
5.6. Apresentação dos(as) especialistas locais.....	283
5.6.1. Senhora Raimunda de Jesus Corrêa Carneiro (Vó Diquinha) .....	283
5.6.2. Senhora Maria Gilda dos Santos (Srª. Gilda).....	286
5.6.3. Senhor Manoel de Souza Macedo (Manduca) .....	288
5.6.4. Senhora Amélia Rodrigues Paraense .....	289
5.6.5. Senhora Maria da Conceição Sarmento dos Santos .....	293
5.6.6. Senhor Manoel Cipriano Leal .....	296
6. Itinerários terapêuticos: ‘para ficar boa, para ficar bom’ .....	303
6.1. Percepções acerca dos conhecimentos locais e científicos .....	304
6.2. Tendências na escolha de itinerários terapêuticos.....	309
6.2.1. “Só depois, depois que vão procurar médico, só se aquele remédio não der certo” .....	309
6.2.2. Quando os remédios caseiros não resolvem, se busca a(o) especialista local .....	312
6.2.3. “Eu acho que o conhecimento que a comunidade tem é mais importante” .....	315
6.2.4. “Eu faço é correr para os dois lados” .....	318
6.2.5. “Saúde tem dos dois lados” .....	322
6.2.6. “Antes eu mesma benzia, mas agora eu vou para a igreja” .....	323
Considerações finais.....	327
Referências.....	342

## Da eleição do tema

O tema 'Saúde & Quilombolas' foi sendo alinhavado ao longo de minha trajetória profissional na área da Saúde e da docência, tendo sido tangenciado pela perspectiva do Movimento Negro. Minha atuação profissional por quatro anos, como assistente social na Secretaria de Estado de Saúde do Pará (SESPA), me oportunizou conhecer, por dentro, a Política Nacional de Saúde em vigor e o Sistema Único de Saúde (SUS) pelo qual a política é operacionalizada.

A trajetória na SESPA também me oportunizou conhecer um pouco do interior do estado e atestar a diversidade (geográfica, biológica, cultural) que faz o Pará. Foi possível constatar a existência de dificuldades de acesso à política de saúde, aparentemente afetando grupos populacionais indistintamente. Por isso, a princípio pareceu que o problema do acesso independia de características étnico-raciais.

Entretanto, a participação em um diagnóstico sobre as condições de vulnerabilidade de Coletivos Quilombolas (CQs), realizado em 130 comunidades, distribuídas por 33 municípios, permitiu constatar que moradores de comunidades negras rurais acumulavam mais dificuldades para o acesso que outros grupos vivendo no mesmo município ou região. Foram relatadas inúmeras dificuldades para se ter uma consulta com profissional da medicina, para vacinação e realização de exames diagnósticos, próprios da Atenção Primária. (Oliveira, 2011)

Outra constatação foi a ausência do Poder Público nessas comunidades, configurada pela falta de saneamento básico, de escolas, de transporte público, unidades de saúde. A maior evidência, entretanto, é que os seus moradores estão por eles mesmos. Chamou atenção ainda o apagamento e a consequente invisibilidade das comunidades negras nos instrumentos de gestão – planos de Saúde, relatórios de gestão (dos poucos municípios que os tinham elaborados) e nas Programações Pactuadas e Integradas (PPI). Destaco que foi o Prof. Dr. Antônio Carlos de Souza Lima quem me alertou, na ocasião da qualificação do projeto de tese, sobre a inadequação do uso do termo invisibilidade para designar a ausência das demandas e interesses, no caso de coletivos quilombolas, em instrumentos de gestão e nas agendas

governamentais. A invisibilidade, como ensinado pelo Professor, deriva de posturas políticas premeditadas e intencionais, sendo uma delas o apagamento.

Na docência iniciada em 2005 realizei supervisão de estágio em seis dos sete hospitais públicos de referência para os estados do Pará, Amapá e Maranhão em especialidades variadas. Não me vem à mente ter encontrado nas dependências ou nos leitos pacientes negros (de cor preta), muito menos algum que se identificasse ou que fosse identificado como sendo 'quilombola'. O mesmo se aplica aos profissionais da Saúde e demais trabalhadores. Comecei a supor que o problema poderia estar nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que, em tese, teriam fácil acesso por serem 'portas de entrada' da Política de Saúde. O acesso à UBS é importante, pois é da Unidade que parte a maioria dos encaminhamentos para os hospitais de referência.

Por outro lado, nunca atuei em um pronto-socorro onde, geralmente, a procura é para atendimentos de urgência ou emergência. Somente neste tipo de Unidade e nas UBS's são atendidas demandas espontâneas, ou seja, quando qualquer pessoa, sem encaminhamento, apresenta ou tem sua queixa (demanda) apresentada por outrem. No entanto, a procura espontânea em hospitais de pronto-socorro e UBS's só é franqueada a residentes e domiciliados das áreas adstritas. Caso contrário, o atendimento fica condicionado ao encaminhamento formal feito no município de origem do usuário.

A invisibilidade de negros nos hospitais e demais unidades de saúde me levou a indagar se seríamos mais resistentes que os brancos, ou se quilombolas negros não adoeciam. Mas, e a população negra de Belém e arredores? Essas e outras perguntas foram sendo respondidas, entre outros, por Fátima Oliveira (2002), Fernanda Lopes (2005) e pelos próprios coletivos quilombolas; e por meio do Diagnóstico. (Oliveira, 2011) O descaso pela queixa e a falta de alternativas, ou o "não ter para onde correr", foram reiteradas nas narrativas.

Por exemplo, uma mulher quilombola que perdeu quatro de seus filhos antes de completar um ano de vida teve as mortes justificadas por "falta de sorte". Quando a mesma mulher, após um período adoentada acabou falecendo, suspeitou-se que ela sofria de anemia falciforme. Ela e os filhos, quando vivos, nunca foram encaminhados

para fazer uma investigação mais rigorosa no próprio município ou para outro que apresentasse maior capacidade resolutiva em seus serviços.<sup>1</sup>

Pelo exposto, minha primeira motivação para elaboração do projeto de pesquisa foi compreender os efeitos da falta ou dificuldade de acesso à Política de Saúde e, especificamente, à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) entre quilombolas. Entretanto, a fase exploratória possibilitou a identificação de alguns estudos, embora escassos, que atendiam à minha inquietação. Os efeitos, entre outros, se expressam na prevalência de doenças e agravos entre negros e indígenas, em franca redução ou com menor incidência entre brancos e amarelos.<sup>2</sup>

Outro motivo que me instigou a pesquisar foi a escassez de estudos sobre o tema 'Saúde & Quilombolas', especificamente. Em consulta ao acervo da Biblioteca Central da UFPA foram identificadas 24 dissertações e quatro teses abordando temas relacionados a coletivos quilombolas. Das dissertações, três apresentam resultados de pesquisas realizadas com pessoas quilombolas, que sob a perspectiva microbiológica versavam sobre patologias e alterações oftalmológicas. (Sá Maruoka, 2009; Caluff, 2009) A terceira, elaborada por William D. Borges (2010), combina aspectos biológicos com socioecológicos.

Outras duas dissertações, elaboradas por Patrícia M. Mendes (2012) e Élcio C. do Nascimento (2013) tangenciaram a discussão sobre saúde de quilombolas na medida em que abordaram o tema 'Insegurança Alimentar'. Entretanto, não apresentam discussões específicas em saúde. Entre as teses, a elaborada por Pedro Paulo Freire Piani (2007) é a única que trata do tema 'Saúde & Quilombolas', inclusive o autor realizou estudos no mesmo município onde pesquisei. Outro destaque sobre a tese é a abordagem não biológica, que se aproxima da minha perspectiva e interesse de estudo.

Importante mencionar a dissertação de Inara Mariela da S. Cavalcante (2011-a), não citada no repositório da UFPA, mas disponibilizada pelo orientador. A dissertação

---

<sup>1</sup> Conforme a Portaria do Ministério da Saúde Nº 55/1999 que regula o tratamento fora do domicílio. (MS, 1999)

<sup>2</sup> Ver Oliveira (2002), Fernanda Lopes (2005), Cardoso, Santos *et al.* (2005), MS (2015-a)

apresenta discussão sobre acesso e acessibilidade de coletivos quilombolas à política de saúde e foi muito útil na elaboração do projeto de doutorado. Além dessas referências utilizei relatórios técnicos elaborados no âmbito do projeto “Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas”<sup>3</sup>, que também foram muito úteis.<sup>4</sup>

Oliveira (2002) e Lopes (2005) afirmam que alguns indicadores de saúde, quando analisados sob o recorte étnico-racial revelam variações importantes na mortalidade e no perfil epidemiológico. As variações, por sua vez, são influenciadas por fatores socioecológicos cujos aspectos socioeconômicos, culturais, políticos e ambientais incidem nas condições de vida. Sendo assim, a constatação na própria pele do peso do racismo em minha trajetória de vida, e em estudos sobre saúde, nos quais o racismo figura como um dos determinantes do não acesso de negras e negros, também me instigou a abraçar o tema aqui proposto.

Inspirada em Joseph Ki-Zerbo (2010) quando afirma que “a história da África, como a de toda a humanidade, é a história de uma tomada de consciência” (2010: p. XXII), quis aprofundar em algumas histórias contadas e, muitas vezes, produzidas por terceiros sobre coletivos negros, dos quais sou descendente. Lilia Schwarcz (1999), ao refletir acerca de estudos sobre quilombos e quilombolas, realizados por antropólogos a partir da década de 1990 afirma que “também nessa área existem novidades, sobretudo quando antigos “objetos” se assumem como “sujeitos” e pesquisadores [...] situação [que] gera impasses importantes.” (1999: p. 305 – grifos do original) Os impasses a que Schwarcz (1999) se refere, dizem respeito, principalmente, à formulação de questionamentos no meio acadêmico sobre o silêncio ou, muitas vezes, sobre o mascaramento das desigualdades, em todos os seus aspectos; sobre a justificação e naturalização das desigualdades com base na diversidade.

Portanto, na condição de sujeito, ou, parafraseando Schwarcz, na condição de “[...] “antigos objetos” [me] assum[o] como “sujeit[o]” e pesquisador[a].” (1999: p. 305) Faço isso na esperança de conseguir gerar alguns impasses e (re)contar velhas histórias sobre quilombos e quilombolas e, ao mesmo tempo, apresentar histórias

---

<sup>3</sup> O projeto foi coordenado pela professora Dr<sup>a</sup> Jane Felipe Beltrão.

<sup>4</sup> Beltrão (2010), Oliveira (2008), Costa (2008), Parente (2009), Oliveira *et al.* (2009)

novas, ou ressignificadas pelos sujeitos que lhes dão vida. Uma história sobre saúde de quilombolas afro-brasileiros, parcial e datada, como são todas as histórias, será contada por uma pesquisadora afro-brasileira negra que, mesmo não tendo o quilombo como 'morada habitual', partilha de indignações, lutas e resistências também vivenciadas por quilombolas. Em mim se entrecruzam raça, gênero e classe, enquanto marcadores sociais de diferença, como ocorre com demais mulheres negras, quilombolas ou não.

Importante mencionar pequena participação ao longo de dois anos, como colaboradora no Projeto *Ijè Ofé*<sup>5</sup>, coordenado por um coletivo de entidades do movimento negro, atuantes na Amazônia. O projeto envolveu 80 comunidades quilombolas de quatro estados da Amazônia (Pará, Amapá, Tocantins e Maranhão) e teve como objetivo geral formar lideranças jovens para atuar com o manejo sustentável em seus territórios. Especificamente se pretendeu divulgar as experiências e conhecimentos construídos ao longo do projeto, através de rádios comunitárias e de um observatório que aglutinasse dados e informações sobre as 80 comunidades envolvidas, sendo a nossa colaboração para o alcance deste objetivo.<sup>6</sup>

Considerando que o manejo sustentável do e no território contrapõe-se dialeticamente às práticas predatórias, o seu uso tem dependido, cada vez mais do gozo pleno dos direitos territoriais. Sendo assim, ganhou visibilidade uma série de demandas, vindas das realidades sociais em que viviam os jovens participantes. Tais demandas desvelaram aspectos socioeconômicos, políticos, ambientais e culturais, com destaque para a saúde. Inclusive, um dos convites que recebi para desenvolver estudos sobre saúde em sua comunidade, partiu de uma jovem integrante do Projeto *Ijè Ofé*.

Por último, mas não menos importante para a delimitação do tema, problema e objetivos do trabalho, foi o meu encontro com a Antropologia Social, pela qual foi dada centralidade aos humanos. Por isso, a Política Pública de Saúde que inicialmente teria centralidade no estudo, será aqui tangenciada.

---

<sup>5</sup> Expressão traduzida como sendo do idioma iorubá, significando 'raça livre'.

<sup>6</sup> Por intermédio do Projeto de extensão Observatório Quilombola da UFPa: uma tecnologia social em favor do controle social e cidadania das comunidades quilombolas, coordenado por mim desde 2012.

Assim, a pergunta que motivou a realização do estudo e a elaboração deste trabalho é: como sujeitos quilombolas em Salvaterra (Marajó – Pará/Brasil) têm cuidado da saúde? Tenho como tese que o Sistema de Saúde Local tem primazia sobre o sistema de saúde oficial, não apenas pelas facilidades de acesso, mas acima de tudo pelas afinidades socioculturais entre os sujeitos envolvidos e identificação com as práticas terapêuticas utilizadas. Especificamente pretendi: (1) apreender as noções de saúde; (2) investigar a existência de estratégias e práticas terapêuticas locais; (3) identificar itinerários terapêuticos, tanto no âmbito do Sistema de Saúde Local, quanto no Sistema de Saúde Oficial; e (4) identificar e analisar, na perspectiva das interlocutoras, a relevância do sistema de saúde oficial nos territórios quilombolas.

Pau Furado foi a comunidade quilombola, foco do estudo, mas inspirada por Fredrik Barth (2000) tentei “constru[ir] um conjunto de conhecimentos locais [...]. Vale dizer, tentei conhecer outros lugares naquela região da mesma maneira que procurava conhecer a comunidade [Pau Furado].” (2000: p. 192) Com esta intenção eu transitei em Rosário, Santa Luzia, Bairro Alto (ou Barro Alto), Deus me Ajude, Salvar e Bacabal, todas situadas no município Salvaterra, na ilha de Marajó, estado do Pará.

Suponho que o estudo ora proposto, que visa a compreender como sujeitos quilombolas em Salvaterra (Marajó – Pará/Brasil) têm cuidado da saúde é, salvo engano, inédito nas comunidades referidas. Tenho conhecimento que cinco monografias que tangenciam o tema saúde foram elaboradas por discentes, egressos do Curso de Etnodesenvolvimento<sup>7</sup>, das quais tive acesso a apenas duas, as elaboradas por Maria José Alcântara Carneiro (2014) e por Meire do Socorro dos Santos Barroso (2014).

Penso que a relevância social e acadêmica da tese está imbricada ao que se diz oficialmente ser a missão institucional da Universidade Federal do Pará (UFPA) e a sua responsabilidade na colaboração para a consolidação de padrões de cidadania para as populações da Amazônia paraense. (UFPA, s/d) A relevância, penso eu, também se

---

<sup>7</sup> Iniciado em 2010 na UFPA – Campus Universitário de Altamira, sendo ofertado pela primeira vez no país. Os critérios para o ingresso, metodologia de ensino-aprendizagem e modalidades de avaliação o diferenciam dos demais cursos de nível superior, pois são considerados e valorizados a pertença étnica dos discentes, assim como os saberes tradicionalmente construídos e mantidos por eles. Mais informações consultar Oliveira, Beltrão e Ribeiro (2013).

manifesta na possibilidade de visibilizar os coletivos raciais, denominados por Ilka Boaventura Leite de 'grupos rurais negros'. A invisibilidade se configura em uma "modalidade de violação de direitos humanos [...] ancorada em tecnologias de controle e manipulação circunscrita ao mundo letrado." (Leite, 2010: p. 19) Ao contrário, a visibilidade pode favorecer o rompimento com essa modalidade de violação, que "opera através do uso abusivo da máquina, leis, bens públicos [...] e expropriação dos recursos que seriam de toda a coletividade." (Leite, 2010: p. 19)

A tese está organizada em seis capítulos, além desta introdução e das Considerações finais. No primeiro Capítulo, são apresentados os *Caminhos metodológicos* e a *produção da escolha do campo de trabalho*. Inspirada por Fredrik Barth (2000) assumi o desafio de fazer uso do método comparativo, estando aberta tanto à variedade, quanto à semelhança. Ao apresentar as razões que levaram à escolha e *produção do campo de trabalho*, faço narrando um fato acontecido em minha primeira ida à comunidade Pau Furado, envolvendo o jovem Antoniel do Espírito Santo Gonçalves de Jesus.

Trata-se de um acidente, a partir do qual foi iniciado um percurso em busca de resolutividade no hospital municipal de Salvaterra. O percurso é emblemático das dificuldades de acesso enfrentadas por quilombolas naquele município. Porém não foi apenas o fato (acidente), mas também o desfecho dele que, à luz da Antropologia, alteraram meu objetivo inicial, levando-me a querer compreender como os quilombolas cuidam da saúde, o que envolveu identificar as práticas terapêuticas locais e itinerários terapêuticos, apreender as noções locais sobre saúde, entre outros, e não mais, ou tão somente, a questão do acesso.

No segundo Capítulo, *A (re)emergência dos termos de designação 'quilombo' e 'quilombola' no cenário nacional* consta discussão acerca dos tensionamentos políticos gerados no âmbito do Estado, do Direito e da Política a partir da promulgação do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), pelo qual foi reconhecido o direito à propriedade de terras a coletivos negros, referidos na Constituição Federal como "remanescentes das comunidades de quilombos". (Brasil, 1988) Como será discutido, a (re)emergência dos termos de designação 'quilombo' e 'quilombolas', embora proposta com o objetivo de coletivizar a luta política pelo

território, e não criar essencialismos, foi possibilitada pela agência do movimento negro, apoiada por outros sujeitos coletivos e individuais, solidários à causa negra.

O Capítulo, que se inicia com uma reflexão sobre a (re)emergência de dois termos, em seu decorrer, revela o apagamento e invisibilidade de quilombos e quilombolas no plano real, ou seja, dos sujeitos cujos termos dizem respeito. O apagamento e invisibilidade são constatados nos resultados de levantamentos bibliográficos e documentais, realizados em revistas especializadas e em instrumentos de gestão de âmbito federal, a exemplo de Planos Plurianuais (PPA) e Plano Nacional de Saúde (PNS).

Na ocasião da qualificação do projeto de tese, fui instigada pelos examinadores, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Pahl Schaan e Prof. Dr. Antônio Carlos de Souza Lima, a refletir sobre as possibilidades de ser identificado e comprovado o racismo institucional como principal entrave para o acesso da população negra e de quilombolas negros às ações e serviços de saúde. Na verdade se fez uma provocação para reflexão sobre as nuances do racismo institucional e as formas, veladas e explícitas de manifestação. Em resposta às indagações apresento alguns fatos e argumentos em um tópico do Capítulo. Na mesma ocasião os examinadores reiteraram a importância da elaboração de um tópico tratando de forma específica sobre os direitos instituídos para os coletivos quilombolas. O tópico, que apresenta uma abordagem panorâmica sobre o Programa Brasil Quilombola (PBQ) e a Agenda Social Quilombola (ASQ), encerra o Capítulo.

Quando apresento no Capítulo 3 *Um pouco do que foi compartilhado, um pouco do que foi observado*, faço com duas intenções. Uma delas é levar o leitor externo às comunidades, em especial a Pau Furado através das descrições; a outra é que os leitores, moradores das CQ's se identifiquem e reconheçam as suas comunidades na descrição. Entretanto não estou segura se consegui estranhar o familiar e familiarizar o que me era estranho. (DaMatta, 1987) Por isso, talvez destaque coisas que, por serem tão familiares aos moradores, podem não lhes parecer tão relevantes. Ou então, deixe passar despercebidas outras, que seriam necessárias e relevantes. Se os objetivos foram alcançados, só o tempo dirá; e também os leitores.

Embora a ênfase das descrições recaia sobre Pau Furado, não só no Capítulo 3, mas em outros da tese, serão encontradas fotografias, informações e narrativas de

interlocutores das outras seis comunidades envolvidas no estudo. Ao apresentar as características gerais das comunidades – condições de moradia, saúde, educação, entre outros – faço a partir da variedade de situações encontradas nas comunidades.

Assim procedo com a intenção de contribuir para a visibilidade das realidades encontradas e também confrontar tais realidades com o que consta definido como direito para os CQ's. Outra intenção é disponibilizar dados e informações que estimulem a reflexão e, quem sabe, questionamentos sobre uma suposta homogeneidade que se pensa existir entre CQ's.

No Capítulo procuro descrever os territórios e as territorialidades construídas, por ser neles, e por intermédio deles que os coletivos viabilizam a sua (re)produção física, sociocultural. Afinal as narrativas locais indicam que a qualidade da relação estabelecida com os seres que habitam os territórios é um importante determinante da saúde humana, dos animais, plantas e do próprio território em geral. A relação inapropriada com as mães dos seres da natureza e de tudo que é vivo pode causar adoecimentos, sendo a recíproca verdadeira. Entretanto é também do território, com seus lugares sagrados, suas plantas e bichos, que pode vir, e vem, a cura.

Embora eu compartilhe as narrativas dos interlocutores ao longo de todo o trabalho é no quarto Capítulo, intitulado “O que é saúde? Ah... Eu não sei explicar”, onde se concentra a maioria delas. As narrativas e perspectivas sobre saúde, ao mesmo tempo em que respondem à pergunta que orientou os trabalhos de campo, revelam noções de saúde e práticas terapêuticas locais; estratégias construídas localmente para melhorar o acesso a direitos sociais ou mesmo para garantir a sobrevivência à revelia do Estado. As noções, que não estão escritas em nenhum livro ou manual, são vividas no dia-a-dia.

Apesar da relação intrínseca entre território e saúde foi reservado um capítulo específico para a discussão. Assim, o quinto Capítulo intitulado “O remédio caseiro vai até certo ponto e o remédio do médico vai até certo ponto” é dedicado à apresentação e análise dos Sistemas de Saúde Local e Oficial, assim como das percepções que se têm desses Sistemas.

Concomitante ao Sistema de Saúde Oficial há um Sistema de Saúde Local que apoia, intervém a favor e, literalmente socorre os que dele necessitam. Mais próximo, horizontalizado e sustentado por solidariedade, afinidade, respeito mútuo, afeto, ‘obrigação de servir’, tem primazia sobre o Sistema oficial. No capítulo são descritas as formas de configuração de ambos os Sistemas na Sede municipal e nos territórios quilombolas do estudo. Com base nas percepções das interlocutoras, reflito sobre uma possível existência de hierarquia entre os(as) especialistas locais, que seria sustentada no poder de resolutividade de suas práticas.

É também no quinto Capítulo que são feitas as distinções entre especialista local e profissional da saúde, sendo os critérios principais as formas de autoapresentação, as posturas assumidas e as práticas terapêuticas adotadas. Faço, ainda, uma apresentação singela de seis especialistas locais referidos(as) pelas interlocutoras, retratando suas especialidades terapêuticas e noções sobre saúde.

No sexto Capítulo, intitulado *Itinerários terapêuticos: ‘Para ficar boa, para ficar bom’*: compartilho alguns dos muitos itinerários terapêuticos que tomei conhecimento. Os itinerários demonstram a inexistência de um padrão na escolha de itinerários terapêuticos, pois são determinados por causa multifatorial. Entre os fatores estão as percepções sobre o poder de resolutividade dos sistemas de saúde, levando-se em consideração os tipos de conhecimentos, local e científico, que subsidiam os sistemas. Há ainda a se destacar, as afinidades com especialistas locais e/ou com profissionais da saúde, experiências de vida e, acima de tudo, as que foram vivenciadas nos sistemas de saúde, oficial ou local.

Na última seção textual apresento as Considerações, embora adjetivadas como finais, estão longe de serem conclusivas. A política de saúde, reconhecida como importante pelas interlocutoras, principalmente quando se percebe que um determinado problema de saúde “é para médico e não só para benzer”, (Sr<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro – Zeca, agosto/2014) continua insuficiente e com difícil acesso. Porém, embora o direito à saúde, como legalmente previsto, ainda esteja tropeçante, não se pode afirmar que as práticas terapêuticas locais sejam utilizadas apenas em alternativa à falta de acesso. Ao encerrar esta etapa do estudo, que tem culminância na elaboração da tese, o faço com mais perguntas que respostas.

## 1. Caminhos metodológicos

### 1.1. Produção da escolha do campo de trabalho

A princípio minha intenção era trabalhar em alguma comunidade mais próxima de Belém, capital do Estado. Mas acolhendo sugestões de minha orientadora fui até Salvaterra acompanhar meus colegas de Curso,<sup>8</sup> onde poderia também conhecer comunidades quilombolas da região de Marajó. O termo 'comunidade' é empregado neste trabalho para designar formas de ocupação de determinados territórios, portanto, como experiência empírica. No entanto as relações sociais e formas de organização estabelecidas nos territórios, nutridas por fatores semelhantes aos definidos por Max Weber (2002), principalmente a solidariedade, laços afetivos, interesses comuns também se agregam ao sentido atribuído ao termo.

Na tarde do nosso primeiro dia na comunidade quilombola Pau Furado um jovem fraturou o punho e precisou aguardar sete dias para receber atendimento no sistema de saúde público. Mesmo assim, o atendimento só aconteceu após o deslocamento até a capital do estado. Nesse ínterim foram idas e vindas ao único hospital público de Salvaterra, sem que se tivesse acesso a um único comprimido de analgésico ou a uma consulta médica.

O contexto do acidente e todos os itinerários percorridos, assim como os desdobramentos que o envolveu não deixaram dúvidas de que aquela seria a comunidade onde eu deveria trabalhar. Contudo, outros acontecimentos vieram a reforçar a decisão. Inclinação a trabalhar na região de Marajó, retornei pela segunda vez, dois meses depois, a convite da Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro para participar de um Encontro de lideranças quilombolas. Foi também a Sr<sup>a</sup>. Valéria quem primeiro me questionou sobre a contrapartida para a comunidade e foi à ela a quem, primeiramente, prometi colaborar, no âmbito profissional, dentro de minhas habilidades acadêmicas. Concordamos que uma forma de colaboração poderia ser a elaboração de projetos de intervenção, captação de recursos, apoio na realização e/ou

---

<sup>8</sup> Integrantes do projeto de pesquisa *Indígenas e quilombolas mulheres em situação de violência: diversidade sociocultural, Direitos Humanos e Políticas Públicas na Amazônia* – Chamada MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012, processo No. 405039/2012-3.

organização de eventos, entre outros. O Encontro faz parte das estratégias das lideranças quilombolas da região para fortalecer a participação política de quilombolas dentro e fora da comunidade e teve como objetivos: “discutir formas de mobilizar a comunidade; ouvir dificuldades e demandas dos moradores das comunidades de Salvaterra; ir para dentro da comunidade e dialogar com moradores que não sejam as próprias lideranças”.

Além da participação no evento, outra razão para minha ida a Pau Furado foi dialogar com as lideranças e moradores, de modo geral, sobre minha intenção de trabalhar na comunidade, explicando meus objetivos, compromissos e contrapartida. Para isso, foi marcada uma reunião com os moradores, que foi realizada às vésperas do Encontro de Lideranças Quilombolas. Embora a Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro tivesse divulgado essa reunião, apenas cinco moradoras compareceram. Essas consideraram a proposta relevante, justificaram que o número reduzido de participantes devia-se ao fato de ser uma sexta-feira à noite, quando por hábito, os moradores se recolhem em suas casas, para descanso ou realização de tarefas domésticas, no caso das mulheres.

As moradoras sugeriram que fossem visitadas todas as casas, o que coincidia com minha intenção, inclusive para realizar um censo. Assim, mesmo com participação reduzida, houve um efeito multiplicador, pois rapidamente se espalhou a notícia que alguém iria bater ‘porta a porta’ para dialogar sobre saúde. As moradoras que compareceram à reunião se mostraram muito receptivas e interessadas e, na ocasião, tive a oportunidade tanto de expor sobre os objetivos do meu trabalho, quanto ouvir sobre vários casos ocorridos em unidades de saúde do município e também situações de adoecimento desassistidas que evidenciavam sérias violações ao direito à saúde, como consagrado na CF/1988.

Foram relatados casos que envolviam moradores de outras comunidades que, a princípio poderiam se configurar como sendo de erro médico; outros, como omissão de socorro e negligência. Pude deduzir que as outras comunidades do município, e não só Pau Furado, também enfrentavam dificuldades para o acesso ao sistema de saúde público e gradativamente fui percebendo que seria relevante ampliar o universo do estudo.

Também se fez presente o Sr. Raimundo Hilário Moraes, morador da comunidade Caldeirão, situada em Salvaterra. Ele é uma liderança de referência para os coletivos quilombolas do município e região, atuando como Coordenador Regional na Coordenação das Associações das Comunidades Remanescentes de Quilombos do Pará, denominada Malungu. Fundada em 2004 a Malungu agrega em torno de 450 associações de comunidades quilombolas do Pará de 36 municípios paraenses. A coordenação da Malungu é composta por representantes de todas as micro-regiões do estado onde há comunidades quilombolas, o que tende a aumentar a capilaridade das ações. (Malungu, s/d)

O Sr. Raimundo Hilário Moraes, à época era presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e nos informou que o Conselho, a partir de uma reivindicação sua, vinha realizando reuniões itinerantes nas CQ's. A itinerância foi a estratégia encontrada para reduzir a distância entre conselheiros e moradores e favorecer a construção de conhecimentos em mão dupla. A reunião itinerante ainda não havia sido realizada em Pau Furado, mas estava prevista para acontecer.

Ao tomar conhecimento das várias situações indaguei se o CMS ou mesmo algum usuário isoladamente havia feito denúncias ao Poder Público. A resposta foi negativa, sob a alegação de medo por represálias. Quanto ao Conselho, foi dito que reclamações verbais haviam sido feitas ao gestor municipal, mas pela dificuldade de fixar médicos no município, a tolerância era continuamente estendida. Porém, quando limites entre vida e morte se fazem evidentes a indignação costuma falar mais alto que o medo. Nestas circunstâncias as denúncias extrapolam fronteiras geográficas e ganham visibilidade nacional.<sup>9</sup> Embora não envolvam pessoas quilombolas, as denúncias ilustram os níveis de (des)organização do sistema de saúde público no município.

No Encontro de Lideranças criei grande expectativa de que o tema 'saúde' seria tratado. Porém, a expectativa foi frustrada, pois o tema sequer foi cogitado, muito embora, antes do Encontro tenhamos conversado informalmente sobre a questão. Quando a palavra foi franqueada aos observadores externos eu expus brevemente

---

<sup>9</sup> Entre algumas matérias jornalísticas, destaco: "Como é a vida nas cidades aonde os médicos não chegam". Globo Repórter. 13 dez. 2013.

meus objetivos e ouvi palavras de incentivo e de boas vindas, mas ninguém elaborou perguntas ou demonstrou curiosidades. Nos intervalos e ao final do Encontro, que durou dois dias, recebi convites para ir a uma ou outra comunidade, para conhecer a situação da saúde e, quem sabe, colaborar. Nos intervalos do Encontro me foram relatadas situações de descaso e negligência, mas o assunto 'saúde' não foi pautado no Encontro.

Observei intrigada, que o tema foi tratado de forma tangencial e nos bastidores. Apesar da pauta estabelecida, as discussões sempre culminavam em questões relacionadas à titulação de terras. Embora tenha ido a campo com algumas teorias disciplinando o meu olhar, como bem nos ensinou Cardoso de Oliveira (1998), fiquei bastante incomodada com a invisibilidade do tema 'saúde' na discussão. Entretanto, o autor também salienta que, enquanto o olhar possibilita a refração da realidade, o ouvir é que nos possibilita compreender melhor as relações sociais estabelecidas. Assim, o 'ouvir' no Encontro e ao longo de outros períodos no campo me possibilitou compreender como as imbricações entre território e saúde que, mesmo não articuladas no plano do discurso, são concretizadas no cotidiano dos coletivos quilombolas.

Ainda no mesmo período em que fui a Pau Furado participar do Encontro de Lideranças presenciei novamente uma situação de agravo de saúde. Desta vez um homem adulto que, se sentindo mal, com dores lombares e abdominais durante a madrugada, foi levado até o hospital municipal, onde passou a noite em observação. Ele foi atendido por um técnico de enfermagem que lhe aplicou um analgésico. Logo ao amanhecer a única expectativa nutrida por ele, era que a chuva parasse de cair para que pudesse retornar às suas atividades cotidianas. Esse foi o tratamento que lhe foi dispensado no atendimento de urgência e emergência do hospital municipal.

Porém, se por um lado há dificuldades de acesso à política de saúde, por outro foi sinalizado ser bastante comum a adoção de práticas terapêuticas locais, principalmente uso de plantas e produtos de origem animal. Quanto à atuação de especialistas locais, quando necessário se procura, na maioria das vezes fora das comunidades, pois fatores como a discriminação, impedimentos pessoais relacionados à própria saúde ou à idade vem reduzindo as atuações.

A Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro, cuja mãe faleceu vítima de câncer de colo de útero informou que este foi o único caso de câncer deste tipo na sua comunidade. A baixa incidência foi atribuída por ela à adoção de práticas preventivas por parte das mulheres. As práticas locais preventivas, segundo a Sr<sup>a</sup>. Valéria, são utilizadas como hábito e não apenas como alternativa à falta de acesso à política de saúde, sendo transmitidas de geração a geração.

Outro aprendizado adquirido no contexto do Encontro de Lideranças veio do convívio com a família da Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro que, gentilmente deu hospedagem a mim e à Camila Sousa, à época bolsista de iniciação científica, sob a orientação da professora Dr<sup>a</sup>. Jane F. Beltrão. Nós pudemos presenciar um tratamento de furúnculos feito em um de seus filhos com gema de ovo frita. O jovem Michel Carneiro, mesmo na ausência de sua mãe, sabia e fazia aplicação do remédio no local afetado, sempre que necessário. Pude observar, ainda, a sua melhora gradativa e o quanto as crianças e jovens da família estavam familiarizados com as práticas locais. O uso de remédio caseiro, segundo a Sr<sup>a</sup>. Valéria é feito por ser costume local, mas também para se evitar o uso de antibióticos.

Não só no Encontro, mas em outras circunstâncias ao longo dos trabalhos de campo, foram muitos os relatos sobre a eficácia de óleos de origem animal e vegetal, principalmente o 'óleo do bicho' (larva do coco tucumã), de jacaré-açu, jacuraru e de andiroba utilizados para aliviar dores nas articulações, melhorar os movimentos, cicatrizar ferimentos, entre outros. Os óleos 'do bicho', do jacaré-açu e jacuraru tiveram a eficácia enfatizada também para a cura das sequelas do *derrame* (Acidente Vascular Cerebral – AVC) que, conforme os Agentes de Etnodesenvolvimento, Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso e Sr. Aurino José Dias da Conceição, tem acometido idosos em Bairro Alto.

Portanto, não foram apenas a condição de exclusão e dificuldades de acesso que motivaram a escolha do campo de estudo, mas também a valorização dos conhecimentos locais e atuação de especialistas locais. Afinal, há muito a aprender com coletivos que vêm garantindo a reprodução física, sociocultural a partir dos próprios conhecimentos locais e à revelia do Poder Público.

Assim que iniciei os trabalhos em campo procurei identificar as expressões utilizadas por moradores para se referir às pessoas que cuidam da saúde. Compreendi que as referências são feitas em acordo com as práticas ou funções desenvolvidas, portanto, quem benze é referido por benzedeira; quem cura é curandeiro ou pajé ou 'bate-costas'; quem faz parto (até o momento só as mulheres foram mencionadas) são parteiras ou, então, quem 'apara' crianças; quem 'conserta' ossos é 'consertador'. Portanto, a expressão 'especialista local' não é 'nativa'. Eu a utilizo ao longo deste trabalho para me referir a pessoas, de ambos os sexos, que desenvolvem alguma prática terapêutica com objetivo preventivo ou curativo. Contudo, quando a especificação da prática ou do praticante se fizer necessária ou constar explicitamente nas narrativas, a referência será singularizada.

Maria Cecília de S. Minayo (2008) afirma que o conhecimento construído sobre a realidade social é sempre um conhecimento aproximado, que é condicionado, dentre outras razões, pelas mediações presentes na relação do sujeito que pesquisa com os seus interlocutores e a realidade social. A autora tem como inseparáveis teoria e método considerando que a metodologia variará a depender da abordagem utilizada. Após refletir sobre os argumentos de Minayo (1993), especialmente sobre as perspectivas analíticas que configuram as abordagens teóricas, reafirmei minha opção pela abordagem dialética pela ênfase na posição situada dos sujeitos sobre a realidade social e, neste caso, sobre a saúde.

Essa posição faz com que “[t]oda a visão de saúde da população tem a ver com a situação em que vive e com as contradições mais gerais da sociedade que também se expressam no setor saúde.” (Minayo, 1993: p. 157) Contradições que podem se manifestar na negação de direitos a sujeitos de direitos, em situações de exclusão motivadas por racismos, discriminação e preconceitos e dos mais variados tipos. Entre outros, nas relações estabelecidas entre os próprios sujeitos nas várias situações do cotidiano.

## **1.2. Uso do método comparativo na Antropologia Social**

O uso do método comparativo na Antropologia exige a formulação de parâmetros, distintos dos que são utilizados, por exemplo, na Anatomia, na qual a

comparação só pode se estabelecer pelas semelhanças e funcionalidades. (Barth, 2000) Com base em experiências de campo esse autor elencou três aspectos, considerados “cruciais no uso da metodologia comparativa” (2000: p. 187) Um deles refere-se ao objeto de comparação que na Antropologia Sociocultural, diferentemente da Anatomia comparada, são “descrições ou até mesmo nossas representações dessas descrições [por isso] nosso método comparativo apresenta sérios problemas.” (200: p. 189)

Um segundo aspecto, considerado igualmente desafiador ao uso do método comparativo seria encontrar compatibilidade entre as unidades em comparação. No caso da Antropologia Sociocultural essas unidades são geralmente sociedades ou culturas, enquanto na anatomia essa compatibilidade existe entre “a operação de dissecação [...] e a constituição dos organismos biológicos que ela estuda.” (Barth, 2000: pp. 189-200)

Um terceiro aspecto, associado ao anterior, refere-se à reificação “das descrições das culturas e sociedades como itens unitários e separados para comparação.” (Barth, 2000: p. 200) Isso feito, independente do contexto em que se encontram e das relações sociais estabelecidas. As peculiaridades da Antropologia em relação à Anatomia impõem desafios e, em consequência, tem gerado certa resistência entre antropólogos ao uso do método comparativo. (Fredrik Barth, 2000) A resistência, no entanto, não se justifica por que “todas as [...] análises antropológicas envolvem comparações entre materiais etnográficos”, (Barth, 2000: p. 201) o que se aplica, inclusive, às análises dos relatos de interlocutores de um mesmo campo.

No entanto, reconhecendo a importância do método na Antropologia, Barth (2000) afirma ser necessário não só formular críticas, mas também reconceitualizar o papel do método, o que entendo ter sido feito pelo autor ao destacar alguns parâmetros, experimentados por ele quando realizou estudos em Nova Guiné e Bali. Sendo a construção identitária marcada pela contrastividade, Barth (2000) ao estudar as práticas rituais, demonstrou que a compreensão de identidades culturais não ocorre a partir da análise de semelhanças, mas das diferenças.

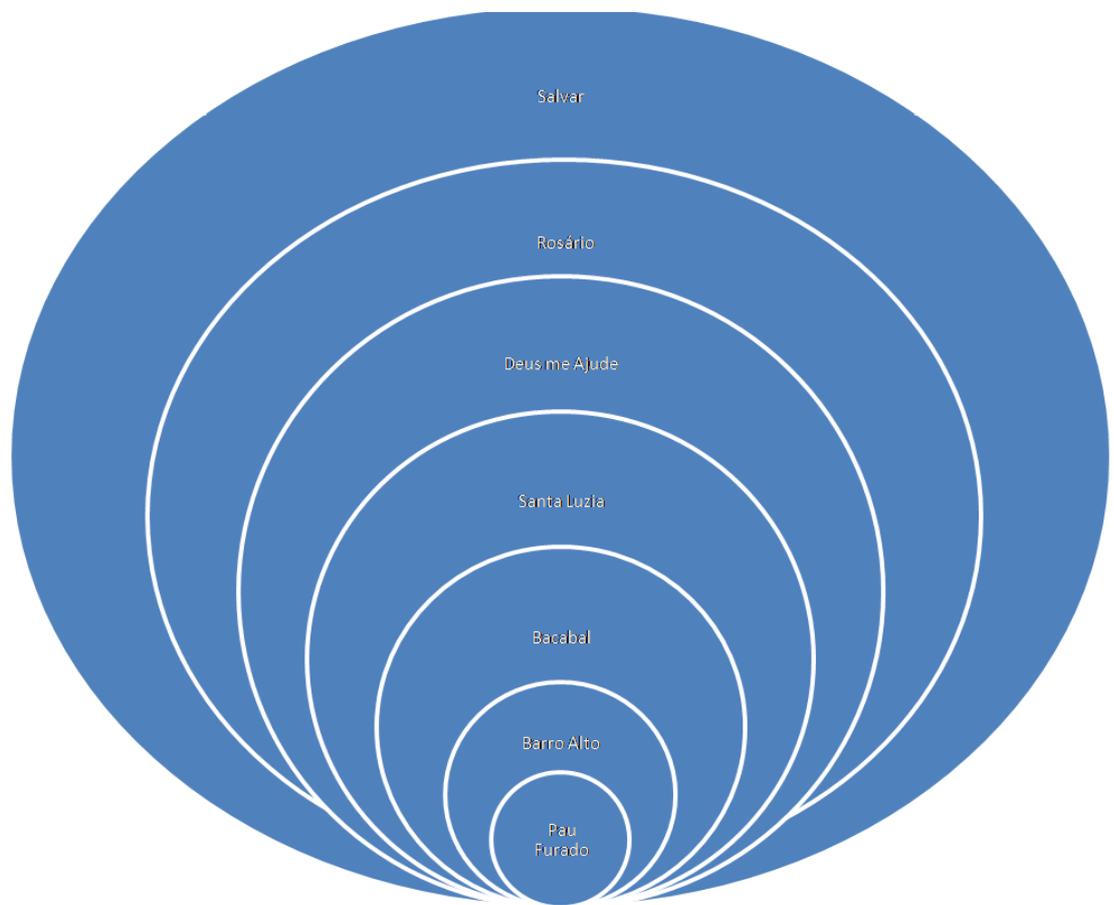
Os outros parâmetros dizem respeito à consideração dos contextos sócio-históricos e políticos, assim como das relações sociais estabelecidas com ‘os de

dentro', mas também com 'os de fora'. Enfim, há que considerar todos os aspectos que atravessam o que seria o 'objeto' de estudo na certeza que uma descrição etnográfica, só para citar um exemplo, não guarda nenhuma relação ou correspondência com uma dissecação. Portanto, a historicidade e as relações sociais construídas não podem ser desconsideradas.

A ideia, portanto, não é encontrar semelhanças para fazer generalizações ou dessemelhanças para estabelecer hierarquias intercomunidades. A pretensão foi tentar construir, como ensina Barth (2000), um conjunto de conhecimento que me permitisse compreender os aspectos que envolvem os objetivos aqui delineados, sendo Pau Furado a comunidade definida como o 'grupo controle' ou local-base. Assim, mesmo considerando as semelhanças, tentei ampliar o campo a partir da variedade.

Em Pau Furado fiz uso da observação participante e de entrevistas-em-profundidade. Nas demais comunidades (Santa Luzia, Bacabal, Bairro Alto, Salvar, Deus me Ajude, Rosário) predominaram as entrevistas, embora tenha feito uso da observação na modalidade definida por Minayo (2008: p. 281) como "observador-como-participante" em três das comunidades (Santa Luzia, Bacabal e Bairro Alto). Na modalidade, o pesquisador participa de atividades esporádicas junto ao coletivo com o qual estuda, a fim de complementar as informações obtidas pela entrevista.

Tentando construir um conjunto de conhecimentos extrapolei os limites territoriais de Pau Furado e o movimento de ir e vir e os diálogos realizados ampliaram o conhecimento sobre o município de Salvaterra, sobre outras CQ's e, acima de tudo, sobre Pau Furado. (Barth, 2000) A Figura 1, a seguir, ilustra o movimento que fiz.



**Figura 1 – Ampliação do campo de pesquisa**

A cada ida a Pau Furado eu obtinha informações sobre pessoas da própria comunidade, ou de outras, que exerceram ou exerciam alguma atividade terapêutica junto aos coletivos quilombolas. Algumas falecidas, como Sr<sup>a</sup>. Mariinha, parteira moradora em Pau Furado, que partejava também nas redondezas; Sr<sup>a</sup>. Tereza Chaves, moradora em Santa Luzia, que era benzedeira, puxava barriga e tinha o dom para pajé; os pajés senhores Modesto e Manoel Caraparu, falecidos; Sr<sup>a</sup>. Maria da Silva, benzedeira moradora em Rosário; Sr<sup>a</sup>. Diloca, que aprendeu com a Sr<sup>a</sup>. Maria da Silva; Sr<sup>a</sup>. Maria Barbosa e Sr<sup>a</sup>. Maria Quita, parteiras em Rosário.

Também ouvi relatos sobre outras especialistas que estão vivas, mas pararam de atuar devido à idade avançada, entre elas, Sr<sup>a</sup>. Maria dos Anjos Barbosa, parteira e benzedeira, moradora em Mãe de Deus, mas que benzia e partejava em Rosário e em outras localidades, Sr<sup>a</sup>. Marcionila Gonçalves dos Santos, benzedeira e parteira em

Bairro Alto, Pau Furado e adjacências e Sr<sup>a</sup>. Tereza Santos do Nascimento, parteira que atuou em Bacabal e adjacências. A palavra benzedeira será escrita sempre no feminino porque não houve referências a homens. Ao contrário, a palavra curandeiro será escrita sempre no masculino, pela falta de referências a mulheres.

Recebi informações sobre lugares, externos a Pau Furado que, de alguma forma se constituem em referência (positiva ou negativa) na relação saúde/doença e estive em alguns deles: Hospital Municipal de Salvaterra, Secretaria Municipal de Saúde, Farmácia do Sr. Jorge Salvador, Postos de Saúde de Bacabal e Bairro Alto, Unidades de Saúde da Família de Passagem Grande e Lauro Souza. Também estive em lugares, tais como nos igarapés da Vovó e da Passagem, onde há tabu de horários para se transitar e caçar e “mulher naqueles dias” ou com “o costume” ou “a regra”, não podem se banhar, nem sequer atravessar; e, ainda onde “17 já morreram e 18 ficaram aleijados”, só por desobediência. (Sr. Alcemir Corrêa Carneiro – Tio Curica, maio/2016)

Na medida em que ouvia acerca de curandeiros, sorijão ou cirurgião; benzedeiros, profissionais da saúde que são benzedeiros, entre outras situações, eu solicitava ajuda para a intermediação de contato e proposição de diálogo. Consegui dialogar com a maioria dos que foram referidos o que contribuiu decisivamente para a ampliação do meu conhecimento, não apenas sobre Pau Furado, mas sobre outras comunidades, sobre Salvaterra e até mesmo Belém. A satisfação é parcial e momentânea, pois das experiências de campo muitas outras perguntas surgiram, como indico na introdução.

### **1.3. Detalhamento dos procedimentos metodológicos**

Além da teoria e da metodologia “o conjunto de técnicas [...] constitui o instrumental necessário para aplicação da teoria [sendo] fundamental para a coerência metódica e sistemática da investigação.” (Minayo, 2008: p. 45) Considerando esses aspectos realizei pesquisas exploratória, descritiva e explicativa em fontes bibliográficas e documentais, além das fontes orais que se complementam e, de certa forma se entrecruzam.

As pesquisas foram combinadas com as seguintes técnicas de pesquisa: entrevista-em-profundidade e observação participante. Em uma das idas em campo

também conversei com algumas crianças e jovens de Pau Furado sobre saúde e descrevo no quarto Capítulo a experiência e os aprendizados adquiridos. Momentos como o V Encontro de Juventude Negra Quilombola de Salvaterra/I Encontro de Juventude Negra Quilombola do Pará e o 8º Encontro de Mulheres Negras Quilombolas também foram propícios para o cotejamento de dados e busca de informações.

Em Minayo a entrevista e a observação são “duas categorias fundamentais” (1993: p. 107) para a realização do trabalho de campo. São técnicas que se complementam na coleta de dados subjetivos e objetivos. A entrevista-em-profundidade favoreceu a interação com os interlocutores ao longo dos diálogos e propiciou a formulação de novas perguntas. O resultado foi o aprofundamento do conhecimento sobre o tema investigado. A entrevista permite ao pesquisador ter acesso à:

constelação das diferentes informações individuais vivenciadas em comum por um grupo, que permite compor o quadro global das estruturas e das relações, onde o mais importante não é a soma dos elementos, mas a compreensão dos modelos culturais e da particularidade das determinações. (Minayo, 1993: p. 113)

Minayo (1993) ao iniciar apresentação do debate teórico acerca da observação participante destaca a importância de Malinowski, a despeito de suas “concepções funcionalistas.” (1993: p. 136) Embora meus trabalhos de campo não objetivaram “determinar os dois extremos da escala da normalidade [dos fatos]”, (Malinowski, 1976: p. 35) as ponderações deste teórico são muito úteis para qualificar as observações em campo.

“[H]á uma série de fenômenos de suma importância que de forma alguma podem ser registrados apenas com o auxílio de questionários ou documentos estatísticos, mas devem ser observados em sua plena realidade.” (Malinowski, 1976: p. 33) A assertiva reitera a importância da observação na complementaridade do conhecimento, o que foi constatado nas experiências em campo.

Os fenômenos, denominados por Malinowski (1976) de “imponderáveis da vida real” dizem respeito a toda a dinâmica da realidade social, devendo ser registrados em um diário. Devo ressaltar que o diário foi/é instrumento imprescindível, pois, ao funcionar como ‘memória’, por vezes, uma frase ou um nome de planta traz a

lembrança quase viva de vozes, sensações, cheiros, enfim de emoções vividas em campo.

De acordo com Minayo (1993) o grupo focal ou discussão em grupo complementa a entrevista e observação, na medida em que permite “a triangulação na coleta de dados.” (Minayo, 1993: p. 130) A princípio defini que faria uso também desta técnica em todas as comunidades, exceto em Pau Furado. Também defini que os interlocutores seriam lideranças locais, profissionais da saúde que atuassem nas comunidades do estudo, especialistas locais ou que fossem referências pelos moradores; porém, demais moradores, se interessados, também seriam bem vindos.

Entretanto, na medida em que dialogava com os primeiros interlocutores, fui constatando a inviabilidade do grupo focal por razões que envolvem dificuldades de locomoção, enfrentadas por algumas especialistas, que geralmente estão idosas; algumas delas nem morando mais nas CQ's. Outra razão diz respeito à ocupação e disponibilidade dos participantes e, por fim, uma tendência à demonização de práticas terapêuticas locais e de seus praticantes foi também um motivo considerado.

Segundo algumas interlocutoras a demonização é propagada por alguns líderes e seguidores de denominações cristãs evangélicas e católicas, cujo resultado tem sido levar ao anonimato e constrangimento, pessoas que ao longo de décadas, trouxeram muitas vidas ao mundo e que ajudaram outras tantas a aqui permanecer com saúde. Certa vez em campo dialoguei com uma interlocutora, nascida e criada na comunidade, e filha de uma mulher que, “precisando benze, apara crianças e faz remédios”. Foi ela quem primeiro narrou sobre o constrangimento que uma benzedeira de sua comunidade estava vivendo, diante das críticas feitas por um líder religioso que atuava na comunidade. Por isso, conforme narrou, quando a especialista é procurada ela se esquiva afirmando não mais benzer. Ainda, em acordo com a interlocutora alguns(mas) especialistas locais têm preferido o anonimato e, só se mostram, em caso de extrema necessidade. Pelos motivos expostos declinei do uso do grupo focal em todas as comunidades e mantive as técnicas referidas.

Na segunda etapa de trabalhos de campo em Pau Furado fui apresentada a uma moradora, Sr<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro (Zeca), à época aluna do Curso de Etnodesenvolvimento, e que pesquisava transição no padrão alimentar e seus efeitos

na saúde. A Sr<sup>a</sup>. Maria José, em companhia de outras ativistas, a exemplo das senhoras Luzia Betânia Alcântara (liderança local, moradora em Bacabal) e Maria do Socorro Santos (ex-integrante do CEDENPA, moradora em Belém), desempenharam papel importante em Salvaterra para o reconhecimento e a certificação de vários CQ's. Elas foram pioneiras no município, indo às comunidades, por vezes percorrendo a pé, por estradas e atalhos, os quilômetros que as distanciam, a fim de informar sobre “a lei que dava direitos para a gente. A gente ia para dar a notícia, dar a novidade, de que a gente teria algum direito.” (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, abril/2014)

A Sr<sup>a</sup>. Maria José (fotografia 1), com o apoio do Sr. Ademir Carneiro e outros moradores, organizou a Associação Quilombola em Pau Furado, tendo sido a sua primeira presidenta. Além de se tornar uma interlocutora, se dispôs a colaborar também de outras formas com meu trabalho e assim o fez, entre outras colaborações, elaborou um croqui para me guiar na localização das casas – Figura Nº. 2, a seguir. Por algumas vezes me acompanhou, me apresentando aos moradores, o que facilitou enormemente a minha aproximação e conquista de credibilidade.



**Foto 1 – Sr<sup>a</sup>. Maria José A. Carneiro (Zeca) elaborando croqui. 2014**



Seguindo as orientações da Sr<sup>a</sup>. Maria José, iniciei as abordagens nas casas situadas no núcleo, o que favoreceu uma integração mais rápida. As conversas aconteceram, em sua maioria nos quintais ou frentes das casas. Sempre embaixo de alguma árvore, ou em um lugar com sombra. Eu observava e também era observada, de forma desproporcional, suponho. Quando saía de uma casa, era aguardada em outra próxima. Assim, a notícia foi se espalhando que alguém estava querendo conversar sobre saúde.

Nessa mesma ocasião conversei com dois moradores de Bairro Alto, que também se dispuseram a colaborar. Trata-se da Sr<sup>a</sup>. Meire do Socorro dos Santos Barroso e Sr. Aurino José Dias Conceição que, à época cursavam Etnodesenvolvimento e seus trabalhos de conclusão de curso versavam sobre temas relacionados à saúde. O Sr. Aurino Conceição é liderança em Salvaterra, atuou na mobilização de comunidades negras no município, presidiu a Associação Remanescentes de Quilombo de Bairro Alto, que inclusive ajudou a criar. Por sua experiência é uma referência importante para jovens lideranças do município. A Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso trabalha na escola municipal que funciona em Pau Furado e também é liderança local, integrando a diretoria da Associação Quilombola de Barro Alto.

Embora tenha definido que os interlocutores poderiam ser de ambos os sexos, podendo ser jovens ou adultos, desde que se sentissem à vontade para dialogar sobre o tema abordado na pesquisa, as mulheres foram a maioria. Certamente por serem elas que têm assumido a maior parte das funções de cuidados em saúde na comunidade (cultivo de plantas, preparação e ministração de remédios, cuidados com alimentação da família, dentre outros).

A esse respeito Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento narrou que certa vez levou o marido ao hospital e a médica que fez o atendimento a criticou, dizendo que estaria falando mais do que o “doente”. A Sr<sup>a</sup>. Marlene então, sem pestanejar, deu a seguinte resposta: “eu estou falando, porque sou eu que cuido da saúde dele, dos nossos filhos e da minha também. Eu é que sei mesmo, porque sou eu que cuido, levo no médico e dou os remédios.” (Agosto/2014)

Por esse motivo, a partir daqui, o termo interlocutor, quando utilizado em sentido genérico, será empregado no gênero feminino. Que me perdoem os

interlocutores homens, mas além de visibilizar as mulheres que desenvolvem várias práticas de cuidado, ainda dá fluidez ao texto que não apresentará tantos sinais diferenciadores tais como o(a), res(ras), uns(umas), entre outros. Ao contrário, os termos morador e profissional da saúde serão utilizados no gênero masculino e, pelo mesmo motivo, peço que me perdoem as moradoras e as profissionais da saúde. Quanto ao termo especialista local a distinção de gênero será feita.

Seria difícil especificar o número exato de sujeitos com os quais dialoguei nas CQ's e fora dela, portanto limito-me a apenas indicar o quantitativo e esboçar um perfil geral das interlocutoras aqui referidas, direta ou indiretamente. Portanto, em Bacabal dialoguei com 07; em Rosário – 04; em Santa Luzia 04; em Salvar – 01; em Bairro Alto – 07; em Deus me Ajude – 02; em Pau Furado – 30; no Bairro Enseada – 02. De um total de 57 sujeitos, 42 são mulheres e 15 são homens. Não foi perguntada a idade de nenhuma interlocutora, embora algumas delas tenham revelado espontaneamente. Mas, pela forma como eram referidas nas CQ's, pela forma como eram apresentadas e se apresentavam, enfim pelas experiências acumuladas, deduzi que 13 interlocutoras se enquadram na classificação mais vividos ou mais vividas, como elas mesmas dizem. Das demais, oito são jovens, 34 são adultas e duas são crianças.

As crianças além de nos acompanhar, também adoram ensinar aos que chegam as histórias do lugar e contar os fatos acontecidos. Pelo que nos relatam fica a impressão que não há segredos entre adultos e crianças e por vezes, foi preciso intervir quando percebia que situações íntimas de algumas delas, ou mesmo de alguma família, inclusive delas mesmas, estavam sendo expostas e poderiam gerar constrangimentos. Por outro lado, ao observando constatei o quanto estão inteiradas sobre os cuidados em saúde e sobre a vida no território, tendo sido esta uma das motivações que me levaram a organizar uma roda de conversas, para apreender acerca das perspectivas delas sobre saúde.

Por força da socialização elas incorporam a importância do uso de práticas locais, conhecendo, elas mesmas, alguns tipos de ervas e de remédios caseiros, assim como sua utilidade. Elas me ensinaram sobre a biodiversidade local, principalmente

em relação às frutas que, apanhadas ‘no pé’ das árvores eram comidas após serem apenas esfregadas nas roupas, para tirar a sujeira.

A outra motivação foi a experiência de Carneiro (2014) quando realizou atividades lúdicas com crianças e jovens de Pau Furado, a fim de compreender, pela ótica deles, como vem operando as alterações nas práticas alimentares. Participaram inicialmente 15 crianças e, posteriormente se juntaram alguns jovens, sendo as idades bastante variadas – aproximadamente entre 06 a 16 anos. As conversas aconteceram por meio da oralidade e de desenhos.

Por último, mas não menos importantes, são destacados os procedimentos éticos adotados na relação com as pessoas do lugar. Em Pau Furado conversei primeiramente com a presidenta da Associação Quilombola em Pau Furado, à época, Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro. Ela tem atuação política também em nível estadual, estando à frente da Coordenadoria Regional para Igualdade de Gênero da Malungu. O seu ativismo político e as funções do cargo que exerce lhe permite conhecer as realidades das várias CQ's do estado e nossos diálogos sempre me trouxeram dados novos que me instigavam a (re)pensar minha atuação profissional e a própria atividade de pesquisa que estava desenvolvendo. Inclusive foi a Sr<sup>a</sup>. Valéria que me apresentou à Sr<sup>a</sup>. Maria José e organizou uma primeira reunião com os moradores de Pau Furado para que eu expusesse os objetivos do estudo. E, ainda, nos convidou (Camila Sousa e a mim) para participarmos do Encontro de Lideranças Quilombolas de Salvaterra.

Na ocasião do Encontro tive a oportunidade de expor os objetivos do trabalho à Sr<sup>a</sup>. Izabeli Leal, moradora em Santa Luzia. Ela atuou como presidenta da Associação Quilombola em Santa Luzia e, à época do Encontro era Coordenadora do grupo de jovens *Abayomi*. Atualmente ela compõe a equipe técnica e política da Malungu. Ela manifestou interesse, tendo dito que seria importante uma pesquisa sobre saúde na comunidade dela, tendo adiantado algumas informações muito relevantes. Diante da convergência de interesses, acertamos que eu faria contato posterior para agendamento de uma visita em Santa Luzia e, assim procedi.

Em julho de 2014, na Faculdade de Etnodiversidade em Altamira, o Prof. Uwira Xakriabá (William César Lopes Domingues) e eu ministramos uma disciplina sobre fundamentos do SUS para discentes do Curso de Etnodesenvolvimento. O momento

foi muito propício para que eu conhecesse os outros discentes quilombolas oriundos de Salvaterra, com os quais pude dialogar sobre as possibilidades de desenvolver a pesquisa em suas comunidades. Os discentes em questão são: as senhoras Elieide de A. Sousa e Elianete de S. Guimarães – moradoras em Rosário; Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso e Sr. Aurino José Conceição – moradores em Bairro Alto; o jovem José Luís Souza de Souza, morador em Deus me Ajude. Houve grande receptividade e a partir de então foi se estabelecendo o diálogo. Embora a frequência de diálogos, bem como a intensidade deles tenham sido distintas, a essência e as contribuições estiveram sempre no mesmo nível. Fui acolhida e por intermédio deles foi possível chegar a quem mais poderia dialogar sobre o tema proposto.

Os contatos com pessoas de Salvar, especificamente, com a Sr<sup>a</sup>. Cristiane do Socorro Leal Ramos foram feitos apenas em 2015. Na medida em que obtinha informações sobre Salvar, ir até lá se constituiu uma prioridade. A comunidade, reconhecida como a mais antiga do município, existindo há aproximadamente 300 anos, estava se esvaziando, devido a fatores infraestruturais, entre eles a inexistência de escola, energia elétrica, água encanada; e políticos, como conflitos de terra. Apesar dos limites financeiros avalei que seria importante expandir o campo da pesquisa.

Foram a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro e José Luís Souza de Souza os primeiros a contatar Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos a meu pedido. Liderança na comunidade e no município, Sr<sup>a</sup>. Cristiane é co-fundadora da Associação Remanescentes do Quilombo de Salvar, da qual foi presidenta por um mandato; é fundadora da brinquedoteca onde atua como professora voluntária. Ela foi muito receptiva e, igualmente ao que foi feito pelas outras lideranças e demais interlocutoras, enriqueceu minhas experiências, pessoais e profissionais com os ensinamentos e informações que foram disponibilizadas.

Quanto à comunidade Bacabal, a relação de proximidade com alguns ‘filhos’ de lá, especialmente, com a Prof<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro (mãe) e o Sr. Aurino Conceição (que reside em Bairro Alto, mas é ‘filho’ de Bacabal) propiciou a obtenção de informações e o trânsito na comunidade. Além do mais, na ocasião do Encontro de Lideranças Quilombolas, as lideranças presentes ou seus representantes, além de reconhecer a importância da pesquisa sobre saúde, afirmaram que eu seria ‘bem vinda’ em suas comunidades. Na ocasião do Encontro a CQ Bacabal foi representada

pelo então presidente da Associação de Remanescentes de Quilombos de Bacabal, Sr. Haroldo Júnior da Conceição. Posteriormente também dialoguei com a Sr<sup>a</sup>. Lina do Socorro Freire Leal, atual presidenta da mesma Associação, explicando os objetivos e interesses de pesquisa e, igualmente como foi com o Sr. Haroldo Júnior, fui bem recebida.

Importa mencionar que o esboço da versão do projeto de tese, submetida à Banca Avaliadora para a qualificação, foi disponibilizado por e-mail às senhoras Valéria Carneiro, Elieide Sousa e Elianete Guimarães e ao Sr. Alan Carneiro Júnior. Uma cópia foi apresentada informalmente a alguns moradores de Pau Furado, para que eles vissem, em primeira mão, a materialização das informações e dados que me foram confiados. A mesma versão impressa foi apresentada às senhoras Elieide Sousa e Elianete Guimarães, em Rosário, não tendo sido possível fazer o mesmo nas outras comunidades.

Reconheço, no entanto, que o tempo e a forma com que a versão foi apresentada ficaram aquém do necessário e do que eu havia pretendido. Ainda assim, recebi contribuições que me ajudaram a evitar erros, principalmente de interpretação sobre fatos e circunstâncias da vida comunitária. Em Pau Furado as crianças se divertiram ‘se vendo’ em algumas páginas do trabalho e me questionaram o por quê de não ter mais fotos delas. Quando eu explicava que precisaria solicitar autorização de seus pais para utilizar as fotos, uma delas me disse “não professora, já está tudo autorizado”, pelo que as demais gritaram “é professora”. Obviamente conversei com cada responsável solicitando autorização para uso das fotos no projeto e na versão final da tese, tendo recebido o consentimento verbal por parte de todos.

Quando autorizados, os diálogos foram gravados. Quando não, utilizava a memória e, por vezes o diário de campo. Os diálogos eram iniciados com a exposição dos meus objetivos na realização do estudo e dos procedimentos éticos adotados, nos quais foram incluídos não só a garantia do sigilo dos nomes, quando não autorizada a divulgação, mas também de dados e informações alheias aos objetivos do trabalho e/ou que contrariem as decisões, valores e interesses localmente definidos. Estou certa que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), como estabelece o

Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi devidamente acordado, só que verbalmente, como é o costume local.

Para além do acordo verbal, tenho a responsabilidade advinda da autonomia de não apenas traduzir “a cultura nativa na cultura antropológica” (Cardoso de Oliveira, 1998: p. 27), mas interpretar dados à luz dos valores adotados pela Antropologia, o que implica, para além dos aspectos teóricos, honrar os princípios éticos validados na Antropologia. (ABA, 2012-a) Princípios sintonizados com os previstos no Código de Ética do/da Assistente Social (CFESS, 1993) e na Resolução Nº. 510/2016, que regula “atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.” (CNS, 2016: p. 1) Acima de tudo reconheço e legitimo a autonomia dos sujeitos para fazer suas escolhas e tomar as próprias decisões.

Compreendendo ser importante identificar como os coletivos quilombolas são percebidos ‘pelos de fora’, como teorizado por Barth (2000), dialoguei com servidores públicos, trabalhadores de estabelecimentos comerciais, tripulantes e passageiros dos barcos, moto-taxistas e transeuntes de modo geral, por mim considerados como informantes ocasionais. Nesses casos, não foram elaborados TCLE nem gravados os diálogos, tendo sido mantido o anonimato entre as partes.

As respostas recebidas, algumas delas compartilhadas aqui, em nada comprometem os informantes, pois foram dadas a perguntas triviais que só se revestiram de algum valor por causa da intencionalidade que orientou as indagações. Especificamente em relação aos servidores públicos, nada foi perguntado que destoasse do que preconiza a Lei do Direito à Informação, ou seja, informações sobre a coisa pública devem estar sob o domínio público, salvo raras exceções. (Brasil, 2011-a)

Ao longo do trabalho apresento transcrições na íntegra de narrativas cuja gravação foi autorizada pelas interlocutoras. Há também transcrições de diálogos guardados na memória e no coração; e de registros feitos nos diários de campo. Estou ciente que “[o]s atores estão (sempre e essencialmente) posicionados [e que] [n]enhum relato que pretenda apresentar a “voz dos próprios atores” têm validade privilegiada”. (Barth, 2000: pp. 128-129 – grifo do autor) Entretanto, tal esclarecimento precisa ser feito por uma questão ética e por aspectos mais formais que envolvem a própria estrutura do trabalho.

Embora o trabalho “sobre lá”, tenha sido escrito em sua maioria, eu “estando aqui”. (Cardoso de Oliveira, 1998: p. 25) E, ainda, por mais que a descrição etnográfica seja “interpretativa; [...] que ela interpret[e] [...] o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consist[a] em tentar salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se”, (Geertz, 1978: p. 31) eu considero que o produto apresentado é polifônico. Afinal, a ‘matéria-prima’ que origina as interpretações nunca me pertenceu, pois “o que chamamos de nossos dados são realmente nossa própria construção das construções de outras pessoas, do que elas e seus compatriotas se propõem”. (Geertz, 1978: p. 19)

Como pôde ser observado, não fiz menção explícita à palavra etnografia, pelo consenso que a prática etnográfica é inerente ao fazer antropológico. Mas também pela incerteza sobre como será aceita uma etnografia, escrita por ‘alguém do serviço social’, tentando se fazer antropóloga... Faço a ponderação pelos motivos expostos na Introdução. Embora eu suponha ter detalhado razoavelmente os procedimentos metodológicos adotados, concordo com Clifford Geertz (1978) quando afirma não ser, necessariamente as técnicas e procedimentos em campo que constituem o fazer antropológico, mas “o tipo de esforço intelectual que ele representa: um risco elaborado para uma ‘descrição densa’”. (1978: p. 15 – grifo do autor) A descrição, por sua vez, só se configura como etnográfica, quando origina de um “encontro etnográfico”, ou seja, quando “os horizontes semânticos em confronto – o do pesquisador e o do nativo – abr[e]m-se um ao outro.” (Cardoso de Oliveira, 1998: p. 24) Em sentido semelhante, Geertz (1978) argumenta que:

[a] exigência de atenção de um relatório etnográfico não repousa tanto na capacidade do autor em captar os fatos ‘primitivos’ em lugares distantes e levá-los para casa como uma máscara ou um entalho, mas o grau em que ele é capaz de esclarecer o que ocorre em tais lugares, para reduzir a perplexidade – que tipos de homens são esses? [ou que ‘quilombolas’ são esses?]. (1978: p. 26 – grifos meus)

Parafraseando Edward E. Evans-Pritchard (2005) quando reconheceu que, mesmo tendo grande experiência de campo, encontrava dificuldades para sistematizar os dados, eu afirmo ter pouquíssima experiência de campo, mas semelhante a ele, “descobri [...] que a batalha decisiva não se trava no campo, mas depois da volta.” (p. 244) Espero, que apesar dos esforços intelectuais, da rotina acadêmica e dos ‘encontros etnográficos’ que, suponho, aconteceram, eu não seja mais uma pessoa a

vir apenas “mostrar um fato novo”. Evans-Pritchard (2005: p. 245) Gostaria muito de “propor uma nova ideia” (2005: p. 245) acerca de saúde entre CQ’s.

A fim de assegurar o anonimato a quem assim preferiu, mas pretendendo personalizar as narrativas, serão utilizados nomes fictícios de origem africana, escritos em itálico. Porém, em algumas circunstâncias a denominação genérica interlocutora será utilizada, pois o cruzamento dos diálogos poderia levar à identificação. Fotografias e figuras sem a devida indicação de autoria foram feitas por mim, exceto três cuja autoria não foi identificada. Ajustei a escrita das narrativas às normas ortográficas e gramaticais, mas preservando os termos e expressões locais.

Por fim, preciso dizer que busquei na Antropologia arcabouço teórico-metodológico para somar-se ao arcabouço do Serviço Social, cujo caráter interventivo é marcante. Ao contrário, na Antropologia a intervenção intencional nas realidades sociais onde atuam os antropólogos é refutada, estando no passado as razões para tal procedimento. Antropologia e Serviço Social foram institucionalizados como profissões em contexto de expansão capitalista e de forma subsidiária e conivente à expansão, seguiram caminhos distintos. A Antropologia voltou-se para compreender a diferença e diversidade de povos e culturas, sem necessariamente se inquietar com as desigualdades geradas e justificadas pelas diferenças; Serviço Social voltou-se para a redução de desigualdades e promoção da igualdade, sem levar em conta as questões de diferença e diversidade.

Os fundamentos teórico-metodológicos e compromissos éticos assumidos pelos profissionais de ambas as áreas disciplinares delinearão trajetórias, espaços de ocupação e formas de exercício profissionais distintas. Assistentes sociais atuam majoritariamente no exercício terminal de várias políticas sociais (principalmente a de saúde), sendo essas a principal base de sustentação funcional-ocupacional. Antropólogos atuam majoritariamente na Política de Educação, especificamente, no âmbito acadêmico, desenvolvendo atividades de ensino e pesquisa. (Fonseca, 2004)

Por isso a interface construída com a Antropologia lançará luz e dará mais densidade aos meus estudos e enriquecerão a minha trajetória acadêmica e profissional, em cuja fronteira eu transito. A bagagem teórica adquirida no Serviço Social, articulada aos conhecimentos adquiridos na Antropologia, ajudam a desvelar o

quanto as representações e as nomeações arbitrárias feitas pelo Estado e utilizadas por formuladores e/ou operadores das políticas públicas podem ser restritivas ou ampliadoras de direito. Talvez a inter-relação entre promoção da igualdade, considerando as diferenças e diversidade, como também o seu oposto, pode ser uma das principais posturas a romper com a transformação de sujeitos em objetos, quer de intervenção, quer de pesquisa.

Estou na liminaridade. Por vezes, aprendiz de antropóloga/assistente social; por vezes o seu contrário. Tais oscilações se evidenciam, sobretudo na escrita, o que talvez possa ser interpretado por alguns, como sendo um problema. Porém, “[a] formação do antropólogo não se faz sobre uma folha em branco.” (Trajano Filho & Martins, 2004: p. 23) E por não ser ‘uma folha em branco’, e não querendo e nem podendo abrir mão da identidade profissional construída, afinal busquei a formação em Antropologia, para aplicação no Serviço Social, assumi o desafio de transitar entre Antropologia e Serviço Social. Quem sabe ao longo da caminhada, construirei uma “identidade profissional peculiar”, um híbrido entre ambas as áreas do Saber! (Trajano Filho & Martins, 2004: p. 32)

No entanto, esses mesmos autores me trazem alento ao argumentarem que a peculiaridade da identidade profissional dos antropólogos reside exatamente na ausência de referenciais lexicográficos e legais. Assim eles se expressam:

[a] inexistência de uma graduação em antropologia e o fato de a profissão não ser regulamentada contribuem para a constituição de uma identidade profissional peculiar. Tudo leva a crer que a identidade do antropólogo é construída com base em elementos que não têm necessariamente a natureza referencial, lexicográfica e autoritárias das disposições legais. Isso significa que os processos de identificação na antropologia, mais que em outras disciplinas em que a lei estabelece quem é e quem não é parte do grupo, são mais fluídos, eventualmente contraditórios e não exclusivos, permitindo ou facilitando múltiplas identificações, assim como o trânsito entre elas. (Trajano Filho & Martins, 2004: p. 32)

A ausência de referenciais lexicográficos e legais, especialmente estes últimos, estabelece ainda outra diferença entre Antropologia e Serviço Social, cuja lei de regulamentação define “quem é e quem não é parte do grupo”. Na Antropologia a identidade profissional se constrói de forma fluída e flexível, sendo a formação construída não apenas por referenciais teóricos, mas também pelo compartilhamento de “lealdades, reciprocidades, ideias, valores e experiências pessoais.” (Trajano Filho &

Martins, 2004: p. 34) No Serviço Social, embora não se possa prescindir do Código de Ética, em princípio, a identidade é atribuída e pode ser declarada a partir do registro no Conselho Profissional.

A questão da identidade, no caso étnica e não profissional, continuará em discussão no próximo capítulo. A (re)emergência do termo 'quilombo' contribuiu para a visibilidade de coletivos negros que eram denominados e se denominavam de formas distintas da estipulada na Constituição. Nominados pelo Estado como 'quilombolas', se apropriaram da nomeação como estratégia de coletivização da luta política em prol dos direitos. No entanto não tem sido consensual a apropriação, havendo contrastividades internas aos grupos, expressas na negação das adjetivações 'quilombo' e 'quilombola' utilizadas para qualificar sujeitos até então autodenominados como trabalhadores rurais, agricultores, pescadores. O Capítulo dois, a seguir, faz supor que o reconhecimento pelo Estado da diversidade étnico-racial brasileira redimensionou a luta do Movimento Negro e Quilombola que, após a CF/1988, passou a atuar no sentido de exigir a aplicabilidade do que fora legalmente reconhecido.

## 2. A (re)emergência dos termos de designação ‘quilombo’ e ‘quilombola’ no cenário nacional<sup>10</sup>

Percebida como “divisor de águas” pela Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas, (CONAQ, 2008) a CF/1988, ao expressar o reconhecimento do caráter pluriétnico e multicultural do Estado brasileiro, como consta nos artigos 215 e 216, estabeleceu a base legal para o desenho de políticas étnicas. Considerada como Cidadã, a CF/1988 instituiu direitos sociais, historicamente reivindicados, como o direito à saúde que, pela primeira vez no país, orienta-se por princípios éticos de universalidade, integralidade e igualdade no acesso. Toma-se a Constituição Federal de 1988 (CF/1988) como marco referencial importante, por ter sido nela, que o Estado brasileiro, pela primeira vez após a abolição da escravidão, fez menção aos quilombos e a seus moradores, como explicitado no Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT). (Brasil, 1988; Casa Civil, 2003)

A despeito dos direitos encontrarem-se inscritos na CF, há consenso entre as interlocutoras sobre a persistência de um estado de “não direitos”. Como afirmou a Sr<sup>a</sup>. Ronke, “dizer que é quilombola nos lugares [instituições onde se busca por algum serviço público] não vale de nada porque eles dizem que quilombola não tem vez.” A afirmação, na verdade um desabafo, encerrou um trecho de um dos diálogos que tivemos e que descrevo abaixo:

saí de casa com a minha filha [com 2 anos idade] às cinco horas da manhã, sem nada no estômago. Chegamos ao hospital e todo mundo que tinha cara de filhinhos da mamãe, nos trinques, claras, gente de posse, entraram primeiro. Todo mundo ia, saía e eu e a minha filha lá passando mal. Quando deu 11 horas todo mundo foi embora e eu fiquei sozinha com a minha filha com diarreia, aquela coisa... Olha, se eu tivesse dinheiro pagava particular, mas não tinha e tive que passar por aquilo tudo, fiquei esperando no hospital. Já que a gente é quilombola o tratamento deveria ser primeiro para nós, mas não. Nós quilombolas ficamos para trás. Dizer que é quilombola nos lugares não vale de nada, porque eles dizem que quilombola não tem vez. (Sr<sup>a</sup>. Ronke, agosto/2014)

Sob o pressuposto de reparação à população negra vivendo no presente, pelas espoliações sofridas por seus antepassados, o direito à propriedade de terra está

---

<sup>10</sup> Uma versão deste capítulo foi publicada na Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), vol. 08, nº 18, nov. 2015 – fev.2016, pp. 255-279. Areda-Oshai (2015-a).

reconhecido apenas àqueles que comprovem descendência de escravizados, outrora aquilombados; como consta no artigo 68 “[a]os remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes o título definitivo.” (Brasil, 1988) Tem-se como pressuposto que a restrição dos sujeitos de direito decorra da crença no mito da democracia racial pela qual se supõe a integração total e harmônica (socioeconômica, cultural, política) da população negra brasileira, não estando integrados algumas parcelas que vivem em áreas rurais.

Definida pelo movimento negro como “mito”, a teoria da Democracia Racial, configura-se por ideias e pressupostos de Gilberto Freyre (1980) acerca das relações sociais desenvolvidas entre escravizados e escravocratas no estado de Pernambuco no contexto da escravidão. Embora o universo analisado tenha sido o pernambucano, suas ideias foram disseminadas no Brasil e no estrangeiro, a partir dos anos de 1930, como sendo representativas do universo brasileiro.<sup>11</sup>

O mito cumpriu, e ainda cumpre funções importantes no Estado brasileiro, na medida em que foi e continua sendo acionado para negar a existência do racismo e de raças (no sentido sociopolítico do termo); continua sendo utilizado também para negar a necessidade de criação de mecanismos que promovam a igualdade racial no acesso aos bens e serviços socialmente produzidos. Portanto, concluiu Florestan Fernandes (1964) que:

enquanto o mito da “democracia racial” não puder ser utilizado abertamente pelos negros [...] como um regulador de seus anseios de classificação e de ascensão sociais, ele será inócuo. [...] Construído e utilizado para reduzir ao mínimo tal dinamização [ativismo político] o referido mito converteu-se numa formidável barreira ao *progresso* e à *autonomia* do “homem de cor” – ou seja, ao advento da democracia racial no Brasil. (1964: pp. 209-210 – grifos do autor)

Ainda em acordo com Fernandes (1964), pode ser afirmado que o racismo no Brasil não estava à época de seus estudos e não está, em dias atuais, “à esfera da consciência social” (1964: p. 196) sendo negada e/ou reprovada qualquer atitude racista; porém, na mesma medida são também reprovadas, ou bastante polemizadas, quaisquer tentativas de correção ou redução dos efeitos do racismo. Concordando com Kabengele Munanga (1999), a crença na existência de uma democracia racial no

---

<sup>11</sup> Fernandes (1964), Moura (1977), Guimarães (1995, 2004), Munanga (1999), Bahia *et al.* (2015)

Brasil tem impacto direto no campo das políticas públicas, podendo desestimular a adoção de critérios de equidade que visem à promoção da igualdade no acesso. Exemplo emblemático é a Política Nacional de Saúde, cujas ações programáticas preveem norteamento da equidade, mas o que se observa são ações universalistas que sequer contemplam os princípios de universalidade e igualdade do acesso, propriamente ditos, como será discutido adiante.

Portanto, fazer a reparação por danos materiais e subjetivos sofridos por coletivos negros e indígenas, assim como promover a inclusão social, por meio de ações universalistas também não passa de mito. A expressão ‘coletivos negros’ é utilizada em referência a grupos negros, descendentes de povos africanos escravizados, vivendo em áreas rurais ou urbanas e aos identificados especificamente como quilombolas. O adjetivo ‘negro’ deve ser compreendido como o reconhecimento de uma maioria que compõe os coletivos quilombolas e não como uma exclusividade, pois há pessoas não negras que se declaram como quilombolas e assim são reconhecidas por seus pares.

A plasticidade da crença na existência de uma democracia racial vem sendo observada nos trabalhos de campo, sendo os argumentos de integração, harmonia e homogeneização, estrategicamente acionados por determinados grupos (agentes do Poder Público e comerciantes), quando lhes convém. Quando reconhecer a diversidade implica em cumprir deveres, são acionados os discursos de integração. Ou então, pode até haver o reconhecimento formal, porém sem a devida operacionalização de ações diferenciadas, sob a alegação de que estas são desnecessárias, pois “os hábitos deles são parecidos com os nossos, assim, é tudo igual.”<sup>12</sup>

O jogo da integração/não integração, visibilidade/invisibilidade orienta a ação de alguns agentes do Poder Público e interfere nos resultados da hetero-atribuição identitária e sob esse jogo as relações sociais foram e continuam sendo construídas. Por vezes os territórios quilombolas são invisíveis para ter instaladas escolas ou unidades de Saúde, mas são bastante visíveis para a destinação dos resíduos sólidos

---

<sup>12</sup> Trecho de uma conversa mantida com um servidor público do município, que atua na área da Assistência Social.

recolhidos pelo setor de limpeza urbana, a exemplo do que ocorre em Salvaterra, onde o lixo municipal é despejado nas proximidades da estrada que conduz a algumas CQ's. São invisíveis para a construção de obras habitacionais e de saneamento básico, mas visíveis para receber obras de grande impacto socioambiental, a exemplo de um presídio estadual, que será construído em Salvaterra, para o qual, a princípio, foi destinado por terceiros, parte de um dos territórios quilombolas.

Por vezes o número de moradores de uma comunidade quilombola é considerado insuficiente para justificar a implantação de uma unidade de saúde, ou mesmo de uma escola com séries mais avançadas. Entretanto, para ter instalada uma Seção eleitoral, que permite o controle de votos, o número passa a ser suficiente. Em Pau Furado não há ACS, muito menos um posto de saúde, mas há Seção eleitoral, fato que se repete em outras comunidades. O controle permite que prefeito e vereadores priorizem as localidades para destinar serviços e recursos públicos, de acordo com os resultados das urnas instaladas nas CQ's.

O jogo da integração/não integração se sustenta a partir de uma visão essencialista, pela qual são acionadas determinadas características, que conformam uma definição, frigidificada e arqueológica, na medida em que se pretende trazer ao presente modos de vida e de organizações sociais que existiram no passado, desconsiderando o dinamismo, que é peculiar. (Almeida, 2002) Sendo assim, o direito à reparação é reconhecido apenas aos “remanescentes” que atendam aos critérios de isolamento, cor da pele, formas de interações com o ambiente e tipos de sociabilidades, que correspondam ao imaginário e a registros historiográficos que se tem sobre os quilombos históricos.

Ressalte-se que tais características não correspondiam sequer às varias formas de organização dos quilombos históricos, quanto mais às realidades das comunidades negras rurais atuais. Por isso o pressuposto inicial de que o direito à propriedade de terra, destinado apenas aos “remanescentes das comunidades de quilombos”, pode expressar influências do mito da democracia racial.

Sônia Fleury Teixeira *et al.* (1995), ao discutir sobre os projetos de Reforma Sanitária no Brasil e Itália, deu destaque ao impasse no qual o direito à saúde é consensual, entretanto há um dissenso sobre as formas como o direito deve ser

disponibilizado. O impasse aplica-se perfeitamente ao direito à propriedade de terra, atribuído a coletivos quilombolas que, após ser instituído na CF/1988, provocou tantas polêmicas e controvérsias, que retardaram o início da aplicabilidade da lei.

José Maurício Arruti (2008), Petrônio Domingues e Flávio Gomes (2013) afirmam que o cerne da disputa, travada nos campos do Direito, Político e do Estado, não está na aceitação da existência desses coletivos, nem na legitimidade de suas demandas, mas na “largueza pela qual o conceito as abarcará [as demandas], ou excluirá completamente. Está em jogo o quanto da realidade social o conceito será capaz de fazer reconhecer.” (Arruti, 2008: p. 316) Ou seja, a questão não é tanto sobre o direito a ter direitos, mas em como esses direitos serão assegurados aos historicamente espoliados e o quanto serão afetados os interesses dos que são historicamente privilegiados. Sendo assim, os elementos que permeiam o jogo político que envolve, de um lado a luta por acesso a direitos, e de outro a luta pela manutenção de privilégios é que dinamizaram os processos para reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação de terras onde vivem quilombolas.

## **2.1. Forças que impulsionaram a (re)emergência dos termos de designação ‘quilombo’ e ‘quilombola’ na década de 1980**

Sheila S. Walker (2012) utiliza a expressão “conhecimento desde dentro” para afirmar a necessidade de se produzir conhecimento local a partir da perspectiva dos próprios sujeitos. Ao mesmo tempo em que nos indaga: “porque devemos gerar conhecimento desde dentro? [Nos estimula com sua resposta:] [p]orque a história das américas contada desde fora não conta nossa história.” (2012: p. 11 – tradução livre) A exemplo da produção de conhecimento, como elucidado por Walker (2012), as forças que impulsionaram a (re)emergência dos termos de designação ‘quilombo’ e ‘quilombola’ no cenário nacional pós abolição da escravidão e, por conseguinte que propiciaram a visibilidade dos sujeitos coletivos e de suas demandas foram e continuam sendo gestadas desde dentro.

Entidades do movimento negro, entre outras, Centro de Cultura Negra do Maranhão (CCN) e Centro de Estudos e Defesa do Negro no Pará (CEDENPA) exerceram importante protagonismo no contexto da Assembleia Constituinte. Com

atuação política em dois dos quatro estados que aglutinam o maior número de coletivos quilombolas no país, CCN e CEDENPA contribuíram para a mobilização de comunidades negras rurais das regiões norte e nordeste do país que vinham resistindo às investidas de fazendeiros, grileiros e do próprio Estado. A resistência das comunidades em Alcântara no Maranhão é um exemplo emblemático.<sup>13</sup>

O CEDENPA não só fez parte, como contribuiu para a emergência do movimento quilombola no Pará e para o desencadeamento de ações que culminaram no reconhecimento de direitos para moradores de comunidades negras rurais brasileiras. Inclusive foi uma das fundadoras do CEDENPA, a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zélia Amador de Deus, quem expôs o panorama das comunidades negras rurais no Congresso Nacional de Negros pela Constituinte, realizado em 1986.

A professora Dr<sup>a</sup>. Zélia Amador de Deus, em nome dos moradores dessas comunidades, reivindicou ações do Estado para solucionar conflitos fundiários e socioambientais, sendo uma das ações o reconhecimento do direito territorial. Sem dúvida, o papel protagônico nesse processo é extensivo também ao CCN e a outros sujeitos individuais e coletivos. Ainda assim, faço destaque ao CEDENPA e trago a público o reconhecimento que se tem sobre a sua importância para a organização política das várias comunidades existentes no Pará. Reconhecimento que foi verbalizado por lideranças e moradores em geral, não apenas de Salvaterra, mas de todas as comunidades onde estive em outros municípios do Pará.

Porém, embora de inestimável importância e relevância, escapa aos objetivos deste trabalho apresentar trajetória histórica da formação dos movimentos negro e quilombola, históricos ou do presente. A expressão 'movimento negro' é aqui empregada para designar a agência de sujeitos que, articulados ou não, atuam como vozes da coletividade negra no combate ao racismo e em defesa da igualdade racial no acesso a bens e serviços socialmente produzidos.<sup>14</sup> Referências ao movimento adjetivado como 'quilombola' são feitas, considerando a autodenominação adotada por agentes políticos que compõem o movimento, cujas demandas políticas têm

---

<sup>13</sup> Ver Almeida (2006), Pereira Júnior (2009), Andrade (2014).

<sup>14</sup> Ver Guimarães (1999, 2002), Cardoso (2001), Silveira (2003), Gomes (2011).

especificidades em relação às do movimento negro, sendo as titulações de territórios um exemplo emblemático dessas demandas.

As referências feitas ao movimento negro pretendem demonstrar o seu protagonismo e relevância para o reconhecimento legal da diversidade étnico-racial brasileira e, em consequência, o reconhecimento dos direitos culturais de todos os povos e segmentos populacionais que contribuíram para a formação do Estado brasileiro. Assim, algumas reivindicações formuladas pelo movimento negro, alimentadas ou por vezes redimensionadas em debates e lutas políticas, travadas ao longo de séculos, ganharam materialidade na CF/1988. Portanto, foi trilhado um longo percurso para que, ao menos no plano jurídico, fizesse constar o direito de propriedade a coletivos negros vivendo em áreas rurais.

A mobilização das comunidades negras rurais, fomentada, sobretudo a partir de 1980, teve nos Encontros de Negros e Negras do Norte e do Nordeste, uma de suas importantes expressões. Os Encontros, nos quais se articulavam representantes de coletivos negros dos vários estados de ambas as regiões, foram fundamentais para a coletivização da luta política e, em consequência, para a elaboração de pauta única reivindicando uma série de direitos, entre os quais à terra. (Amaral, 2008) Os Encontros foram consecutivos até o final da década de 1980 e podem ser compreendidos como o embrião da Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas (CONAQ), criada em 1996.

Entre as reivindicações formuladas ganhou destaque o direito à propriedade de terra que figurou e ainda figura como a principal bandeira de luta do movimento quilombola nacional. Entretanto, considerando que “[c]ada grupo de pressão, enfim, levou como resultado concreto o que suas energias e poder de mobilização representaram”, (Silva, 1997: p. 13) a pauta de reivindicações elaborada pelo movimento negro não alcançou número suficiente de assinaturas para ser apresentada diretamente à Assembleia Constituinte. Por essa razão, o Deputado Carlos Alberto Caó, com histórico de atuação na defesa de interesses da população negra, apresentou Emenda Popular, redigida por ele e apoiada pela senadora Benedita da Silva, na qual constaram duas reivindicações cruciais para o movimento negro – criminalização do racismo e direito à propriedade de terra.

A Emenda, responsável por deflagrar o processo de discussão no âmbito da Assembleia Constituinte, após passar por alterações, recebeu a redação como consta no artigo 68.<sup>15</sup> Outro desdobramento da Emenda foi a tipificação do racismo e das práticas discriminatórias relacionadas à raça, cor e etnia, como crimes inafiançáveis, como definido no inciso XLII do artigo 5º da CF/1988. Conforme afirmado por Silva (1997) inicialmente a proposta formulada pelo movimento negro fazia menção a “comunidades negras rurais”, sem os complementos “remanescentes de quilombos”.

No entanto, a Profª. Drª. Zélia Amador de Deus, na ocasião da defesa pública desta tese, informou verbalmente que na proposta continha os complementos “remanescentes de mocambos.” Considerando que o termo ‘mocambos’ não havia sido utilizado em todas as regiões do país, mas apenas na região Norte, optou-se pelo termo ‘quilombos’. A professora afirmou ainda que o uso da categoria ‘remanescente’ não pretendeu afirmar continuidade ou resquícios de formas de organização social que existiram no passado. A intenção foi se inspirar na resistência dos antepassados. Assim, a Emenda Popular apresentada foi proposta nos seguintes termos:

[f]ica declarada a propriedade definitiva das terras ocupadas pelas *comunidades negras remanescentes de quilombos*, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos. Ficam tombadas essas terras bem como documentos referentes à história dos quilombos no Brasil. (Silva, 1997: pp. 14-15 – grifos do autor)

O texto foi mantido na íntegra pela Comissão de Sistematização e disposto no artigo 490, tendo recebido, ao todo, três emendas modificativas com referência direta ao direito à propriedade, das quais duas foram recusadas e uma aceita parcialmente. A segunda frase do artigo, onde se propõe o tombamento de terras e documentos afins à história dos quilombos foi aprovada e vinculada ao capítulo da Cultura. Embora cultura e território sejam indissociáveis na concretude das dinâmicas sociais, na CF/1988 os direitos à terra e à expressão da diversidade cultural encontram-se dissociados. (Silva, 1997)

O primeiro, marcado por uma temporalidade está inscrito no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias; o segundo, considerado como direito fundamental, portanto permanente, está no Capítulo da Cultura. A dissociação, a princípio, foi um dos muitos entraves (mas não o único, como será apresentado), que

---

<sup>15</sup> Silva (1997), Treccani (2006-a), Arruti (2008)

influenciaram na aplicabilidade imediata do artigo 68 e incidiu no impasse para a definição dos órgãos responsáveis para tal fim.

A manutenção da expressão “remanescentes de quilombos” restringiu o direito à propriedade somente àquelas comunidades que, comprovadamente remanescessem de algum quilombo, embora seja óbvio que a esmagadora maioria da população negra brasileira descende de africanos escravizados e que, de diferentes formas também resistiram à escravidão. Portanto, se o reconhecimento do direito à propriedade foi balizado pela ideia da reparação por danos decorrentes da escravidão, entende-se que toda a população negra brasileira deveria ser contemplada pelo direito.

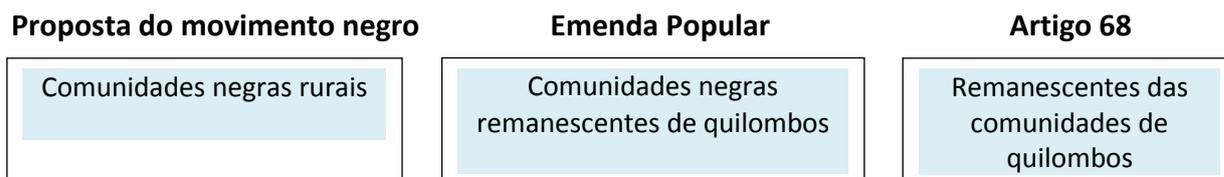
A expressão “remanescentes de quilombos” é bastante polemizada ainda nos dias atuais, principalmente por suscitar a ideia de que dos quilombos, considerados extintos com o fim do sistema escravocrata, subsistiriam os seus descendentes, devendo estes corresponder às representações contidas nos marcos legais, em livros escolares e no imaginário social, de modo geral. (Almeida, 2002) A expressão também provocou, em princípio, o entendimento de que, para ter direito a terra, os coletivos deveriam comprovar a ocupação anterior ao ano da abolição. Dessa forma, apesar da sinalização ao direito territorial de indivíduos que vivem no presente, o artigo faz referência ao “passado e para o que idealmente teria ‘sobrevivido’ sobre a designação formal de remanescentes das comunidades de quilombos.” (Almeida, 2002: p. 46)

Contrastando com a adjetivação ‘quilombola’ os termos ‘vilas’, ‘vilarejos’, ‘povoados’, ‘bairros’, ‘sítios’, ‘setores’, ‘comunidades negras’, ‘nosso canto’, ‘nosso lugar’, ‘meu cantinho’ e ‘meu lugar’ são utilizados por interlocutoras do estudo para se referirem a onde vivem. Esses termos coadunam-se ao conceito de território formulado por Claude Raffestin (1993), para quem território não pode ser compreendido como sinônimo de espaço. Território é o resultado da produção do espaço, possível somente por uma ação intencional.

A utilização dos termos expressa “uma representação do espaço [que...] é uma apropriação [...] um controle portanto, [...] Qualquer projeto no espaço que é expresso por uma representação revela a imagem desejada de um território, de um local de relações.”(Raffestin, 1993: p. 144) Portanto, é com esse significado que os termos

‘território’ e/ou ‘território quilombola’ serão utilizados nesta tese<sup>16</sup>. Eles informam sobre a construção de vínculos e desenvolvimento de relações sociais, sendo a “própria representação do espaço uma relação.” (Raffestin, 1993: p. 145)

Além da inclusão da expressão “remanescentes de quilombos”, houve a alteração dos termos – “comunidades negras remanescentes de quilombos” **para** “remanescentes das comunidades de quilombos” como sintetizo abaixo.



**Figura 3 – Oscilações na nomeação de coletivos negros**

A proposta do movimento negro se voltou aos sujeitos coletivos que são as “comunidades negras rurais”. Mesmo tendo restringido a proposta às comunidades negras rurais, o direito à propriedade poderia ser pensado numa dimensão mais ampla, contemplando grupos e comunidades que não partilhavam de memória coletiva marcada por experiências de vida em quilombos. Por outro lado, a redação final da proposta aceita pelos legisladores e inserida na CF/1988 foi interpretada como sendo destinada a sujeitos individuais, os ‘remanescentes’.

Arruti (2008), em consonância com Dimas Salustiano da Silva (1997) afirma que a incorporação do Artigo 68 à CF ocorreu ao largo dos debates feitos por legisladores no âmbito da Assembleia Constituinte. A escassez de debates, como argumenta Arruti (2008) teria influenciado na imprecisão dos termos e no imprevisto do conteúdo do artigo, o que gerou muitas controvérsias para a sua regulamentação, concretizada, de fato, a partir da aprovação do Decreto Nº. 4887/2003, 15 anos após a promulgação da CF/1988.

No entanto, Silva (1997) mesmo considerando terem sido poucos os debates internos, reconhece a influência dos debates externos à Assembleia Constituinte,

<sup>16</sup> Além dos termos ‘território’, ‘território quilombola’ e ‘tradicional’, outros como ‘patrimônio’, ‘medicina moderna’, ‘medicina ocidental’, não são utilizados pelas interlocutoras, exceto pelas que frequentaram ou estão frequentando ambientes acadêmicos e/ou de articulação política, mas ainda assim o uso é raro. Quando utilizo destes termos e expressões o faço no intuito de traduzir para a linguagem antropológica as várias expressões das realidades locais. (Cardoso de Oliveira, 1998)

assim como a força das pressões populares para reconhecimento legal de uma série de direitos até então ausentes na Carta Magna. Para o autor não tivemos no Brasil “uma Assembleia Nacional Constituinte exclusiva”, (1997: p. 12) mas a permissão para “eleger e apresentar propostas e reivindicações para um Congresso Nacional com poderes constituintes que, concomitantemente encarregava-se da feitura das leis ordinárias.” (1997: p. 12)

O autor argumenta, inclusive, que o processo de feitura da CF/1988, por ter sido democrático, contou com a participação de vários segmentos sociais. Ao envolver grupos étnico-raciais, categorias profissionais as mais diversas, entidades representativas, dentre outros grupos, foi sendo gestada uma “revolução silenciosa [que] ganhou as ruas.” (Silva, 1997: p. 58) No entanto, o ganhar as ruas “[n]ão foi uma panaceia, mas ocorreu aquilo que mais se teme no Brasil – a discussão dos destinos da nação se efetiv[ou] em praça pública.” (1997: p. 58)

Para se ter uma ideia da dimensão da efervescência política, Silva (1997) elenca algumas das 20.790 emendas apresentadas ao plenário, das quais 122 foram de iniciativa popular. As emendas contemplavam conteúdos diversos e, quando provenientes da iniciativa popular, e não atingindo o número mínimo de assinaturas para submissão direta ao plenário, eram apresentadas por algum parlamentar interessado na causa. Foi o que ocorreu com a emenda popular na qual se propôs o reconhecimento do direito à propriedade de terra para coletivos negros rurais.

Se foram poucos os debates entre legisladores antes da aprovação do Art. 68, o mesmo não ocorreu após a promulgação, como comprovam projetos de lei, emendas modificativas, ação de inconstitucionalidade, portarias e decretos, muito bem discutidos por Silva (1997). Os poucos debates obviamente não aplicam ao movimento negro, cuja resistência às atrocidades da escravidão e racismo remonta ao início do sistema escravocrata. Inclusive, a ressignificação dos termos ‘quilombo’ e ‘quilombola’ foi gradativamente construída pelo movimento negro brasileiro a partir da década de 1970, quando se adotou a ideia de quilombo como “um símbolo no processo de construção e afirmação social, política, cultural e identitária [...] símbolo, não só de resistência pretérita, [mas] [...] de luta no tempo presente pela reafirmação da herança afro-diaspórica.” (Domingues & Gomes, 2013: p. 10)

A aproximação entre movimento negro e comunidades denominadas negras rurais “desdobrou-se numa trama de relações e alianças que foram se modificando e alargando os horizontes de atuação de ambas as partes.” (2013: p. 13) As alianças contribuíram para a (re)emergência da questão quilombola em âmbito nacional que, àquela época, do período militar, se configurava, dentre outras violações, pela expropriação da terra em favor de interesses das políticas desenvolvimentistas.<sup>17</sup>

Silva (1997) ao refletir sobre as disputas políticas protagonizadas por agentes políticos atuantes no âmbito da Política, do Estado e do Direito afirma que os termos e expressões empregados no Art. 68 são produtos da correlação de forças, principal determinante no jogo político. Ao contrário do que afirma Arruti (2008) sobre a imprecisão dos termos do Art. 68, a correlação de forças sobrepõe-se aos aspectos semânticos e sintáticos propriamente ditos. (Silva, 1997) Então vejamos algumas das principais polêmicas e controvérsias que nutriram a correlação de forças no processo de reconhecimento de direitos para coletivos negros e destes como sujeitos de direitos.

## **2.2. Polêmicas e controvérsias acerca do reconhecimento de direitos para coletivos negros**

Tanto o reconhecimento dos coletivos negros como sujeitos de direito, quanto o reconhecimento de direitos a coletivos negros vêm se dando em meio a processos de disputas, conflitos e controvérsias que podem ser constatados. (Silva, 1997) Entretanto, não se pode afirmar que as reações provenientes dos três campos resultem de ação combinada entre os agentes com o fim precípua de deslegitimar o direito a ter direito. É interessante pensar nas polêmicas e controvérsias como manifestações da (in)compatibilidade de interesses dos agentes com os interesses de determinado grupo ao qual pertencem ou com os quais estão comprometidos. Como bem afirma Pierre Bourdieu (2004) a respeito do campo jurídico, mas podendo elucidar também as dinâmicas de outras áreas como o Estado e a Política.

A significação prática da lei não se determina realmente senão na confrontação entre diferentes corpos animados de interesses específicos divergentes (magistrados,

---

<sup>17</sup> Ver Almeida (1998), Amaral (2006), Treccani (2006-b).

advogados, notários, etc.), eles próprios divididos em grupos diferentes animados de interesses divergentes, e até mesmo opostos, em função sobretudo da sua posição na hierarquia interna do corpo, que corresponde sempre de maneira bastante estrita à posição da sua clientela na hierarquia social. (2004: p. 218)

Em 1995, transcorridos sete anos da promulgação da CF/1988, o Art. 68 continuava sem aplicabilidade, razão pela qual os movimentos negro e quilombola (este último em fase inicial, mas com notória visibilidade nacional) reiteraram exigências para a aplicabilidade imediata do Artigo. No mesmo ano, foram apresentados dois Projetos de Lei para a sua regulamentação, que tramitaram na Câmara dos Deputados e no Senado. Os projetos, elaborados a partir de percepções divergentes e inconciliáveis sobre quem seriam os sujeitos de direito, instalaram uma polarização entre Fundação Cultural Palmares (FCP) e Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), como possíveis órgãos responsáveis para dar efetividade ao Art. 68.<sup>18</sup>

O primeiro Projeto de Lei Nº. 129/1995, proposto pela Senadora Benedita da Silva, (Silva, 1997) evidenciou uma perspectiva biologizante, compatível com a noção de remanescente e continuidade linear. Nesta perspectiva definiu-se que “[s]ão considerados remanescentes dos quilombos os descendentes dos primeiros ocupantes dessas comunidades, em cujas terras mantenham morada habitual.” (Silva, 1997: pp. 32-33)

No Projeto não foram consideradas as diversas formas de ocupação da terra por segmentos camponeses, dentre os quais estão alguns dos coletivos negros. Para além da sucessão por herança, há outras formas de ocupação sustentadas no uso comum, denominadas por “terras de preto, terras de santo, terras de Irmandade, terras de parentes, terras de ausente, terras de herança, [...] e patrimônio.” (Almeida, 2009: p. 48)

Ainda em decorrência da definição, foram estipulados dois critérios para se fazer jus ao direito à propriedade. Um deles seria apresentar “características étnicas e raciais [...] e histórico da ocupação e outros elementos de posse.” (Silva, 1997: p. 33) Para isso foi cogitado que a pertença étnico-racial poderia, se necessário, ser comprovada por meio de exames de DNA. Ao segundo critério, partindo-se da

---

<sup>18</sup> Ver Silva (1997), Treccani (2006-a), Arruti (2008), CONAQ (2008).

vinculação dos coletivos negros às áreas rurais o INCRA, pela larga experiência de atuação nessas áreas foi o Órgão indicado para averiguar e atestar sobre o histórico da ocupação e, de modo geral, dar efetividade ao Art. 68.<sup>19</sup>

Em resposta a convite formulado pela Senadora Benedita da Silva para participar de discussão sobre a regulamentação do Art. 68, a ABA, por meio de correspondência, manifestou-se contrariamente aos critérios estipulados para a regulamentação do Artigo. Sob o argumento de que critérios externos não são apropriados e nem suficientes para se definir os coletivos em questão, o Presidente da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), à época o professor Dr. João Pacheco de Oliveira, defendeu o respeito à autonomia para definição dos próprios limites sociais e rechaçou a validação do pertencimento étnico-racial por meio de marcadores genéticos. (Silva, 1997) Reiterando a importância da valorização dos aspectos culturais a ABA indicou o Ministério da Cultura como Órgão ideal para dar aplicabilidade ao Art. 68 argumentando que os processos de regularização fundiária, tradicionalmente operados pelo INCRA diferem totalmente dos processos para identificação, delimitação e titulação de territórios ocupados pelos coletivos negros em questão. (Silva, 1997)

A “morada habitual”, como consta no Art. 2º do referido projeto, significando a ocupação permanente na terra, também foi objeto de controvérsias. Uma delas diz respeito ao entendimento por parte de técnicos e operadores do Direito de que a propriedade a ser titulada, seria aquela que estivesse efetivamente ocupada na ocasião da reivindicação da titulação. Por essa lógica, não seriam considerados fatores ambientais, socioeconômicos e políticos, a exemplo dos conflitos motivados pela posse da terra, que podem provocar deslocamentos compulsórios.

Nas comunidades onde estive, conversei com pessoas que nunca haviam se afastado de seus territórios. Mas também, encontrei outras ou soube notícias de moradores que, por diversos motivos precisaram se afastar temporariamente. As principais causas do afastamento estão relacionadas: à busca de trabalho, quando se mostram comprometidas as condições objetivas para a garantia de sobrevivência; ao desejo de ascensão a níveis mais elevados da educação formal; aos conflitos motivados

---

<sup>19</sup> Ver Silva (1997), Treccani (2006-a), Arruti (2008), CONAQ (2008).

por questões fundiárias e ambientais quando, por medida de segurança, indivíduos ou famílias inteiras precisam se afastar dos seus territórios; falta de serviços sociais básicos como água tratada, energia elétrica ou mesmo uma escola que ofereça as séries iniciais, como é a realidade da CQ Salvar. Entretanto, mesmo temporariamente ausentes de suas “moradas habituais”, são mantidas as identidades, sentimentos de pertença e compromisso com os valores coletivos, como expressou Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves ao compartilhar uma parte de sua história de vida.

Fui para Belém [para trabalhar e ajudar alguns parentes] quando era bem novinha, passava um tempo lá, eu ia e vinha; aí minha mãe adoeceu e eu voltei para cuidar dela, ela morreu e eu voltei para Belém. Tem uns seis ou sete anos que voltei [para a comunidade]; voltei por que pedra que não assenta não cria limo, né? Aqui é nosso lugar, em Belém eu nunca tive nada. (Agosto/2014)

O segundo Projeto de Lei Nº. 627/1995 foi proposto pelo Deputado Alcides Modesto, entre outros parlamentares e, ao contrário do projeto discutido anteriormente, utilizou argumentos pautados nos direitos culturais, portanto, no patrimônio cultural brasileiro e não no direito à propriedade. (Câmara dos Deputados, 1995) A ênfase dada ao imbricamento da reprodução física e sociocultural com a ocupação territorial e, acima de tudo, o tombamento dos direitos culturais como estabelece os Artigos Constitucionais 215 e 216, criaram as prerrogativas para a desapropriação de terras por interesse social, que é um dos critérios legais para este tipo de procedimento administrativo. (Câmara dos Deputados, 1995)

Por isso, uma das primeiras controvérsias relacionou-se à legitimidade do Estado fazer desapropriações e pagar indenizações a posseiros de terras pertencentes a coletivos quilombolas, ainda que os afastamentos tenham sido compulsórios. Como salientou Cláudio Teixeira da Silva, Procurador da Fazenda Nacional, caberia ao Estado tão somente emitir títulos de propriedade e não fazer “a conversão da posse em propriedade.” (Silva, 2001: p. 3) O Procurador julgou como equivocada a atribuição dada ao Estado para fazer desapropriação, considerando que este procedimento administrativo, para o caso em que se pretende a aplicação, além de não atender “à necessidade pública, à utilidade pública ou ao interesse social [...] satisfaria, exclusivamente, o interesse particular do proprietário do imóvel, enriquecendo-o ilegitimamente.” (Silva, 2001: p. 3)

O Projeto de Lei apresentou com riqueza de detalhes todas as etapas consideradas necessárias aos processos de titulação, inclusive, considerando a participação dos interessados, ou quem eles designassem. (Câmara dos Deputados, 1995) Mesmo sem atestar o reconhecimento do direito à autoatribuição de identidade, o texto sugere uma perspectiva mais horizontalizada e propícia ao diálogo, contemplando ainda o dinamismo das (re)configurações dos patrimônios culturais de grupos etnicamente diferenciados.

A definição apresentada sobre os sujeitos de direito como sendo “aquelas populações que guardem vínculo histórico e social com antigas comunidades formadas por escravos fugidos” (Câmara dos Deputados, 1995: p. 4) evidencia certo essencialismo em relação à condição dos habitantes dos quilombos, nos moldes criticados por Almeida (2002). Ainda assim, ao considerar as dimensões histórica e social na constituição de vínculos, o Projeto demonstrou que a comprovação de identidades étnico-raciais por meio de testes de DNA são totalmente prescindíveis e inapropriadas.

Em consonância com os argumentos formulados foi indicado o Ministério da Cultura, que por meio da Fundação Cultural Palmares (FCP), seria o Órgão responsável em conduzir o processo de aplicação do Art. 68, porém o INCRA deveria participar em todos os procedimentos, mas sob a fiscalização da FCP. Devido à complexidade dos aspectos (socioeconômicos, culturais, históricos e políticos, entre outros) que permeiam os processos de reconhecimento, identificação e delimitação de territórios, foram especificadas certas categorias profissionais para a composição das equipes técnicas, entre elas a de antropólogos(as), cujo *know-how* foi adquirido pela atuação junto a grupos etnicamente diferenciados.

Ao longo de 15 anos desde a promulgação da CF/1988, além dos projetos de lei referidos, somaram-se outras iniciativas visando dar aplicabilidade ao Art. 68, entre as quais cito o Projeto de Lei Nº. 3.081/2000, apresentado pelo Deputado Paulo Mourão; as Propostas de Emenda Constitucional Nº. 38/1997 e Nº. 6/1999 apresentadas pelos Senadores Abdias do Nascimento e Lúcio Alcântara, respectivamente; Projetos de Lei

Nº. 5.447/2001, Nº. 6.912/2002 e Nº. 213/2003, apresentados pelos Deputados Jairo Carneiro e Paulo Paim, este responsável pelos dois últimos projetos.<sup>20</sup>

Os autores do Projeto de Lei Nº. 627/1995 consideraram que “os remanescentes”, mesmo não vivendo em comunidades, poderiam requerer título de propriedade individual. (Câmara dos Deputados, 1995: p. 6) Porém, argumentos contrários à proposta balizaram-se nos princípios do uso comum da terra e nos vínculos de solidariedade, que constituem alguns dos aspectos identitários de grupos etnicamente diferenciados. (Casa Civil, 2003; Brasil, 2003-a) Esta e outras questões foram solucionadas com o Decreto Nº. 4887/2003, que instituiu forma única de interpretação da categoria “remanescentes”, devendo ser entendida como comunidades/coletivos e não indivíduos. (Brasil, 2003-a)

Além das divergências sobre quem seriam os sujeitos de direito, destaca-se outro “problema de interpretação” do Art. 68 que, de acordo com Girolamo Treccani (2006-a: p. 85), foi gerado por limites semânticos. O problema põe em questão se a obrigação de emitir títulos, como consta no Artigo, seria unicamente do Estado, entendido de forma estrita como sendo a União, ou se seria dos demais entes federados. Na opinião do autor o problema gera uma falsa polêmica não justificada, pois há obviedade de que “Estado”, quando escrito no singular, deve ser entendido como “Estado Brasileiro”, portanto, envolve todos os entes federados (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). Supostamente, devido a limites interpretativos ou mesmo a alegações de inconstitucionalidade, as polêmicas e controvérsias foram suscitadas culminando no adiamento da aplicabilidade da lei.

### **2.3. Decreto Nº. 4887 entre a regulamentação de direitos e a classificação de sujeitos**

A (re)emergência do termo ‘quilombo’ na CF/1988, a referência e definição de seus ocupantes como “remanescentes das comunidades de quilombos” foi balizada por representações do passado que, para efeito da lei, deveriam ter materialidade no presente. A definição, entre outros efeitos atende à necessidade de universalização da

---

<sup>20</sup> Ver Ver Silva (1997), Treccani (2006-a), Arruti (2008), CONAQ (2008).

norma jurídica que desconsidera a variedade de formas de organização e possibilidades de existência. (Bourdieu, 2004; Geertz, 1997)

Isolamento, número restrito de ocupantes, condição de fuga, ausência de instrumentos que demonstrassem práticas produtivas e de autoconsumo (os pilões), entre outras, foram características hetero-atribuídas aos quilombos históricos, que subsistiram nos períodos colonial e imperial. Tais características, oriundas de representações e estereótipos, divergem totalmente de dados de pesquisas realizados por estudiosos do assunto.<sup>21</sup>

Flávio Gomes (2006) comprovou a existência de redes de solidariedade envolvendo CQ's, comunidades de senzala, taberneiros, mercadores, lavradores, indígenas e outros. As redes, além de negar o isolamento, que não deve ser confundido com localização estratégica, demonstravam formas de sociabilidades permeadas por “[s]olidariedades, conivências, alianças e também conflitos.” (2006: p. 85) O autor é categórico ao negar o isolamento da maioria dos quilombos atribuindo exatamente à vitalidade das redes de socialização e à “ integração socioeconômica dos quilombos” (2006: p. 93) o êxito na ameaça do sistema escravista.

Petrônio Domingues e Flávio Gomes (2013) consideram ainda que o modelo alternativo de sociedade configurado nos vários quilombos espalhados em todas as regiões do país foi o principal fator de desgaste do sistema. Foi a possibilidade de instauração de novas sociabilidades e não, necessariamente as fugas, rebeliões e outras formas de reação à ordem social que suscitaram as perseguições e violências praticadas contra quilombolas e, também, o medo branco.

Sintonizado ao argumento, mas expressando-se de forma distinta, Moura (1993) atesta que o pânico dos escravocratas e das autoridades espalhou-se em todas as regiões do país e foi motivado, exatamente pelo alto nível de organização social encontrado nos quilombos. A economia comunitária, geralmente adotada nos quilombos, assim como a policultura, destoando do modelo colonial, se tornou atraente também para agricultores brancos pobres e demais componentes das camadas baixas. Portanto, a caracterização de quilombos como lugares onde viviam

---

<sup>21</sup> Ver Moura (1981, 1993, 2004), Freitas (1983), Almeida (2002), Salles (2005), Flávio Gomes (2006), Domingues e Gomes (2013).

negros fugidos e em condição de isolamento denota profundo desconhecimento ou estratégia de negação da organização social, visando ao seu enfraquecimento.

Se forem consideradas para análise apenas as formas de sobrevivência, Décio Freitas (1983) considera que existiram, no mínimo, sete tipos de quilombos, a saber: agrícolas, extrativistas, mercantis, mineradores, pastoris, de serviços, predatórios, sendo que em muitos deles coexistiam algumas das características destacadas. A capacidade produtiva dos quilombos era inegável, embora em circunstâncias adversas fazia-se necessário o abandono das plantações ou qualquer outra atividade produtiva. República de Palmares em Pernambuco, do Ambrósio em Minas Gerais e quilombos do 'Iguaçu' no Rio de Janeiro são muito referidos como exemplos de autossuficiência, mas sabe-se que a venda e/ou troca de excedentes (vindos do extrativismo ou da produção) por mercadorias não produzidas, foi amplamente praticada por quilombolas em todas as regiões do país.<sup>22</sup>

Embora fossem adotadas outras formas de resistência, tais como as fugas, rebeliões, assassinatos de escravocratas, suicídios, entre outras, a quilombagem, em acordo com Décio Freitas (1983) e Moura (1993), foi a principal delas, sendo "o quilombo [...] a unidade básica de resistência do escravo." (Moura, 1993: p. 14) A quilombagem, enquanto movimento histórico e social foi uma reação dialética ao sistema escravista, tendo existido enquanto durou o sistema, em todas as regiões do Brasil, independente do número de africanos traficados.

Apesar de Moura (1993, 2004), por vezes ter referido a quilombos como 'ajuntamentos de negros', há várias outras referências feitas pelo autor, indicando que nos quilombos, ainda que formados por negros em sua maioria, também eram acolhidas pessoas não negras (brancas e, especialmente, indígenas), com quem mantinham alianças de solidariedade e parceria. Por outro lado, a expressão 'ajuntamento' não pode significar a inexistência de organização social e política. Ao contrário, havia formas de "organização familiar, religiosa, [...] econômica" (Moura, 1993: p. 35) e de poder, que contribuíam para harmonizar, dar sustentabilidade e proteger seus habitantes. Décio Freitas (1983) afirma que muitos quilombos se

---

<sup>22</sup> Ver Moura (1981, 1993), Freitas (1983), Salles (2005).

organizavam em confederações, existindo em muitos deles, a exemplo da República de Palmares, uma burocracia civil e militar.

Para demonstrar a dimensão das redes de solidariedade e, ao mesmo tempo, contestar os estereótipos do isolamento e da condição de fuga, Moura (1993) listou nove segmentos ou grupos sociais que habitaram em quilombos ou comercializaram com quilombolas, são eles: “contratadores, faiscadores, contrabandistas, artesãos, pequenos comerciantes e agricultores, negros forros, militares de baixa patente, clérigos sem paróquia, [...]” (1993: p. 21) Portanto, para além da resistência, os quilombos históricos representaram “um fator permanente de desgaste econômico, social e psicológico do escravismo, inclusive porque criou a “síndrome do medo” que atingiu e deformou psicologicamente a classe senhorial.” (Moura, 2004: p. 338)

Para Moura (2004) o termo quilombo provavelmente foi atribuído pelos “senhores e não [pelos] escravos.” (2004: p. 336) Apesar da perspectiva homogeneizante presente nas representações oficiais ou oficializadas sobre quilombos históricos, estes tiveram sentidos e características diversas. A variedade de formas de existência também se verifica nas CQ’s do presente, sobre os quais Eliane Cantarino O’Dwyer<sup>23</sup> afirma que:

o termo quilombo não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica. Também não se trata de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. Da mesma forma, nem sempre foram constituídos a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados mas, sobretudo, consistem em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio. (O’Dwyer, 2002: p. 18)

Em perfeito acordo com estes termos Sr<sup>a</sup>. Elieide de A. Sousa explicitou um aspecto que integra “os modos de vida” de sua comunidade – Rosário. Em sua opinião, a valorização das práticas terapêuticas locais, envolvendo a atuação de especialistas e o uso de plantas e animais também caracteriza um ‘quilombo’. Característica que segundo a interlocutora, também se constitui importante forma de resistência. (Março/2015)

---

<sup>23</sup> Uma das responsáveis pela organização do *Grupo de Trabalho Quilombos da ABA* e sua primeira coordenadora no período 1994-1996.

A fim de solucionar alguns dos impasses gerados a partir do Art. 68 e, acima de tudo, regulamentar os procedimentos necessários à sua aplicabilidade, foi editado em 2003 o Decreto Nº. 4887, em vigência nos dias atuais. (Brasil, 2003-a) No Decreto o Ministério do Desenvolvimento Agrário, através do INCRA, figura como o Órgão responsável para execução de todos os procedimentos, sendo resguardada a participação do Ministério da Cultura, através da FCP para confirmar a veracidade da autodefinição identitária. O Decreto instituiu ainda, um Comitê Gestor para atuar sob a coordenação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), composto por representantes: da Casa Civil; de 17 ministérios; de duas Secretarias Especiais da Presidência da República, uma delas a própria SEPPIR. (Brasil, 2003-a)

O Decreto, além de definir o que seria um quilombo, também define quem seriam os seus moradores. Portanto:

remanescentes das comunidades de quilombos [são] grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida. (Brasil, 2003-a)

A autoatribuição foi referida como critério importante também entre as interlocutoras, não sendo determinante a cor da pele. Entretanto, embora seja comum encontrar nas CQ's pessoas não negras que se identificam e são identificadas como quilombolas, a tendência é a reiteração da cor da pele e da raça negra. Os nomes dos Encontros que reafirmam o adjetivo 'negra' para mulheres e para a juventude ilustram a tendência.

O Decreto Nº. 4887/2003, embora reitere a expressão "remanescentes das comunidades de quilombos", apresenta em seu texto a articulação entre direitos territoriais e culturais, até então dissociados na CF/1988. A associação entre os direitos pode ser verificada no conceito do que são "terras ocupadas" pelos "remanescentes", definidas como sendo as utilizadas para a "reprodução física, social, econômica e cultural" de seus ocupantes. (Brasil, 2003-a) A definição sobre os coletivos quilombolas apresentada no decreto foi apropriada da ABA. Por isso, se mostra sintonizada com o discurso utilizado pela Antropologia ao se referir a grupos etnicamente diferenciados, para o qual Fredrik Barth é, talvez, o maior inspirador.

A definição foi absolutamente importante naquela ocasião, inclusive para nortear formas de intervenção junto aos CQ's, como a criação do Programa Brasil Quilombola (PBQ), pelo qual são articuladas todas as ações governamentais destinadas a esses coletivos. A definição apresentada no Decreto refuta o “modelo típico-ideal de uma forma empírica encontrada recorrentemente, [que] traz implícita uma visão pré-concebida de quais são os fatores significativos para a gênese, a estrutura e a função de tais grupos.” (Barth, 2000: p. 28) Os coletivos quilombolas são constituídos a partir de perspectivas e trajetórias distintas não sendo incorreto afirmar que caberia à cada CQ um conceito próprio. No entanto, considerando que leis e demais dispositivos jurídicos expressam formas de representação das realidades, uma questão crucial tanto para advogados quanto para antropólogos “é descobrir como representar [a] representação.” (Geertz, 1997: p. 260)

Opondo-se ao modelo ‘típico-ideal’ Barth (2000) nos leva a refletir sobre o dinamismo das realidades sociais em detrimento do imobilismo, afirmando ser a interação com outros grupos o fator principal para a definição da pertença e a continuidade do próprio grupo. Partindo da afirmação de que “os grupos étnicos não são apenas ou necessariamente baseados na ocupação de territórios exclusivos” (2000: p. 34) fui instigada a pensar sobre determinados coletivos quilombolas, alguns deles vivendo em territórios contíguos, com número de unidades habitacionais e de núcleos familiares relativamente pequenos, mas que se declaram diferenciadas perante as demais comunidades. Ou seja, embora tenham tido uma origem comum e se declarem parentes entre si; e ocupem um mesmo espaço geográfico, produziram territorialidades diferentes.

Exemplos dessa natureza podem ser verificados nas listas de territórios titulados, disponíveis nos sites do INCRA, de Institutos de Terra dos estados ou ainda da FCP. Portanto, se não é a “ocupação de territórios exclusivos” (Barth, 2000: p. 34) que determina a formação dos grupos étnicos, são as fronteiras sociais. (Barth, 2000) Fronteiras, que entre CQ's podem se constituir e ser constituídas de inúmeras formas.

Entretanto, à luz das elaborações do próprio Barth (2000) e considerando a relação entre autoatribuição e acesso ao direito a terra, cabe uma reflexão sobre o direito à autoatribuição referido no Decreto Nº. 4887/2003. Para esse autor, “grupos

étnicos são categorias atributivas e identificadoras empregadas pelos próprios atores; conseqüentemente, têm como característica organizar as interações entre as pessoas.” (2000: p. 27) Ao contrário, fazendo uso do suposto direito de nomeação, o Estado é que tem definido quem são e quais os critérios oficiais para que grupos etnicamente diferenciados afirmem sua identidade e pertença. Embora a questão central discutida por Walker (2012) seja a respeito da necessidade e ao direito de produção de conhecimento pelos próprios sujeitos, no caso, africanos em diáspora, sua ideia pode ser aplicada às representações hegemônicas sobre africanos e afro-brasileiros, ideologicamente construídas e sustentadas por teorias e conhecimentos distorcidos das realidades. São eles, elas, nós que devemos dizer o que somos ou o que não somos.

As várias etapas estipuladas para a titulação de territórios quilombolas faz duvidar do respeito ao direito à autoatribuição, uma vez que se fazem necessários laudos e pareceres envolvendo profissionais qualificados, entre eles o antropólogo, ou seja, por terceiros. A autoatribuição só é valorizada na etapa inicial da certificação e, a depender dos argumentos contidos no laudo antropológico o direito ao território pode vir a ser reconhecido, ou não. Inclusive, como estipulado na Instrução Normativa Nº. 57/2009 (INCRA, 2010) e no próprio decreto 4887/2003 (Brasil, 2003-a) a autoatribuição deve ser certificada pela FCP. Em trabalho de campo, ouvi da Sr<sup>a</sup>. *Yetunde* o seguinte:

eu nunca tinha ouvido a palavra quilombola antes. Olha, eu não tenho vergonha de dizer isso. Eu nunca ouvi na escola, eu nunca tinha lido, ninguém tinha falado isso na comunidade. Mas eu acho que muita gente ainda não entende o que é isso, de ser quilombola, e por isso não se assume. Eles acham que quilombola é só quem é liderança. Antes diziam que quilombola era quem chegava [na comunidade] para explicar as coisas para nós. Até hoje tem gente que fala que o outro é que é quilombola, mas ele não. Agora eu já entendo isso melhor, mas acho que a maioria ainda não entende, não se aceita. (Agosto/2014)

A narrativa não deslegitima o fato das CQ's se constituírem como um tipo organizacional distinto dos demais, como grupos étnicos conforme definido por Barth (2000). Embora alguns informantes ocasionais tenham negado saber que algumas localidades em Salvaterra eram denominadas CQ's, eles teciam comentários acerca de seus moradores, que indicam contrastividade e delineiam fronteiras étnicas. Foram recorrentes algumas das afirmativas do tipo: “o povo de lá é diferente” ou “eles vivem

para lá, isolados”, ou ainda, “sei que têm muitos morenos lá, que vem de gente escrava.”

A contrastividade é tida como um dos principais fatores que integram os processos de construção da identidade étnica, no âmbito pessoal ou coletivo, sendo nas relações sociais estabelecidas na fronteira, tanto com ‘os de fora’, quanto com ‘os de dentro’, que são negadas ou reafirmadas as pertencas. (Barth, 2000; Devaille, 2002; entre outros) Outro aspecto a considerar, diz respeito ao realce étnico que, a depender das circunstâncias, pode reafirmar traços, inclusive estereotipados, ou negá-los. Portanto a autoafirmação identitária pode ser condicionada pela relevância ou “prioridade da identificação étnica na organização da vida social e da utilidade social de demonstrar, de manifestar ou de validar a existência de uma categoria étnica numa situação particular.” (Poutignat & Streiff-Fenart, 1998: p. 168)

A relevância ou a prioridade da identificação identitária em contextos de afirmação de direitos é por vezes percebida por terceiros como sendo puro oportunismo e estratégia para se dar bem. Em outras palavras, isso foi dito à Sr<sup>a</sup>. *Yinka* por seu patrão, quando afirmou que “esses quilombolas só querem o vem a nós, querem só levar vantagem. Quilombola mesmo não fica pedindo nada por aí. Vocês são é quibombola.” (Sr<sup>a</sup>. *Yinka*, agosto/2014) O narrado reitera o jogo da integração/não integração no qual o conveniente é manter a subalternidade e exclusão dos coletivos historicamente alijados.

A Sr<sup>a</sup>. *Yetunde*, ao falar sobre o seu estranhamento e de sua comunidade sobre a adjetivação quilombola em nenhum momento negou sua ancestralidade negra. Ao contrário, ela ostenta orgulho por descender de africanos traficados, assim como por ter nascido e crescido na comunidade. Entretanto, nas lembranças da Sr<sup>a</sup>. *Yetunde* a comunidade nunca foi um quilombo, embora marcas da escravidão estejam encravadas no território, a exemplo de um porto nas proximidades de Bairro Alto, onde permanecem correntes que teriam sido utilizadas para aprisionar pessoas escravizadas. O local, referido como ‘Laçador’ teria sido importante no passado, onde Dom Pedro II atracou seu navio e lá permaneceu por alguns dias. Inclusive, o imperador teria, pessoalmente, doado terras a algumas pessoas, entre as quais algumas escravizadas que lhe serviam. (Acevedo Marin, 2005-a)

Poderíamos até refletir sobre a narrativa da Sr<sup>a</sup>. *Yetunde*, que sugere a compreensão de quilombo como espaço geográfico, ocupado por escravizados em fuga e não como referência simbólica de resistência, como definido por O'Dwyer (2002). Mas talvez o contra-argumento se constitua também como imposição para adequação ao normativo. Entretanto, considerando que a exo/endo-definição faz parte de um “jogo dialético”, deve ser relativizado o poder de nomeação do Estado. (Poutignat & Streiff-Fenart, 1998: p. 146)

Os autores elencam duas formas de reação à exo-definição, uma delas é a apropriação, mas com a “inversão dos critérios impostos.” (1998: p. 147) Essa foi a principal reação à nomeação do Estado feita por meio do Decreto Nº. 4887/2003, na medida em que a nomeação quilombola foi aceita por parte dos coletivos negros, tendo sido ressignificada. Outra possibilidade de reação seria a negação do rótulo que, por meio “da relação de forças o grupo étnico dominado tenta impor sua própria definição e desqualificar aquela que o grupo dominante pretende lhe impor.” (Poutignat & Streiff-Fenart, 1998: p. 148)

Sem dúvida, as relações sociais estabelecidas intergrupos e internas às comunidades fazem delas tipos organizacionais, que se percebem distintos dos demais e assim são percebidos; onde “a memória histórica sobre a qual [...] baseia sua identidade presente [...] pode nutrir-se de lembranças de um passado prestigioso ou ser apenas a da dominação e do sofrimento compartilhado.” (Poutignat & Streiff-Fenart, 1998: p. 165) As CQ's do estudo apresentam elementos como especificados antes, sendo problemática apenas a adjetivação ‘quilombola’, a qual, segundo a Sr<sup>a</sup>. *Yetunde*, “muita gente [da comunidade] ainda não entende.”

Elianete de S. Guimarães e Elieide de A. de Souza (2014) acreditam que muitos moradores de Rosário “não se identificam como tal, talvez por desconhecerem a história de luta e resistência dos quilombolas, talvez por estarem mais próximos das representações pejorativas sobre negros de modo geral.” (2014: p. 351) Não só em Rosário, mas em outras comunidades onde estive em Salvaterra, ou em outros municípios, observei ou fui informada sobre a inexistência de consenso acerca da identidade étnica.

É sabido, no entanto, que identidade étnica, por uma série de questões é objeto de contínuas negociações internas (aos sujeitos) e externas em relação ao próprio grupo e a outros. (Barth, 2000; Gomes, s/d) Por isso, negociações e divergências pessoais não invalidam a identidade coletiva. Ao contrário:

[a]s relações de uma importância vital são mantidas através das fronteiras e a interpenetração e a interdependência entre os grupos não devem ser vistas como dispersões das identidades étnicas, mas como as condições de sua perpetuação. (Acevedo Marin 2005-a: p. 13)

Acerca da heteroatribuição, Bourdieu (2004) afirma que “o direito é a forma por excelência do poder simbólico de nomeação que cria as coisas nomeadas e, em particular, os grupos; ele confere a estas realidades surgidas das suas operações de classificação toda a permanência, a das coisas.” (2004: p. 142) Em apoio aos coletivos quilombolas no enfrentamento deste poder a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) vem se posicionando politicamente desde 1994.

Os posicionamentos, motivados tanto por demandas apresentadas pelo movimento quilombola, quanto por Órgãos do Estado, a exemplo do Ministério Público Federal (MPF), se evidenciam no ato de criação do Grupo de Trabalho Quilombos da ABA em 1994. Foi na gestão do Prof. Dr. João Pacheco de Oliveira, presidente da Associação à época, que a ABA assumiu como compromisso de gestão inserir a causa quilombola no rol do ativismo da Associação. (O’Dwyer, 2008, 2010) Também cabe destaque às publicações, a exemplo do Caderno *Terra de Quilombo* e do livro *Laudos Periciais Antropológicos em Debate* (Leite, 2005), entre outras; à participação em eventos e comissões estratégicas, como evidenciado em relatórios de atividades da ABA. (2005; 2012-b; 2012-c; 2015-a; 2015-b)<sup>24</sup>

Muito do que foi produzido pela ABA e/ou por antropólogos independentes em apoio aos CQ’s, foi apropriado pelo Estado e incorporado no corpo de decretos e documentos oficiais. Porém, ao que parece, a apropriação tem gerado efeito mais ilustrativo que prático, pois os pressupostos teórico-metodológicos e os valores ético-políticos que são caros à Associação, seguem sem aplicabilidade. Contudo a

---

<sup>24</sup> Difícil listar todas as ações de apoio, que envolvem moções de apoio, cartas de repúdio, de denúncia, realização de campanha em prol da titulação de terras quilombolas, emissão de pareceres, entre outros. Sobre o assunto, consultar o link do GT Quilombo, disponível em: <http://www.portal.abant.org.br/index.php/comite-quilombos>.

apropriação também é feita por parte do movimento quilombola que, se valendo dos debates e estudos realizados pela ABA e por antropólogos, fortalecem o seu ativismo político. Como exemplo cita-se ABA (2012-b, 2012-c, 2015-a), Eliane Cantarino O’Dwyer, Ilka Boaventura Leite, Alfredo Wagner B. Almeida, entre outros.

Nessa lógica e a despeito da apropriação teórica, a categoria ‘remanescente’ persiste nos documentos e leis, sendo reiterada a valorização da remanescência para certificar e titular terras quilombolas. Ressalte-se que a percepção segue polarizada e em confronto nas dinâmicas e nas racionalidades institucionais aplicadas na realização de ações, prestação de serviços, enfim na implementação de políticas públicas destinadas aos CQ’s.

Em 2014 o Partido Democrata (DEM) ingressou com a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADIn) Nº. 3239/2004 e contestou o direito à autoatribuição da identidade, considerando-o ilegítimo. Outra alegação, os quilombolas vivendo no presente não são os mesmos que viveram no passado. O acatamento dos argumentos contidos na ADIn deixou *sub judice*, por aproximadamente 11 anos o que foi regulamentado no Decreto Nº. 4887/2003 e, conseqüentemente, o que está estabelecido no Art. 68 do ADCT. Em 25 de março de 2015 foi reaberta a Sessão para votação da Ação no Supremo Tribunal Federal e a Ministra Rosa Weber, reiterou os termos do Artigo e do Decreto, reafirmando, portanto a constitucionalidade. Na Sessão, outro ministro pediu vistas ao processo e a votação foi suspensa, sem previsão de ser retomada.

Em 2004, 2005 e 2009 o INCRA, visando ao atendimento dos objetivos do Decreto Nº. 4887/2003 publicou instruções normativas regulamentando os procedimentos para “identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos.” (INCRA, 2010) Consta nos preâmbulos das Instruções, uma extensa base legal – ver Quadro 1, sobre a qual se assentam, neste caso, não apenas o direito à propriedade, mas também os direitos territoriais que, numa dimensão ampliada envolve os direitos, à saúde, ao trabalho, à educação formal, à moradia, entre outros.

**Quadro 1 – Base Legal dos Direitos Territoriais destinados a Coletivos Quilombolas**

<b>Fundamentação legal</b>	<b>Teor</b>	<b>Data de Publicação</b>
1. Artigo 68 do ADCT	Institui o direito de propriedade de terras aos remanescentes de comunidades de quilombos	05.10.1988
2. Artigo 215 e 216 da CF	Reconhecem o caráter pluriétnico e multicultural do Brasil e considera todas as expressões culturais como patrimônio nacional	05.10.1988
3. Lei Nº 4.132	Regulamenta a desapropriação por interesse social	10.09.1962
4. Lei Nº. 4.504	Institui o Estatuto da Terra reconhecendo o direito à propriedade, condicionado ao respeito da sua função social	30.11.1964
5. Decreto Nº. 59.428	Reitera os termos da Lei Nº. 4.504 e regulamenta a aplicabilidade do Estatuto da Terra	27.10.1966
6. Decreto Nº. 433	Dispõe sobre aquisições de imóveis rurais, por parte do Poder Público, para fins da reforma agrária	24.01.1992
7. Lei Nº. 8. 629	Regulamenta dispositivos Constitucionais relativos à reforma agrária, reafirmando a desapropriação de imóveis rurais quando a função social da terra não for cumprida	25.02.1993
8. Decreto Nº. 2.519	Ratifica a Convenção sobre a Diversidade Biológica, e determina a sua execução	16.03.1998
9. Lei Nº. 9.784	Regula os procedimentos administrativos desenvolvidos no âmbito da Administração Pública Federal, explicitando direitos, deveres dos administrados e aspectos éticos a serem observados no desempenho das funções	29.01.1999
10. Medida Provisória Nº. 2.183-56	Estabelece critérios para pagamento de indenizações em casos de desapropriação por interesse social	24.08.2001
11. Lei Nº. 10.267	Entre outras providências institui o Cadastro Nacional de Imóveis Rurais, que permite o monitoramento de qualquer transação imobiliária de imóveis rurais com ou sem fins econômicos	28.08.2001
12. Lei Nº. 10.678	Cria a Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. A data, instituída pela ONU como Dia Internacional pela Eliminação da Discriminação Racial, foi escolhida para criação da SEPPIR como elemento simbólico do repúdio ao massacre de 20.000 negros em Shaperville – África do Sul	23.05.2003
13. Decreto Nº. 4887	Regulamenta procedimentos para titulação de territórios ocupados por coletivos negros quilombolas	20.11.2003
14. Decreto Nº. 5.051	Reconhecimento da Convenção Internacional Nº. 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre povos indígenas e tribais, da qual o Estado Brasileiro,	19.04.2004

Fundamentação legal	Teor	Data de Publicação
	sendo signatário tem o dever moral de cumprir os termos estabelecidos, entre os quais o direito à auto-atribuição	
15. Decreto Nº. 6040	Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais	07.02.2007

Fonte: Incra (2010, 2014); Seppir (2013)

Foi considerando essa base legal, que afirmei anteriormente que a CF/1988 redimensionou a luta dos movimentos negro e quilombola – da exigência de reconhecimento de direitos para a exigência de efetivação dos direitos reconhecidos. Assim, os Artigos Constitucionais 215, 216, 68 do ADCT e o Decreto 4887/2003 não foram o suficiente para a materialização tanto do direito a terra, quanto dos direitos territoriais para os coletivos quilombolas, ficando cada vez mais evidente o predomínio das influências ideológicas e da correlação de forças sobre os aspectos técnicos. Ou talvez, melhor dizendo, se evidencia o imbricamento das dimensões técnica e política, pelas quais tanto podem se espriar e serem consolidados direitos sociais, quanto pode ser revigorado o racismo institucional, que emperra a consolidação dos direitos, no caso de coletivos e sujeitos negros.

#### **2.4. Racismo pessoal e institucional: nas entrelinhas das polêmicas e controvérsias**

A expressão ‘racismo institucional’ foi proferida pela primeira vez em 1967, por dois intelectuais afro-americanos, ativistas do movimento Panteras Negras, Stokely Carmichael e Charles Hamilton, (1992). Afirmam os autores que racismo institucional ou sistêmico e racismo pessoal são formas, respectivamente implícitas e explícitas de reafirmação do poder branco sobre grupos negros. Manifestando-se implícita e difusamente o racismo institucional é considerado igualmente nocivo, tanto quanto o racismo pessoal, muito embora, seja menos punido no contexto norte-americano do que o racismo pessoal, por originar-se “na operação de forças estabelecidas e respeitadas na sociedade”, (1992: p. 5) que se sustentam pelo apoio das “secretas atitudes individuais de racismo.” (1992: p. 5)

No Brasil a expressão ‘racismo institucional’ começou a ser utilizada na década de 1990, quando se intensificaram as reivindicações por políticas de promoção da igualdade racial, especialmente no âmbito da Saúde. (IPEA, 2009) No país, ‘racismo institucional’ tem sido compreendido como “mecanismo estrutural, que opera de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas – atuando também nas instituições privadas, produzindo e reproduzindo a hierarquia social.” (Werneck, s/d, p. 17) No contexto brasileiro, diferentemente do norte-americano, ambas as modalidades de racismo persistem com pouca ou nenhuma punição.

Racismo institucional é compreendido neste trabalho como sendo a expressão do racismo pessoal que, revigorado no cotidiano das instituições, também se institucionaliza, se revigora e perpetua. Embora se manifestem de formas distintas, racismo pessoal e institucional são indissociáveis, sendo impossível haver racismo institucional sem racistas instituídos. (Carmichael & Hamilton, 1992; López, 2012) São os racistas instituídos que contribuem para a naturalização de privilégios e apropriação privada da coisa pública em benefício de segmentos populacionais específicos, em detrimento da coletividade. (Leite, 2010)

Em países onde houve segregação oficial entre brancos e negros, a exemplo dos Estados Unidos da América (EUA) e África do Sul, a quantidade e qualidade de infraestruturas e de aparatos de cidadania disponibilizados para ambos os grupos raciais dão materialidade e subsídios para se afirmar a existência de racismo pessoal e institucional. No Brasil, apesar da obviedade da segregação espacial, embora não oficial; e de indicadores sociais sobre emprego, cargos e funções, salários e renda, condições de moradia, saúde e doença, entre outros, comprovar que o racismo (pessoal e institucional) é o principal determinante das desvantagens e desigualdade entre brancos e negros é tarefa faraônica. Até porque a vitalidade do racismo está exatamente na sua negação e negligenciamento.<sup>25</sup>

João L. Bastos e Eduardo Faerstein (2012) argumentam que há um número considerável de estudos indicando os efeitos da discriminação racial sobre a saúde da população negra brasileira. Ao contrário, a quantidade de estudos que demonstram

---

<sup>25</sup> Ver Gomes (s/d), Guimarães (1995, 2004), Amador de Deus (2008).

como a discriminação se efetiva, é bastante reduzida. Os autores destacam como possível causa para a escassez desses estudos a “menor atenção dada ao desenvolvimento e aperfeiçoamento” (2012: p. 75) de métodos e técnicas adequados para a aferição da discriminação.

Os EUA é o país onde se registra o maior número de estudos sobre o tema. Em decorrência disso é também onde se tem elaborados, e em uso, o maior número de instrumentos e metodologias eficazes para aferir a discriminação racial em várias situações e contextos. (Bastos & Faerstein, 2012) Embora alguns dos instrumentos e metodologias sejam utilizados no Brasil, as especificidades que marcam as motivações e manifestações do racismo em ambos os países, exigem adaptações, quando não, a elaboração de instrumentos adequados à realidade brasileira. (Bastos & Faerstein, 2012)

Entretanto, a pouca atenção e o desinteresse dado à questão, motivados pela negação intencional do racismo, preconceito e discriminação ou mesmo pela dificuldade em perceber tais práticas, acabam minimizando a importância da elaboração desses estudos, instrumentos e metodologias. Em relação a isto Zélia Amador de Deus (2008) ressalta que, resguardadas as exceções:

essa foi a regra na Academia, muitas vezes, pelo fato de a maioria dos pesquisadores acadêmicos ser originária dos grupos raciais dominantes. Acrescente-se a isso, a falta de experiência desses pesquisadores com o racismo e a discriminação racial. Nesse caso há de se considerar, também, o fato de que em muitas situações esses pesquisadores acadêmicos se beneficiam do racismo e da discriminação racial, obtendo privilégios. E mais. A Academia tem se pautado pelos valores eurocêtricos. (Amador de Deus, 2008: p. 24)

Certa vez em campo, perguntei à Sr<sup>a</sup>. *Chidima* se ela se sentia discriminada quando ia ao hospital ou posto de saúde. Ela não só confirmou como acrescentou que se sentia maltratada. Indaguei o porquê e a justificativa foi pelo fato de morar “aqui”, referindo à comunidade. Então indaguei sobre o porquê do “aqui” e ela respondeu “aqui, afastado”. Insisti se seria pelo fato da comunidade ter sido declarada quilombola. Pelo que ela argumentou que não, pois “antes de ser quilombola a gente já era tratada assim, mal”. Ainda não satisfeita, argumentei se seria só pelo fato da comunidade ser afastada, se isso seria o bastante, pois quase metade da população de Salvaterra mora na zona rural. Então a interlocutora como que estivesse pensando

alto, completou dizendo que, “também porque aqui a gente é diferente... [diferente como?], ah, diferente”. (Sr<sup>a</sup>. *Chidima*, agosto/2014)

Eu percebo a Sr<sup>a</sup>. *Chidima* como sendo negra, embora ela não apresente em seu fenótipo todos os marcadores biológicos da diferença, por exemplo, pele escura e cabelos crespos. Talvez ela não se perceba negra e por isso atribui ao lugar de moradia a razão para a discriminação. No entanto, não se pode esquecer que a heteroatribuição é sempre arbitrária e nem sempre coincide com a autoatribuição; e, ainda, que outros marcadores, tais como classe, naturalidade, local de moradia, podem tanto potencializar, quanto amenizar processos de discriminação racial.<sup>26</sup>

Outra manifestação vem da Sr<sup>a</sup>. *Mahin* ao narrar sobre situações constrangedoras às quais precisam se submeter no hospital municipal em Salvaterra, quando para lá se dirigem em busca de atendimento e se identificam como quilombolas. A referência aqui é em relação ao hospital, mas foi narrado que situações semelhantes ocorrem em outras unidades de saúde. Ela assim se expressou:

muitas das vezes eles acham é graça da cara da gente. Fazendo pouco da gente. Eu acho até que parece que a gente tem até mais dificuldade [de acesso]. Uns não. Lá dentro do hospital, tem uns que não. Mas tem uns que fazem é pouco da gente. Tem uns que compreendem, são sérios, mas tem uns... [E porque a senhora acha que isso acontece?] Eu acho que muitas das vezes é um tipo de racismo, eu acho... Eu acho né, que é um racismo. [você costumam reagir quando sentem que fazem pouco das senhoras?] Tem muitas das vezes que a gente fala, né, mas às vezes não dá para a gente falar nada. Falar nada. A gente tem que ouvir calada... (Agosto/2014)

O racismo pessoal, de modo geral, costuma ser praticado nas entrelinhas por meio de gracejos, os olhares de descaso, piadas, descrédito e/ou desqualificação de falas e comportamentos, entre inúmeras outras formas. Nos espaços institucionais e, especialmente em unidades de saúde, acrescenta-se a demora no atendimento, o descaso pela demanda apresentada, a sonegação de informação, entre outras inúmeras possibilidades. Mesmo nas entrelinhas os atos e insinuações de racistas “fazendo pouco da gente” têm sua objetividade perfeitamente identificada, pois se constituem como códigos de conduta, amplamente conhecidos, disseminados e compreendidos por brancos e negros, porque estão incorporados nos processos de socialização. (Gomes, s/d)

---

<sup>26</sup> Ver Crenshaw (2002), Carneiro (2003), Brah (2006), Bastos e Faerstein (2012).

Entretanto, se não houver um episódio de discriminação racial direta, dificilmente se pode reagir, quanto mais comprovar que houve intenção racista. Por isso, como narrou Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, “[a] gente tem que ouvir calada”. A narrativa me reportou a inúmeras situações vividas por mim e/ou presenciadas em relação a outras pessoas negras e não seriam necessárias outras explicações para definir ou ilustrar as situações vivenciadas pela Sr<sup>a</sup>. *Mahin*. Mesmo estando apta e poder compreender perfeitamente as atitudes narradas pela Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, eu insisti e perguntei sobre o que era o “fazer pouco” e ela me respondeu que era uma coisa “horível” e mudou de assunto.

O racismo institucional se evidencia na ausência do Estado nas CQ’s, mas também na impunidade, na tolerância e na convivência com o racismo pessoal, com o preconceito e a discriminação racial. Neste caso, a ausência de infraestrutura e de equipamentos de cidadania nas CQ’s, o desvio de benfeitorias deliberadas por Órgãos de instância superior em benefício de setores para os quais não foram destinados são evidências incontestes de racismo institucional. Também o são, o descaso para o atendimento de demandas e necessidades dos coletivos em questão, a não observância dos aspectos jurídicos que favorecem tais coletivos e o apagamento das demandas e necessidades da população negra e quilombola dos instrumentos de gestão.

A Sr<sup>a</sup>. *Ayo* após narrar sobre uma ocasião em que esperou por várias horas por atendimento médico no hospital municipal de Salvaterra, concluiu a narrativa afirmando que estava acostumada a esperar, pois pessoas como ela sempre ficavam por último, não sendo algo restrito a ela, mas a muitas outras pessoas daquela e de outras CQ’s. Indaguei sobre o que significava o *ser como ela* e se teria alguma ligação com o fato de ser quilombola. Então Sr<sup>a</sup>. *Ayo* alisou o próprio braço indicando a cor da pele e respondeu dizendo que tudo isso (referindo ao descaso com que são tratados) acontecia muito antes da comunidade ser reconhecida como quilombola. Relatou brevemente uma situação de preconceito e racismo que aconteceu dias antes em uma agência bancária no município e reafirmou que gente assim, entenda-se de pele preta, é sempre “as últimas das últimas e sempre maltratada” e parecendo desejar comprovar seus argumentos comentou “não ter atendimento no hospital, nem um

posto de saúde, nem um agente de saúde é desrespeito. É muito desrespeito” (Sr<sup>a</sup>. Ayo, março/2015)

A ausência do Estado nas CQ's e o fato de em muitas delas não dispor de sequer um ACS, na opinião da Sr<sup>a</sup>. Ayo é um desrespeito. Desrespeito que não ocorre por uma razão qualquer, mas acima de tudo porque a maioria das pessoas que moram nas comunidades tem a pele como a dela. São negras. Inclusive, há concentração expressiva na área rural, de pessoas que se declararam de cor preta. É exatamente onde estão localizadas todas as CQ's. (IBGE, 2010)

Conforme observado, é onde se tem acesso dificultado à política de saúde, tanto por ausência do Poder Público, quanto pela reduzida capacidade resolutiva dos serviços públicos, quando estes se encontram instalados. Outro fator é o racionamento do acesso, concretizado pela regulação do atendimento por meio da distribuição de senhas e estipulação de dias marcados para consultas. Sem dúvida, a infraestrutura e os serviços destinados são insuficientes para atender às necessidades dos quilombolas. (MS, 2015-b) Apesar das entrelinhas, que camuflam o racismo institucional, as desigualdades raciais, as contradições entre o legal e o real, e a própria paisagem o denunciam, pela ausência do Estado ou pela presença equivocada.

## **2.5. Apagamento e (in)visibilidade dos coletivos quilombolas**

A fim de identificar a visibilidade de estudos e pesquisas sobre os coletivos quilombolas e, especificamente sobre o tema 'Saúde & Quilombolas', realizei levantamentos bibliográficos em quatro periódicos considerados estratégicos e de referência, a saber – *Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)*, *Amazônica – Revista de Antropologia*, editada pelo PPGA/UFPA, *Cadernos de Saúde Pública* – editados pela Fundação Oswaldo Cruz, *Ciência & Saúde Coletiva* – editada pela Associação Brasileira de Pesquisa em Saúde Coletiva – (ABRAPSCO); no livro intitulado *Saúde da População Negra*, organizado pela ABPN e parceiros.

Os descritores utilizados na busca foram: quilombolas, remanescentes de quilombos, quilombos, saúde quilombola, saúde e quilombola. Por duvidar do número reduzido de trabalhos identificados a cada busca, resolvi consultar um a um os volumes e números dos Periódicos em questão. Primeiramente consultando o título e

as palavras-chave; havendo dúvidas sobre o conteúdo, passava à leitura dos resumos e, finalmente ao artigo se, pertinente. Com o mesmo objetivo e fazendo uso dos mesmos descritores tentei realizar buscas no banco de teses da CAPES. Em acesso realizado no dia 25.01.2016 tomei conhecimento que só estariam disponíveis os trabalhos defendidos em 2011 e 2012. Os de anos anteriores seriam disponibilizados gradativamente. Ainda assim insisti na busca, mas sem ter alcançado sucesso o que, a meu ver não trouxe prejuízos e nem comprometeu o objetivo dos levantamentos bibliográficos.

Os Planos Plurianuais (PPA's) dos quadriênios 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 e o Plano Nacional de Saúde (PNS) também foram objeto de análise.<sup>27</sup> Ative-me aos planos do Governo Federal pela amplitude das ações e pela coresponsabilidade junto às demais esferas e entes federados na efetivação dos direitos sociais instituídos. No futuro pretendo estender a análise dos PPA's aos estados onde há coletivos quilombolas, principalmente os da região amazônica.

Os PPA's estão previstos na CF/1988, Art. 165 e, por força de lei, devem demonstrar com transparência tanto os compromissos e intenções dos governos, por meio de metas e objetivos, iniciativas ou ações estratégicas, quanto a destinação de recursos. Os PPA's imprimem racionalidade e transparência aos atos dos gestores e são considerados instrumentos de gestão imprescindíveis, o que se aplica também aos aos Planos de Saúde, entre outros instrumentos.

Além de verificar a visibilidade dos coletivos quilombolas nos PPA's, objetivei identificar as nomenclaturas que lhes são empregadas, assim como a coerência entre objetivos, metas, iniciativas ou ações estratégicas. Consultei ainda os resultados de um estudo, onde foram analisados documentos (atas e relatórios) elaborados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>28</sup> e Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>29</sup> no período de 2003-2010, neles constatando que os temas saúde de quilombolas e/ou da

---

<sup>27</sup> MPOG, (2004-a, 2004-b, 2007-a, 2007-b, 2008, 2012-a, 2012-b), MS (2012)

<sup>28</sup> Espaço de participação política do qual participam representantes dos gestores da Saúde das três esferas de governo – municípios, estados, Distrito Federal, e governo federal, na última esfera participa o ministro da Saúde ou quem por ele for designado.

<sup>29</sup> Espaço de participação política, sendo a instância máxima deliberativa dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). É composto paritariamente por representantes de usuários do SUS (50%), de trabalhadores da área da Saúde (25%), de prestadores de serviços de Saúde dos setores público e privado (25%).

população negra, de modo geral não foram prioridade nessas instâncias políticas. (Castro & Fausto, 2012) As autoras não listam a população negra ou CQ's no levantamento que fizeram, sugerindo que os temas nunca foram referidos nessas instâncias. Porém, ainda que pontualmente, o tema 'Saúde da População Negra' deve ter sido referido no período estudado, pois a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovada no CNS em 2006 e na CIT em 2008. (MS, 2010-a)

A expectativa em identificar a discussão do tema 'Saúde & Quilombolas' nas publicações da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN) deveu-se ao fato da *Revista* da ABPN representar um canal de discussão e irradiação de conhecimentos produzidos sobre povos negros afro-brasileiros e da diáspora; e, ainda, por saber que a ABPN agrega cientistas e ativistas negros (as) que, falam “desde adentro”, como salientado por Sheila Walker (2012). A *Revista* tem periodicidade quadrimestral e teve o primeiro volume publicado em 2010.

O recorte temporal compreendeu os anos de 2010 a 2015, portanto desde o primeiro volume até o sétimo, tendo sido analisados 237 artigos, 13 resenhas e outros 12 trabalhos (ensaios, entrevista, textos de conferências). Apesar da grande variedade de temas abordados e da ênfase em populações afro-brasileiras e povos africanos em diáspora, o tema 'Saúde & quilombolas' foi abordado especificamente em apenas dois artigos, um deles tratando sobre a efetividade do Programa Mais Médicos em duas CQ's do Rio Grande do Norte e uma do Pará – Pereira *et al.* (2015) e o outro avaliando a prevalência de doenças crônicas entre CQ's no Pará – Melo *et al.* (2015).

Entretanto, outras referências a coletivos quilombolas foram visíveis, quando relacionadas a processos de construção identitária, direitos territoriais, educação diferenciada, entre outros, totalizando 11 artigos. Constatou-se que o tema 'Saúde da População Negra', de modo geral, também é muito incipiente, tendo sido tratada pontualmente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

O livro temático consolida esforço da ABPN e parceiros para preencher reconhecida lacuna sobre saúde da população negra. Organizado em 16 capítulos, apresenta debates teórico-práticos, muitos deles construídos a partir de experiências

profissionais de intelectuais ativistas, vivenciadas em diferentes espaços profissionais. No entanto, apesar das interfaces e diferentes abordagens que delinearão o tema 'Saúde', somente um dos 16 capítulos apresenta discussão relacionada ao tema 'Saúde & Quilombolas'. No capítulo, a pesquisadora Eliana Costa Xavier (2012) socializa resultados de pesquisa acerca da representação (de mulheres quilombolas, usuárias do SUS e mulheres brancas, profissionais da saúde) sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), situada em Porto Alegre. Em outro capítulo Deivison Mendes Faustino (2012) tangencia o tema 'Saúde & Quilombolas' quando discorreu sobre dois indicadores que, "desagregados por população em situação de vulnerabilidade social", (2012: p. 103) fazem referências a quilombolas e indígenas. (Arêda-Oshai & Beltrão, 2014)

Cabe referência ao VIII Congresso Brasileiro de Pesquisadores/as Negros/as realizado pela ABPN em 2014, no qual dos 18 Simpósios Temáticos nenhum foi específico sobre 'Saúde' ou 'Saúde & Quilombolas'. O Simpósio Nº. 25 – Saúde, Gênero e População Negra foi o que mais se aproximou do tema e dos 18 artigos propostos, apenas dois abordaram 'Saúde & Quilombolas', sendo um deles o elaborado por Arêda-Oshai e Beltrão, (2014). Em um terceiro trabalho o tema foi tangenciado na discussão sobre o marco legal que instituiu o direito à segurança alimentar e nutricional.

Quanto ao levantamento na *Amazônica – Revista de Antropologia*, as expectativas sustentaram-se no fato da Revista ser 'nativa' da região Amazônica e vinculada a um Programa de Pós-Graduação em Antropologia que prioriza estudos sobre povos e comunidades tradicionais da Amazônia. A região agrega o maior número de CQ's no Brasil, isso sem considerar as existentes em seis dos nove países que integram a Pan-Amazônia. (Walker, 2012) Além do exposto foi considerado o objetivo de:

reunir cientistas que trabalham nos diferentes países que fazem parte da Pan-Amazônia, debatendo as maneiras pelas quais os seres humanos em sociedade têm lidado com os desafios encontrados na floresta tropical através dos tempos. (Schaan & Beltrão, 2009: p. 5)

A Revista, publicada semestralmente, está organizada em oito seções: artigos, resenhas, ensaios fotográficos, resumos de teses e dissertações, simpósio, pesquisas

em andamento, tradução e relatório de pesquisa. Foram analisados 7 volumes da Revista, desde o primeiro número, publicado em 2009, até o Vol. 7, Nº. 1, publicado em 2015. Os volumes condensam 264 trabalhos sendo: 119 artigos, 38 resenhas, 18 ensaios fotográficos e outros 89 trabalhos diversos (resumos de teses e dissertações, textos proferidos em simpósio, comunicados de pesquisa em andamento, traduções de livros e relatórios de pesquisas concluídas).

A invisibilidade do tema 'Saúde & Quilombolas' também foi verificada na *Amazônica*, sendo que do total de trabalhos, apenas dois abordaram o tema – Cavalcante (2011-b) e Guimarães (2015) Outras referências a coletivos quilombolas também foram feitas nos Volumes 1, 2, 4, 5 e 6, acerca de temas variados, tais como: práticas alimentares e culturais, identidade étnica, transmissão de conhecimento intergeracional e etnobioidiversidade. Se for considerado o universo de conteúdos apresentados, com predominância dos temas sobre: arqueologia, povos indígenas e saúde; e o fato da Amazônia brasileira agregar aproximadamente a metade dos coletivos quilombolas (2.342) no país e, ainda, que os coletivos estão presentes em outros países que integram a Pan-Amazônia, pode ser afirmado que os quilombolas estão invisibilizados também na *Amazônica – Revista de Antropologia*.

Supõe-se que a invisibilidade do tema nas publicações analisadas se justifique por dificuldades dos pesquisadores que vêm publicando sobre e na região Amazônica; ou que estudam e publicam sobre povos africanos e afro-brasileiros, em perceber as demandas sociais de coletivos que, até a promulgação da Constituição Federal estavam oficialmente apagados, invisibilizados e considerados extintos. Não há dúvidas sobre o compromisso dos editores tanto em ampliar os debates sobre o tema 'Saúde', como se constata nas edições especiais, quanto sobre 'Saúde & quilombolas'.

Considerando, ainda o compromisso com a produção de conhecimento interdisciplinar que espelhe a diversidade cultural que enriquece a região Amazônica e o país, supõe-se que a invisibilidade dos coletivos quilombolas tenderá a ser minimizada. Sendo assim, quem sabe não se edita um dossiê temático sobre os coletivos quilombolas a fim de visibilizar tanto a riqueza cultural, quanto as lutas e desafios que vem sendo enfrentados para que os direitos legais se transformem em direitos reais!

Embora não fizesse parte do objetivo inicial para levantamento bibliográfico, resolvi verificar a (in)visibilidade do tema também em ‘casa’. No âmbito do PPGA tenho conhecimento da produção de sete trabalhos tratando sobre CQ’s, três deles em Arqueologia, três em Antropologia Social e um em Bioantropologia. Duas dissertações, uma elaborada por Irislane Pereira de Moraes (2012) e outra por Fabrício Costa Ferreira (2016) tratam sobre patrimônio arqueológico e cultura material; e a tese elaborada por Clarisse Callegari Jacques (2015), na qual a autora discute sobre práticas de pesquisa em arqueologia e as interações com interlocutores.

Na área da Antropologia Social as teses elaboradas por Joseline Simone Barreto Trindade (2015) e Eliana Teles Rodrigues (2014); e a dissertação produzida por Edmir Amanajás Celestino abordam os temas conflito socioambiental, identidade, territorialidade e relações de poder. Entretanto, o trabalho de Teles (2014) não teve a divulgação autorizada. O sétimo trabalho, a tese de autoria de Lígia Amaral Filgueiras (2016) é o único, dentre os que foram apontados, que discute um tema relacionado à saúde. Sob o arcabouço teórico da Bioantropologia a autora analisa o crescimento de crianças ribeirinhas e quilombolas, problematizando a relação entre os determinantes sociais e políticas públicas. A produção dos discentes reflete de certa forma, os interesses de pesquisa dos próprios docentes do PPGA e o lugar que o tema saúde ocupa no Programa.

A *Revista Cadernos de Saúde Pública* foi escolhida para análise por ser um dos mais antigos na área da saúde, publicados no país, com a edição do primeiro número em 1985. Outras razões consistem na variedade de temas abordados e na periodicidade da Revista que, desde 2006 é mensal; no potencial para difusão de ideias e conhecimentos acessíveis também *on line* em idiomas como o inglês e o espanhol; na aceitação de trabalhos científicos também nesses idiomas, e, enfim, por ser considerada uma das principais revistas científicas em Saúde Pública da América Latina.

O recorte temporal compreendeu o período entre 1988, ano em que os CQ’s, denominados por ‘remanescentes de quilombos’ foram referidos oficialmente após a abolição da escravidão, e estendeu até o último número publicado em 2015. No período foram publicados 5.439 trabalhos, dos quais 4.031 artigos, 523 resenhas, 588

(cartas, notas, comunicados, entre outros), 297 resumos de teses e dissertações. Do total, seis artigos fazem referências a CQ's, tendo sido o primeiro deles publicado em 2009 – Castro *et al.* (2009); os dois seguintes publicados em 2013 – Motta-Gomes *et al.* (2013) e Bezerra *et al.* (2013); dois em 2014 – Kochergin *et al.* (2014) e Soares e Barreto (2014); e 01 em 2015 – Bezerra *et al.* (2015).

Chama a atenção que cinco dos seis artigos foram escritos em coautoria com pesquisadores de universidades federais situadas nos estados Bahia e Minas Gerais, que ocupam o segundo e terceiro lugar em número de CQ's. Os temas versando sobre a incidência de hipertensão arterial, sobrepeso e obesidade, realização de atividades físicas e acesso a atendimentos de saúde, dizem respeito a populações que vivem no sudoeste bahiano. O sexto artigo, sobre adesão e resposta à vacinação contra hepatite B, tem como público alvo CQ's situadas no Brasil central e foi escrito por pesquisadores de universidades federais de Mato Grosso do Sul, Rio de Janeiro e Goiás, onde o número de CQ's, até o momento, não é muito expressivo.

Em 2004, foi publicado um artigo discutindo sobre a incidência de doença periodontal em uma comunidade negra denominada Arturos, situada no município de Contagem, contíguo a Belo Horizonte. (Segundo *et al.*, 2004) Embora não haja nenhuma referência à CQ, sei que se trata de uma. Portanto, totalizam sete os trabalhos sobre o tema 'Saúde & Quilombolas' na *Revista Cadernos de Saúde Pública*.

A *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, criada uma década após os *Cadernos de Saúde Pública*, tem sua importância reconhecida nos mesmos patamares dos *Cadernos*. Outra característica que determinou o levantamento na *Revista* foi a ênfase em discussões sobre Saúde Coletiva, extrapolando assim os enfoques puramente epidemiológicos. O recorte temporal para o levantamento compreendeu o período entre 1996, quando foi publicado o primeiro número, até o último número publicado em 2015. A *Revista*, a princípio com periodicidade trimestral, atualmente é mensal.

Foi identificado um total de 3.555 trabalhos publicados dos quais 3.335 são artigos, 199 resenhas e 21 em modalidades diferenciadas (cartas, notas, entrevistas, entre outros). Entre os 3.555, nove tratam do tema 'Saúde & Quilombola', sendo o primeiro deles publicado em 2013 – Sousa *et al.* (2013); outros quatro foram publicados em 2014 – Marques *et al.* (2014), Bezerra *et al.* (2014), Lima *et al.* (2014) e

Oliveira *et al.* (2014); os quatro restantes publicados em 2015 – Bezerra *et al.* (2015), Cardoso *et al.* (2015), Soares *et al.* (2015) e Oliveira *et al.* (2015).

Os artigos mantêm padrão semelhante ao identificado nos *Cadernos de Saúde Pública*, tanto em relação aos temas, quanto à origem institucional dos pesquisadores, a maioria de universidades federais, instaladas nos estados Bahia e Minas Gerais. Os artigos, embora priorizando uma abordagem biológica, distante da antropologia social, disponibilizam dados que permitem o diálogo e transversalização de assuntos com outras áreas do conhecimento. Mesmo sendo destoantes dos objetivos desta tese no momento, os artigos serão relevantes para trabalhos futuros, inclusive para os desdobramentos da própria tese. Inclusive o diálogo com alguns dos seus autores já foi iniciado nesta tese. O mesmo se aplica à produção identificada nas Revistas *Amazônica* e da ABPN.

O apagamento e invisibilidade dos coletivos quilombolas também foram verificados em instrumentos de gestão, apesar da determinação para que ações destinadas a esses coletivos fossem explicitadas tanto no PPA, quanto no PNS a partir do quadriênio 2004-2007.<sup>30</sup> Tanto no PPA, quanto no PNS e em outros documentos oficiais, CQ's por vezes, são referidos como 'populações vulneráveis', 'comunidades tradicionais', 'comunidades especiais', 'populações do campo e da floresta'. Por outras vezes, devem ser compreendidos como sendo 'povos da floresta', 'povos e comunidades tradicionais', indicando claramente a incompreensão (e/ou negação) dos fatores que delineiam as identidades étnicas. (Almeida, 2005)

O adjetivo 'especial' foi incorporado pelo INCRA a partir de 1985 para se referir às "situações de ocupações e uso comum da terra, ditadas por 'tradições e costumes' [designando] as chamadas *terras de preto*, *terras de santo*, *terras de índio*, *os fundos de pasto* e *os faxinais*, entre outros." (Almeida, 2004: p. 20 – grifos do autor) Como se percebe, a mesma lógica adotada para o Cadastro de Glebas para designar delimitação de terra, foi aplicada para a classificação de formas de ocupação de territórios, orientadas por "tradições e costumes." (Almeida, 2004: p. 20)

---

<sup>30</sup> Uma versão do conteúdo que se inicia neste parágrafo e finda com este capítulo está publicada no Banco de Ideias da FIOCRUZ, como indica Oshai (2014).

No PPA 2012-2015 constam 18 programas com 41 objetivos e 84 metas, mas nem sempre objetivos e metas encontram-se de fato alinhados, sendo por vezes irrisórias as metas quantitativas que dizem respeito aos CQ's, como demonstra o objetivo 0412 do Programa Temático 2012 – Agricultura Familiar:

[a]mpliar o acesso e qualificar os serviços de assistência técnica e extensão rural e de inovação tecnológica, [...], para os agricultores e agricultoras familiares, assentados da reforma agrária e povos e comunidades tradicionais.” (MPOG, 2012-b: p. 3)

Uma das metas, qualificação de “37.500 agentes de desenvolvimento rural para atendimento a famílias da agricultura familiar, [sendo] 300 para atuação junto às comunidades indígenas e 250 agentes [...] junto às comunidades quilombolas.” (MPOG, 2012-b: p. 3) Considerando que oficialmente se reconhece a existência de aproximadamente 5.409 CQ's, 250 agentes provavelmente teriam dificuldades para cobrir sequer as comunidades do estado do Pará, estimadas em 527 (ou 560, como faz a Malungu), quanto mais as de todo o país, ainda que fossem qualificados 1.000 agentes ao final do quadriênio.

Em outro programa temático, 2068 – Saneamento Básico – está estabelecido no objetivo 0355 “[a]mpliar a cobertura de ações e serviços de saneamento básico em comunidades rurais, tradicionais e especiais (quilombolas, assentamentos da reforma agrária, indígenas, dentre outras), e população rural dispersa.” (MPOG, 2012-b: p.232) Porém, se for considerado o enunciado no objetivo, duas metas apresentadas sugerem divergências.

Na primeira meta, as CQ's deixam de ser ‘especiais’ e figuram explicitamente da seguinte forma: “[i]mplantar obras de saneamento em 375 comunidades remanescentes de quilombos”; na segunda – “[i]mplantar obras de saneamento em 750 comunidades rurais, tradicionais e especiais”. Aqui também se verifica a insuficiência da meta quantitativa para a cobertura do total de comunidades identificadas, sendo que a inexistência de saneamento básico é um problema há muito conhecido dos Órgãos competentes. Inclusive os efeitos provenientes da falta de saneamento na alta incidência de doenças infectocontagiosas e parasitárias que se verifica entre povos indígenas e coletivos negros são destacados nos instrumentos de gestão, especialmente nos Planos Nacionais de Saúde.

Em 2013 54,07% dos domicílios quilombolas não possuíam saneamento adequado; 55,21% não tinham água encanada e 33,06% não dispunham de banheiro ou sanitário. (SEPPIR, 2013) Esses e outros dados divulgados pela Secretaria dizem respeito apenas ao universo de comunidades – tituladas, apenas certificadas, ou ainda, em processo de certificação – sendo unicamente a elas que o PPA se refere. Portanto, o apagamento e a invisibilidade dos CQ's ocorre em duplo sentido – na ausência ou incipiência das referências nos instrumentos de gestão das políticas públicas; e quando, por não serem tituladas, são totalmente desconsideradas pelo Estado.

O Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde é um dos programas temáticos destacados no PPA. Dos treze objetivos estipulados para o programa, apenas o de número 0715 faz menção a “populações de maior vulnerabilidade”. Das 155 metas definidas no âmbito da Política de Saúde, somente uma refere diretamente às CQ's; duas mencionam populações ‘vulneráveis’ e uma a lideranças do campo e da floresta. As cinco restantes foram listadas por inferência, como pode ser verificado no Quadro 2 adiante:

**Quadro 2 – Objetivos e Metas do PPA 2012-2015 Relacionados a Coletivos Negros**

Objetivo	Meta
0713 – “Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada”	- “Capacitar 2.000 profissionais que atuam em áreas estratégicas em Metodologia de Identificação e <b>Combate ao Racismo</b> e Sexismo Institucional, como estratégia para promoção da equidade no SUS” - “Implantar, em pelo menos 10 estados do país, a Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias”
0714 – “Reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde”	- “Apoiar e fortalecer os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde nas 27 Unidades da Federação, considerando-se as <b>populações vulneráveis</b> e os índices de homicídios e agressões”
0715 – “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e <b>populações de maior vulnerabilidade</b> ”	- “60% das Equipes de Atenção Básica referindo disponibilidade de sulfato ferroso na UBS para prevenção de anemia em crianças menores de 2 anos” <sup>31</sup> - “Capacitar 1.300 <b>parteiras tradicionais</b> ”
0721 – “Contribuir para a adequada formação,	- “Realizar cursos de capacitação para

<sup>31</sup> Ao que parece a meta sinaliza para uma prática universalista, pois o medicamento não é recomendado para pessoas que têm hemoglobinas AS ou SS, respectivamente o traço e a anemia falciforme, transmitidos geneticamente. Também é fato que o diagnóstico para usuários do SUS assintomáticos, como pode ocorrer com pessoas com hemoglobinas AS não é realizado.

Objetivo	Meta
alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais da saúde”	trabalhadores da Saúde que incluam o enfoque racial na saúde, especialmente ao <b>racismo institucional</b> ”
0724 – “Implementar novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- “Elaborar manuais sobre saúde da <b>população negra e combate ao racismo institucional</b> para as secretarias estaduais dos 26 estados e do Distrito Federal”</li> <li>- “Fomentar a implementação de 27 Comitês Estaduais de Promoção da Equidade para <b>Populações Vulneráveis</b> até 2015”</li> <li>- “Realizar 6 encontros nacionais envolvendo lideranças do <b>campo e da floresta</b>, do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais, da população em situação de rua, dos ciganos e dos gestores do SUS até 2015”</li> <li>- “Realizar 6 seminários regionalizados envolvendo as <b>comunidades quilombolas</b> até 2015, com participação de gestores, profissionais da saúde e lideranças das comunidades”</li> </ul>

Fonte: (MPOG 2012-a: p.25-33)

Sendo o PPA o instrumento que organiza, no planejamento, todas as ações programáticas de um governo, espera-se que os objetivos e metas previstos correspondam com os planos das políticas setoriais como o Plano Nacional de Saúde, de Educação, ou de Assistência Social, entre outros. Nessa perspectiva os objetivos e metas pertinentes à Política de Saúde no PPA devem ser adequados e incorporados no PNS como diretrizes e prioridades/metapas, respectivamente. O PNS traz expresso o reconhecimento da necessidade de se adotar “novo enfoque a segmentos historicamente excluídos, como a população negra, quilombolas, ciganos.” (MS, 2012: p. 40) Reconhecimento, no entanto, não traduzido na definição de diretrizes específicas para esses grupos, pois, dentre as catorze diretrizes definidas no PNS, nenhuma faz alusão diretamente aos coletivos negros. Nas metas das Diretrizes de Nº. 01, 03 e 12 da PNAB, há algumas poucas prioridades com o suposto recorte étnico-racial, havendo dois destaques relacionados a quilombolas.

A Diretriz de Nº. 03 corresponde ao objetivo do PPA 0715 e apresenta, entre outras, as seguintes prioridades voltadas para coletivos negros: “identificação, cadastramento e qualificação de parteiras tradicionais; realização do teste de eletroforese em todas as gestantes negras atendidas no SUS; redução da mortalidade materna com ênfase nas mulheres negras.” (MS, 2012: p. 77) Para atender às

prioridades foram estabelecidas metas para capacitação de 200 parteiras quilombolas e, para a redução da mortalidade materna, foi previsto a melhoria do acesso tanto a exames diagnósticos, quanto aos métodos contraceptivos. Ou seja, não engravidar seria uma das estratégias para se evitar a mortalidade materna de mulheres negras. Não foi mencionado melhoria do acesso aos cuidados de pré-natal. (Oshai, 2014)

A Diretriz de N<sup>o</sup> 01 corresponde ao objetivo do PPA 0713 e, mesmo não mencionando os CQ's em questão, tem uma meta que pretende capacitar profissionais da saúde para o combate ao racismo institucional, considerado um dos principais entraves à promoção da equidade em saúde. A Diretriz de N<sup>o</sup>. 12 corresponde ao objetivo do PPA 0724 e prevê em uma de suas metas a realização de 10 seminários ao longo do quadriênio 2012-2015, envolvendo lideranças quilombolas e operadores da política de saúde, incluindo os gestores. Verifica-se pouca correspondência entre as demais metas e objetivos do PPA com diretrizes do PNS, a não ser nos quesitos apagamento e invisibilidade. (Oshai, 2014)

A (re)emergência dos termos 'quilombo' e 'quilombolas' no cenário nacional contribuiu para a visibilidade de sujeitos individuais e coletivos que, ao produzirem etnicidade na relação com o Estado, também passaram a se denominar 'quilombolas'. (O'Dwyer, 2016) Porém, em instrumentos de gestão, especialmente no PNS e no PPA do governo federal, de modo geral, as ações programáticas, em sua maioria, continuam sendo planejadas e executadas pelo viés universalista, portanto sem equidade. Ao invés da transversalidade e intersectorialidade previstas pela SEPPIR, tem-se ações pontuais e pulverizadas. As vozes quilombolas continuam inaudíveis também no meio acadêmico, apesar do compromisso de alguns pesquisadores com determinados segmentos espoliados.

O apagamento e a invisibilidade “dos grupos negros rurais no Brasil é a expressão máxima da ordem jurídica hegemônica e também expõe uma forma de violência simbólica.” (LEITE, 2010: p. 18) Afirmção que também se aplica ao racismo institucional, na medida em que, não são considerados determinados grupos populacionais, não se dá visibilidade às suas necessidades e demandas e nem resolutividade a elas.

## 2.6. “Porque, de quilombola, aqui, não tem nada de benefício”

A frase que dá nome ao tópico foi proferida pela Sr<sup>a</sup>. Maria Helena Chaves e soou como um desabafo indignado, pois, segundo ela, muito havia sido dito sobre os direitos que estavam assegurados aos quilombolas. Contudo, em sua comunidade, Pau Furado, não tinha nada “daquilo que falaram, não tinha chegado nada ainda e acho que nem vai chegar.” (Agosto/2014)

Como evidenciado, em 1988 o Estado brasileiro reconheceu o direito a terra para coletivos quilombolas; em 2003 o Decreto 4887 regularizou a aplicabilidade do direito e, no mesmo ano foi criada a SEPPIR com a função de coordenar a Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), implementada no mesmo ano; em 2004 o Programa Brasil Quilombola (PBQ) foi criado com a finalidade de aglutinar as ações destinadas aos CQ's e, em 2007, foi instituída a Agenda Social Quilombola (ASQ) para dar objetividade ao PBQ. (SEPPIR, 2013) Ou seja, após 19 anos da promulgação do artigo 68, a ASQ, cujo nome sugere transitoriedade – uma agenda – continua em vigor até os dias atuais. Ainda assim, o cumprimento da Agenda tem deixado a desejar, tanto nos aspectos quantitativos, quanto nos qualitativos.<sup>32</sup> A delonga para efetivação dos direitos pode ser pensada a partir dos argumentos de Antônio Carlos de Souza Lima (2008) quando adverte sobre a necessidade de:

nos livrarmos de alguns obstáculos [no estudo das políticas públicas]. O primeiro deles são as pressuposições apriorísticas de que as políticas governamentais sejam “públicas” [...] – isto é, propomos eliminar doravante a ideia dos múltiplos e contraditórios implícitos pressupostos na noção de fins públicos, coletivos, onde mecanismos aportadores de “equidade social” [...] funcionem gerando apenas positividade. (2008: p. 365 – grifos do autor)

Lima (2008) nos mantém em alerta sobre as disputas que permeiam o Estado e os efeitos das intervenções estatais que, nem sempre, coincidem com os discursos oficiais, com os interesses de todos os sujeitos individuais e/ou coletivos, ou com o que se tem planejado. Por isso, a despeito do reconhecimento do caráter pluriétnico e multicultural brasileiro, ao menos para coletivos negros, não foram formuladas adequadamente políticas étnicas, nem criadas novas estruturas no âmbito do Estado para atender às demandas apresentadas. O que se fez foi a adoção de recorte étnico-

---

<sup>32</sup> Ver IPEA (2006, 2008, 2014-a, 2014-b), SEPPIR (2015-a, 2015-b).

racial em políticas implementadas e o aproveitamento de estruturas existentes. (Almeida, 2004, 2005) Para Almeida, a inexistência de políticas étnicas no país, adequadamente formuladas e implementadas, se deve à herança colonial e escravocrata que permeia as estruturas e relações estabelecidas no âmbito do Estado e obstaculiza o reconhecimento dos “fatores situacionais que influenciam uma consciência étnica.” (2005: p. 16)

Entre 2015 e 2016 a SEPPIR foi alvo de intervenções que alteraram sua dinâmica institucional. A primeira delas ocorreu no governo de Dilma Rousseff, quando por meio da Medida Provisória Nº 696, publicada em 02.10.2015 foram extintos oito cargos de Ministro, entre eles o da SEPPIR e da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), até então vinculados diretamente à Presidência da República. (Brasil, 2015) Concomitante às extinções, motivadas pelo contingenciamento orçamentário, foram feitos arranjos entre os quais a fusão de três Secretarias, além das duas citadas, a de Direitos Humanos, tendo sido criado um super ministério, denominado de *Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos*, que esteve sob a gestão da Ministra Nilma Lino Gomes, antiga titular da SEPPIR.

A segunda intervenção ocorreu no governo interino de Michel Temer que, por meio da Medida Provisória Nº 726, de 12 de maio de 2016 deu fim ao Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial, da Juventude e dos Direitos Humanos. (Brasil, 2016) A mesma MP transferiu para o Ministério da Justiça as competências dos Órgãos extintos que, no âmbito desse Ministério, ganharam status de Secretaria, ficando a SEPPIR sob a gestão da Secretária Luislinda Dias de Valois Santos.

Com ações voltadas não apenas à população negra ou aos coletivos quilombolas especificamente, a SEPPIR abarca um universo mais amplo onde se incluem povos ciganos; e os seguintes segmentos referidos pelo nome genérico de Comunidades Tradicionais de Matriz Africana: “Povo de Santo, Povo de Axé, Povo de Terreiro, Comunidade de Terreiro, Povos de Matriz Africana, entre outras.” (SEPPIR, s/d: p. 33) Cabe à SEPPIR a responsabilidade de “coordenação das ações e articulação institucional necessárias à implementação [...]” (Brasil, 2003-b), da PNIR.

A PNPIR, por sua vez, tem por objetivo “reduzir as desigualdades raciais no Brasil, com ênfase na população negra” (SEPPIR, s/d: p. 7) e se constitui no conjunto de

ações destinadas à promoção da igualdade racial, desenvolvidas pela Secretaria e por parceiros. Assim, tanto o Programa Brasil Quilombola (PBQ), quanto a Agenda Social Quilombola (ASQ), sobre os quais comentarei adiante, integram a PNIR.

Apesar do status de Ministério, cabia à SEPPIR, quando foi criada, um papel muito mais político e articulador, exercido por meio do seu único programa à época – ‘Programa Gestão da Política de Promoção da Igualdade Racial’. Em 2005, as ações previstas no âmbito desse Programa e que eram destinadas especificamente aos CQ’s foram transferidas para o Programa Brasil Quilombola (PBQ). Entretanto, mesmo com adequações e a posterior substituição do ‘Programa Gestão da Política de Promoção da Igualdade Racial’ pelo ‘Programa de Promoção de Políticas Afirmativas para a Igualdade Racial’, o último com caráter finalístico, a SEPPIR continuou dependendo de parcerias com organizações governamentais e não governamentais para dar efetividade à PNPIR. O status de ministério, mantido até maio/2016 não assegurou à SEPPIR autonomia para, por exemplo, fazer a Gestão de Pessoas, cuja responsabilidade cabia ao Ministério da Justiça; como também não assegurou infraestrutura adequada e nem a quantidade necessária de servidores para fazer frente às várias ações sob a responsabilidade da Secretaria. (SEPPIR, 2015-a)

Em 2014, 101 servidores e empregados públicos desenvolveram suas atividades profissionais na SEPPIR. Destes, apenas 19 eram do quadro efetivo da Secretaria; 26 não possuíam vínculo com a Administração Pública e os demais eram provenientes de outros Órgãos públicos. A rotatividade entre os servidores sem vínculo e em cargos efetivos era bastante expressiva, sendo que entre os últimos, houve ingresso de 13 e a saída de oito. Quanto aos servidores sem vínculo, houve ingresso de 10 e a saída de 15. A Secretaria dispunha de 29 vagas de estágio, onde também se verificou “grande rotatividade de estagiários, o que pode ser explicado pelo valor da bolsa de estágio.” (SEPPIR, 2015-b: p. 119)

Chama atenção o absenteísmo registrado no exercício de 2014, pois 42 dos 101 servidores, por diferentes razões, afastaram-se temporariamente de suas atividades profissionais. Dos 42 servidores faltosos, 32 se afastaram para cuidar da própria saúde. Somados, foram 671 dias de afastamento. Será que o adoecimento de 32,32% de uma pequena equipe que tem como encargo fazer acontecer a PNPIR em um país racista

como é o Brasil, estaria revelando o potencial de ‘periculosidade’ da atuação contra o racismo?

Talvez por não dispor de quadro efetivo a contento, pela rotatividade de pessoal e a pouca afinidade de parte da equipe com o tema, entre outros motivos, a Secretaria tenha precisado envidar esforços para realizar formação continuada para sua própria equipe. A formação se fez necessária “principalmente no que tange à temática racial, que é relativamente nova no campo das políticas públicas.” (SEPPPIR, 2015-b: p. 116) Sendo assim, apenas em 2014, foram realizados “11 eventos de capacitação [...] e 49 ações de aperfeiçoamento [tais como] 6 fóruns e seminários, 40 cursos de curta duração, 1 oficina, 1 palestra e 1 workshop”. (SEPPPIR-b, 2015: p. 116) As questões expostas permitem inferir que a própria SEPPPIR não dispõe de condições favoráveis para atuar a contento na realização das ações que a compete. Quem sabe tenha sido por isso que foram mantidos baixos patamares de execução orçamentária, mesmo diante das reduções de orçamento. (IPEA 2006, 2008, 2011, 2013)

Bem ao contrário do que vem sendo afirmado sobre o apagamento e a invisibilidade das demandas dos CQ’s nos instrumentos de gestão, o IPEA (2014-a) considera que o PPA 2008-2011 dá maior destaque às ações destinadas especificamente aos CQ’s, em detrimento do restante da população negra. Entretanto, não se sabe se a conclusão a que chegaram os pesquisadores do IPEA considerou as referências explícitas aos CQ’s ou se estes foram considerados por inferências a partir das adjetivações ‘especiais’, ‘vulneráveis’, ‘do campo e da floresta’, entre outras.

Ainda conforme IPEA (2014-a) se observa a tendência de redirecionamento para o PBQ da maioria das ações de promoção da igualdade racial, previstas para toda a população negra. Nessa ótica, “toda a questão racial [resumiu-se] ao programa de atenção às comunidades quilombolas.” (IPEA, 2014-a: p. 23) Entretanto, a ênfase ao PBQ não assegurou que metas previstas fossem executadas e nem crescimento gradativo do seu orçamento, que igualmente ao da SEPPPIR, continuou sofrendo oscilações e com baixa execução.

A capilaridade e efetividade do PBQ e, conseqüentemente, da ASQ dependem das parcerias firmadas com ministérios e entidades da sociedade civil. As parcerias se

consolidam com base nos eixos estruturantes da ASQ que se desdobram em uma variedade de ações, como se observa abaixo:

Eixo 1: [a]cesso à Terra – execução e acompanhamento dos trâmites necessários para a certificação e regularização fundiária das áreas de quilombo[...].

Eixo 2: [i]nfraestrutura e Qualidade de Vida – consolidação de mecanismos efetivos para destinação de obras de infraestrutura [...] e construção de equipamentos sociais destinados a atender as demandas, notadamente as de saúde, educação e assistência social.

Eixo 3: [i]nclusão Produtiva e Desenvolvimento Local – apoio ao desenvolvimento produtivo local e autonomia econômica, [...] visando a sustentabilidade ambiental, social, cultural, econômica e política das comunidades.

Eixo 4: [d]ireitos e Cidadania – fomento de iniciativas de garantia de direitos promovidas por diferentes órgãos públicos e organizações da sociedade civil, junto às comunidades quilombolas, considerando critérios de situação de difícil acesso, impacto por grandes obras, em conflitos agrários, sem acesso à água e/ou energia elétrica e sem escola. (SEPPPIR, 2013: p. 5)

Apesar da importância das parcerias e do esforço da SEPPPIR para alcançar as metas e objetivos definidos para os CQ's, nem sempre os princípios da transversalidade, descentralização e gestão democrática que orientam a PNPIR (SEPPPIR, s/d) se fazem presentes. Ao invés do tratamento diferenciado a ser dispensado aos CQ's nas etapas do planejamento, financiamento e execução de ações, tem-se apenas a indicação destes como público alvo de cada ministério parceiro nos orçamentos, isso quando ocorre a indicação.

Pelo que indicam os PPA's quadriênios 2004-2007, 2008-2011, 2012-2015; e PNS do quadriênio 2012-2015 são feitas referências e, por vezes inferências a CQ's. Entretanto, quando analisados documentos da SEPPPIR, tais como diagnósticos e relatórios percebe-se que o destaque dado é apenas formal, pois o caráter universalista é mantido nas ações programáticas. (SEPPPIR, 2012, 2013, 2015-a, 2015-b) A falta de especificidade não ocorre apenas no tocante às ações planejadas e executadas, mas também na execução orçamentária. Apesar da determinação legal para a especificação de recursos, persistem lacunas importantes nos instrumentos de planejamento e orçamento, em relação às ações programáticas da PNPIR. (Brasil, 2010; IPEA, 2014-a) Tais lacunas podem tanto tornar imperceptíveis iniciativas positivas que venham a ser realizadas, quanto camuflar a não realização delas.

Em consequência há a dificuldade em se fazer monitoramento nas diversas etapas da realização das ações, inclusive da avaliação final dos resultados. A SEPPIR reconhece a necessidade de se fazer “as visitas *in loco* e o monitoramento via SINCOV [... e] que as fiscalizações dos instrumentos precisam ser aperfeiçoadas quantitativa e qualitativamente, para que resultem em um número maior de ações corretivas”. (SEPPIR, 2015-b: p. 92) Deliberações a esse respeito vêm sendo feitas pelo Tribunal de Contas da União (TCU), determinando maior transparência.

A inexistência de monitoramento por parte de qualquer interessado leva a concluir que não há efetividade das ações nem no aspecto quantitativo, nem no qualitativo. No primeiro caso, pelas metas serem irrisórias e, no segundo, por nem sempre constar o detalhamento dos resultados alcançados, nem a avaliação dos próprios sujeitos, nem mesmo da SEPPIR, que acaba por legitimar os números indicados pelos próprios ministérios em seus sistemas de informação, como fazem o MS, MDS, MEC, entre outros.

É inegável o esforço da SEPPIR para cumprir e fazer cumprir as metas previstas. Também não pode ser negado que há iniciativas muito importantes e avanços para uma ou outra comunidade; por exemplo, a criação do ‘Selo Quilombos do Brasil’, por agregar valor simbólico à produção quilombola; a resolução de conflitos motivados pela questão da terra nas comunidades Picadinha (MS), Sacopã (RJ), Macambira (RN), Invernada Paiol de Telha (PR) e Marambaia (RJ); aprovação de lei isentando terras quilombolas do pagamento do Imposto sobre a Propriedade Rural (ITR); realização de pesquisa sobre situações de conflitos fundiários e sobreposições de terra, entre outros feitos. (SEPPIR, 2015-a)

O problema não está apenas no cumprimento das metas, mas no que elas têm de irrisório, se comparado ao universo de comunidades existentes em todos os estados da federação, exceto no Acre e Roraima – 5.409 se forem considerados dados do MDS (2013) ou 5.779, conforme Rafael Sânzio Araújo dos Anjos (2013). Pesquisa sobre segurança alimentar e nutricional, realizada pelo MDS em 97 territórios quilombolas, mesmo visando buscar subsídios para elaboração ou qualificação de programas para melhorar as condições de vida nos territórios, considerou apenas os titulados. (MDS, 2014)

Da mesma forma, não são consideradas para receber qualquer obra de infraestrutura, como também não receberam um número identificador, o ID Quilombola. O número é importante porque pode favorecer o monitoramento e o “cruzamento de dados do CadÚnico com mapas das comunidades em estágio avançado de regularização [...] e] para a construção de setores censitários exclusivos quilombolas a partir do próximo Censo”. (SEPPPIR, 2015-b: p. 40) Ou seja, CQ’s não tituladas, não certificadas e fora do processo de certificação ficaram e permanecem fora das estatísticas, dos planejamentos, das intervenções e, literalmente dos mapas.

Além do caráter irrisório das metas, pode ser observada a pulverização das ações que, nem sempre, podem ser monitoradas pela SEPPPIR. Ao invés da transversalização do combate ao racismo e da promoção da igualdade racial, que são objetivos específicos do PBQ, o que se tem é a pulverização de ações e distorções entre o previsto e o executado. As distorções, facilitadas ainda pela ausência de monitoramento, se aplicam às áreas da Saúde, Educação, Assistência Social, Habitação, entre outras, inclusive cabe destacar o desvio da energia elétrica da CQ Salvar para outra localidade em Salvaterra, Bairro São Veríssimo. Observa-se no relatório analisado (SEPPPIR, 2015-b) ausência de dados, necessários à transparência pública, existindo lacunas sobre o público-alvo atendido (indivíduos, famílias, comunidades, escolas, etc); sobre dados financeiros e orçamentários; sobre a quantidade de ações realizadas, entre outras. (SEPPPIR, 2015-b)

Certamente por razões dessa natureza a titulação de terras tem sido a principal bandeira de lutas do movimento nacional quilombola. O alcance da titulação libera força política dos(as) ativistas na luta pelos direitos territoriais, já que tais direitos não se concretizam automaticamente após a titulação. Outro motivo é a existência de conflitos agrários, disseminados nos territórios quilombolas, cuja dimensão é desconhecida pela SEPPPIR. Inclusive, a própria SEPPPIR admitiu o desconhecimento, razão pela qual estava realizando pesquisa exatamente para mapear as ocorrências desses conflitos. (SEPPPIR, 2015-a)

Mesmo apagados em instrumentos de gestão e, ainda que a palavra ‘remanescente’, enquanto sinônimo de sobra ou resquício, a princípio pareceu restringir as possibilidades de existência de quilombos no presente, a realidade

confrontou toda e qualquer pretensão nesse sentido. Embora o quantitativo de CQ's seja controverso e que informações sobre titulação estejam dispersas em documentos dos Órgãos parceiros da SEPPIR, pode ser afirmado que até dezembro de 2015 foram emitidos 240<sup>33</sup> títulos, contemplando 274 CQ's.<sup>34</sup> A quantidade parece irrisória, se comparada ao número de CQ's identificadas, pois, se for considerada a média anual de titulação (10,15), verificada no período de 1988 a 2015, seriam necessários aproximadamente 540 anos para que sejam tituladas as comunidades restantes.

No Pará, os coletivos estão presentes em 56 dos 144 municípios e, embora a mão de obra escravizada tenha sido introduzida tardiamente no Pará<sup>35</sup>, este é o quarto estado no ranking de CQ's no Brasil, atrás apenas do Maranhão (1.550), Bahia (921) e Minas Gerais (721). (Anjos, 2013) No estado do Pará foram identificadas 527 CQ's pelo MDS (2013); 560 pela Malungu; e 595 por Anjos (2013). O Pará concentra o maior número de CQ's tituladas no país, tendo sido o primeiro a titular uma comunidade. É também no Pará onde se concentra o maior número de famílias quilombolas em territórios titulados – 5.529, de um total de 11.991 em todo o país. (SEPPIR, 2012)

As divergências acerca do número exato de CQ's no Pará ilustram bem o que ocorre no restante do país, inclusive em Salvaterra, não havendo congruência entre as distintas fontes. Lideranças em Salvaterra vinculadas à Malungu concordam que até o presente há no município 16 CQ's. Entretanto, recentemente duas comunidades negras, Bahianos e Cururu África, vinculadas a lideranças emergentes, se declararam como quilombolas. O INCRA (2014) afirma que há 19; no sítio da Fundação Cultural Palmares (FCP), estão listadas 21.

O Pará, de modo geral, tem sido palco de conflitos motivados pela questão fundiária, permeada pela omissão do Poder Público o que favorece a ocorrência de violências como as que levaram ao assassinato de um importante líder quilombola da região, senhor Teodoro Lalor, em novembro de 2013. Os Órgãos competentes tinham conhecimento da situação de vulnerabilidade em que se encontrava o ativista,

---

<sup>33</sup> Somados 207 títulos emitidos pelo INCRA e demais Institutos de Terra dos estados entre 1995 e 2014; 16 títulos emitidos em 2015 e 17 emitidos pela FCP em 2000.

<sup>34</sup> Ver SEPPIR (2015-a, 2015-b, 2016), INCRA (s/d), FCP (s/d).

<sup>35</sup> Ver Vergolino-Henry e Figueiredo (1990), Salles (2005), Sampaio (2011), Bezerra Neto (2012).

inclusive ele esteve sob a proteção do Estado, através do Programa de Proteção a Defensores/as de Direitos Humanos. (Arêda-Oshai, 2012)

Acevedo Marin e Almeida (2010) afirmam que os impasses que se interpõem nos processos de titulação de terras quilombolas na Amazônia não se reduzem a “[...]’defeitos’ na engrenagem da máquina administrativa estatal [havendo] configurações nesse jogo de poder que transcendem a questões de operacionalidade e a rubricas orçamentárias.” (2010: p. 154 – grifo dos autores) No cerne das disputas estão interesses antagônicos, nem sempre identificáveis. Na Amazônia, onde estão as menores densidades demográficas do país, os conflitos por terra e o mercado de terras se apresenta como um dos principais aspectos nesse jogo de poder, impedindo que as terras dos CQ’s cumpram “sua função social precípua quando o grupo étnico, manifesto pelo poder da organização comunitária, gerencia os recursos no sentido de sua reprodução física e cultural, recusando-se a dispô-los às transações comerciais.” (Acevedo Marin & Almeida, 2010: p. 157)

Em se tratando da política de saúde, embora o princípio da equidade não seja mencionado na LOS, ele é fundamental para que se efetivem tanto a universalidade, quanto a igualdade no acesso. Afinal, para que haja acesso universal há que se tratar de forma diferente os que vivem em condições distintas e/ou apresentem demandas diferentes. Com base na noção de equidade foram desenhadas algumas políticas específicas ou ações programáticas no âmbito da PNS, a exemplo da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN); Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA)<sup>36</sup>, entre outras. (MS, 2002, 2010-a, 2011-b) A atenção à saúde de CQ’s está prevista nas PNSIPCF e PNSIPN, além de constar como objetivo no PBQ e como ação da ASQ, como demonstrado antes, porém sem a devida estruturação, como referido antes.

A PNSIPN, sob a mesma lógica que orienta as ações da SEPIR e do PBQ tem como metas principais o combate ao racismo, a promoção da igualdade racial, melhoria do acesso no âmbito da PNS, a ser alcançadas por meio de ações transversais

---

<sup>36</sup> Em 23.10.2014, por meio da Portaria GM, nº 2311 foi acrescentado ao nome da política a expressão “das águas”, especificando assim os ribeirinhos entre o público alvo.

e intersetoriais. Diferentemente da PNASPI que está organizada como um subsistema no âmbito do SUS e prevê ações diretas junto aos povos indígenas, tanto a PNSIPCA, quanto a PNSIPN preveem apenas diretrizes políticas para orientar ações universalistas supostamente transversalizadas com recortes étnico-racial e/ou regional. Entretanto os jogos de interesse e disputas políticas travadas no âmbito do Estado impedem que a equidade seja consolidada. (Lima, 2008)

Em princípio pode ser afirmado que todas as ações destacadas nos quatro eixos da ASQ interseccionam com a saúde, pois são determinantes no processo de produção de saúde. Entretanto, para a efetividade da promoção, da proteção e recuperação da saúde, como determinado legalmente, são necessárias tanto a intersectorialidade e a transversalidade, quanto medidas específicas. Para Paim (2009):

[p]romover a saúde significa fomentar, cultivar, estimular, por intermédio de medidas gerais e inespecíficas a saúde e qualidade de vida das pessoas e das comunidades. [...] Supõe atuar sobre “causas das causas”, ou seja, os determinantes socioambientais, cultivando o bem-estar e a qualidade de vida. Já o *proteger* a saúde significa reduzir ou eliminar riscos, por meio de ações específicas, como vacinação, combate a insetos transmissores de doenças, uso de cintos de segurança nos veículos, distribuição de *camisinhas* para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, bem como o controle da qualidade da água, alimentos, medicamentos e tecnologias médicas. *Recuperar* a saúde requer diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitação do dano (doença ou agravo), evitando complicações ou sequelas. A atenção à saúde na comunidade e a assistência médica ambulatorial, hospitalar e domiciliar representam as principais medidas para a recuperação da saúde. (2009: pp. 45-46 – grifos do autor)

A citação dimensiona o quanto ainda se faz necessário para que o Sistema Único de Saúde (SUS), oficial no país, se torne realidade para grande parcela da população brasileira, em especial, os CQ's. O SUS, enquanto sistema de saúde pode ser compreendido como “conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações.” (Paim, 2009: p. 13) Entretanto, embebidos pela ideia de que o SUS é um sistema, não se pode correr o risco de atribuir-lhe autonomia e funcionalidade mecânica, como se o acesso à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), fosse o suficiente para se chegar ao mais alto nível de complexidade, se necessário. Por isso a simples referência a um número de equipes da ESF, supostamente cobrindo territórios quilombolas, ou mesmo a contratação de profissionais da saúde para atender quilombolas pode, ao mesmo tempo, dizer muito, e não significar nada em termos de efeito prático.

Por exemplo, apesar de afirmado que 70% dos usuários do SUS são negros (SEPIR, 2011), contrapõe-se a este percentual os indicadores de acesso a exames diagnósticos, por exemplo, a mamografia, para o qual 40% das mulheres negras usuárias do SUS, jamais tiveram acesso. (Bahia, 2013) Pelo exposto, deve ser problematizado o acesso, em seus aspectos quantitativos e qualitativos, afinal, se negros são maioria no Sistema, como explicar a persistência de iniquidades que, em um círculo vicioso, são causa e consequência de situações vulnerabilizantes de negras e negros? Aqui se incluem também os indígenas, cujos indicadores de saúde guardam estreita semelhança com os da população negra. (Cardoso, Santos *et al.*, 2005)

Na Agenda Social Quilombola (ASQ) as ações de saúde, ou que têm interface com a saúde, não consideram os conhecimentos e práticas terapêuticas locais. O modelo biomédico indicado na ASQ espelha o próprio SUS, a despeito da noção de equidade, presente em cartilhas e documentos oficiais do MS; do princípio ético da “preservação da autonomia da pessoa na defesa da sua integridade física e moral” que norteia o SUS; e, ainda, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) em vigor. (MS, 2006) As práticas consideradas complementares – Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Homeopatia de matriz francesa, Medicina Termal (Termalismo Social/Crenoterapia), Plantas Medicinais e Fitoterapia – embora usualmente adotadas de diferentes formas por povos indígenas, africanos, asiáticos, afro-americanos, só foram legitimadas a partir dos selos da tecnologia e cientificidade ocidentais.

Além das práticas destacadas acima cabe comentários ao trabalho das parteiras que, embora não estejam oficialmente integradas ao SUS, na condição de especialistas que são, têm (ou tiveram) a sua importância reconhecida, ao menos por uma parcela que atua dentro no SUS. O Programa do MS *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*, com implementação iniciada no ano 2000, tem como objetivos, entre outros:

sensibilizar gestores e profissionais da saúde para que reconheçam as parteiras como parceiras na atenção à saúde da comunidade e desenvolvam ações para valorizar, apoiar, qualificar e articular o seu trabalho ao SUS [...];

resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza da cultura e da biodiversidade como elementos importantes [...] (MS, 2010-b: p. 11)

Além dos objetivos acima, o texto-base do Programa destaca que a principal motivação para a sua elaboração foram “a situação da pobreza e da desigualdade no Brasil [...] da mortalidade materna e neonatal [...] do parto domiciliar e da cobertura da atenção básica no Brasil.” (MS, 2010-b: p. 12) As desigualdades socioeconômicas e regionais foram consideradas na elaboração do Programa, voltado prioritariamente para as regiões norte e nordeste, com destaques para os estados do Amapá e Pará; e especificamente a ilha de Marajó, tanto pela baixa capacidade instalada em saúde pública, quanto pela expressividade das soluções criadas localmente para o seu enfrentamento. Em Melgaço, um dos municípios do Marajó, as parteiras respondiam até 2002 por aproximadamente 100% dos partos. (MS, 2010-b)

Apesar de mencionada a valorização dos “saberes tradicionais”, a metodologia utilizada em capacitações no âmbito do Programa, subordina tais saberes, que são considerados como empíricos e intuitivos. Afinal, ao ser afirmado pelo MS que o objetivo de aproximação com as parteiras é de promover a “interação entre o saber empírico e intuitivo das parteiras tradicionais e o conhecimento técnico-científico dos profissionais da saúde [...]” (MS, 2010-b: p. 43), o saber biomédico é reafirmado como sendo o parâmetro de cientificidade.

Além de ações específicas para as CQ's, visando garantir e ampliar o acesso a políticas de saúde estão previstos estudos e pesquisas, que identifiquem necessidades específicas, qualifiquem o planejamento e, conseqüentemente a intervenção. (MS, 2010-a) É perceptível, em âmbito nacional, um crescente interesse sobre o tema *saúde da população negra* (LOPES, 2005) e sobre os coletivos quilombolas, especificamente. Entretanto, estudos com recorte sobre ações e serviços de saúde para coletivos quilombolas são ainda muito incipientes.

Até onde se sabe o MS, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou outro instituto de pesquisa oficial, não dispõem de dados de saúde desagregados sobre quilombolas. O que se tem, minimamente diz respeito à situação nutricional de crianças, situação jurídica dos territórios, condição de saneamento e acesso à energia elétrica. Porém tais dados são restritos a territórios titulados ou, no mínimo certificados.

Os Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e Mortalidade (SIM) foram os primeiros a apresentar o quesito raça/cor em 1996. Gradativamente o quesito foi sendo inserido em outros Sistemas, tais como, o de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2001; Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (Viva contínuo), Vigilância de Violência e Acidentes (Viva inquérito), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis (Vigitel), todos em 2006; Sistema de Informação Hospitalar (SIH), em 2008; Informação e Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), em 2009. (Soares Filho, 2012)

Conforme divulgado no site da SEPPIR, o IBGE disponibilizará dados sobre CQ's e seus territórios no censo populacional de 2020, nos moldes do que tem sido feito para povos indígenas. Quando isso ocorrer, teremos melhores condições de avaliar as reais situações em que vivem os CQ's, bem como as respostas do Estado às demandas apresentadas. Sendo assim, por não dispor de dados desagregados sobre quilombolas, mas da população negra, em geral, algumas das análises foram feitas por inferência.

Mesmo apagados, invisibilizados e excluídos dos planejamentos e das pautas governamentais, os sujeitos quilombolas, fazendo uso tanto dos conhecimentos herdados dos antepassados, quanto dos adquiridos no dinamismo das relações sociais, seguem resistindo. Literalmente, os territórios quilombolas não estão nos mapas oficiais. Entretanto, a vida pulsa nos territórios, onde cotidianamente são forjadas as condições necessárias para a reprodução física e sociocultural, como poderá ser lido e, quem sabe, até sentido nas páginas a seguir. Afinal, como resistir é imperativo, “eu digo assim, para o lado que a vida me joga, para lá eu me viro.” (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

### **3. Um pouco do que foi compartilhado, um pouco do que foi observado**

O estudo foi realizado no Arquipélago do Marajó, cujas características geográficas levaram à classificação de Marajó dos Campos e das Florestas. A palavra Marajó deriva do idioma tupi e foi traduzida como significando “barreira do mar”. (Brasil, 2007) Situado ao norte do estado do Pará, Marajó é considerado o maior arquipélago flúvio-marítimo do planeta, sendo formado por 2.500 ilhas e por 16 municípios, o que compreende 49.606 Km<sup>2</sup>. (Brasil, 2007) Mais precisamente, o estudo ocorreu na região dos Campos, em Salvaterra, um dos nove municípios marajoaras que tem CQ’s. Entre os municípios marajoaras, Salvaterra, comumente referido pelas interlocutoras como “ilha de Marajó”, é o que apresenta o maior número de CQ’s (18), seguido por Gurupá (13) e Bagre (6).

Os dados populacionais apurados pelo IBGE (2010) para Salvaterra indicam os seguintes percentuais: indígenas (0,04%); amarelos (0,76%); brancos (13,03%); pretos (12,64%) e pardos (73,54%). Alguns aspectos chamam atenção, sendo o primeiro deles o número expressivo dos que se declararam negros, ou seja, 86,18%, se somados os que se declararam pretos e pardos. (IBGE, 2010)

Parafraseando Francilene Parente (2016) quando afirma que o município de Altamira é um município indígena, se pode dizer que Salvaterra é um município negro. Quanto a ser majoritariamente quilombola, por enquanto os dados disponíveis não permitem a afirmação. Os dados, embora subestimados, pois foram calculados considerando apenas 12 CQ’s, indicam que 19% da população em Salvaterra é quilombola. (MS, 2015-b) Outro aspecto diz respeito à concentração expressiva de pessoas que se declararam de cor preta na área rural, (7,91%), exatamente onde se encontram as CQ’s.

Também impressiona o percentual de indígenas no município ser de 0,04%, em número absoluto, 10 pessoas. Ampliei a consulta ao IBGE e verifiquei que em todo o arquipélago constam apenas 164 registros de autodeclaração indígena, isso em uma região que no passado conviveu com expressiva presença indígena. (Schaan, 2009) Denise Pahl Schaan (2009) afirma que o Marajó abrigou uma variedade de povos

indígenas, que se organizaram em várias aldeias e importantes cacicados, sendo que os “documentos coloniais da época [século XVII] dizem que o centro da ilha de Marajó era habitado por cerca de 29 nações indígenas diferentes.” (Schaan, 2009: p. 33) Portanto, não se pode negar nem esquecer que “a história dos quilombos e dos quilombolas na ilha de Marajó é também o registro de questões sobre as formas de destruição das sociedades indígenas e a invisibilidade do indígena, o que marca o presente.” (Acevedo Marin, 2006: p. 7)

Para a mesma região, ao contrário do que se observa em relação a indígenas, o IBGE (2010) indica 398.798 registros de autodeclaração de negros, em sua maioria da cor parda. Porém, não se pode negar que africanos escravizados, vinculados a distintos grupos étnicos, traficados para o Pará e, especialmente para o Marajó, ou vindos em busca de liberdade, inscreveram suas “nações e culturas africanas [...] com todo seu modo de vida, no âmago do fazer-se marajoara, pluralizando a paisagem cultural amazônica.”<sup>37</sup> (Pacheco, 2010: p. 42)

Um terceiro aspecto a ser destacado e que necessita reflexão, é a inexistência de indecisos, pois 100% da população está ‘racializada’. Porém, o predomínio da cor ‘parda’ em detrimento da ‘preta’, cujo traço fenotípico mais aproxima de povos africanos e a subrepresentação de indígenas, podem indicar, na verdade, o contrário, fragilidade nos sentimentos de pertencimentos étnico-raciais. Ainda assim, se as identidades são construídas nas fronteiras, como afirma Barth (2000), a ‘racialização’ vinda da cor da pele, enquanto marcador de diferença pode estar indicando a existência de fronteiras muito bem delimitadas.

Salvaterra está distante da capital Belém por 78,13Km e, a depender das condições da maré, o trajeto pode ser percorrido por cerca de três horas pela Baía do Guajará. O principal meio de transporte é o hidroviário, mas o aéreo também é oferecido a quem pode custear o frete, em torno de R\$1.500,00 por trecho. Ao longo da viagem, os burburinhos no barco ajudam a compor o ambiente e foram se tornando familiares a cada viagem. No Porto Camará em Salvaterra há intensa venda de produtos locais, como frutas de época, queijo e demais derivados do leite de búfala,

---

<sup>37</sup> Para ampliar a discussão, ver Anaíza Vergolino-Henry e Arthur Napoleão Figueiredo (1990), Salles (2005), José Maia Bezerra Neto (2012).

doces e cremes típicos da região, enfim, vários tipos de guloseimas e quitutes. Pescadores, quituteiras, artesãos, extrativistas, trabalhadores rurais, entre outros, adentram ao barco oferecendo seus produtos e assim permanecem enquanto durar o embarque de passageiros.

As conversas tidas em voz alta no convés, por vezes, despreocupadamente, revelam informações sobre pessoas, lugares e acontecimentos. Se os sentidos estiverem aguçados, não restam dúvidas de que o trabalho em campo se inicia no embarque, ainda em Belém, só se encerrando no desembarque, feito no mesmo lugar. Portanto, as vivências no trajeto, somadas às do campo, também agregaram muito prazer e alegria ao trabalho. Chegando em Salvaterra há a recepção de carregadores oferecendo seus serviços. Trabalhadores dos transportes alternativos também anunciam em voz alta os trajetos e os preços do percurso até a área central de Salvaterra ou até Soure, em torno de R\$7,00 e R\$10,00, respectivamente.

Estando na área central de Salvaterra é necessário fazer uso de qualquer outro meio de transporte para se chegar até as CQ's do estudo. A depender do dia e horário (segundas, quartas e sextas-feiras) é possível fazer uso do transporte público que chega às CQ's para buscar os moradores no início da manhã e retorna para deixá-los no final da manhã. A tarifa desse transporte é mais acessível, custando em média, R\$3,00. Fora dos dias e horários estabelecidos, as únicas opções para o deslocamento são as motocicletas, que vem sendo adquiridas por alguns poucos moradores das CQ's; as bicicletas ou fazer o percurso a pé. Há também os transportes fretados para quem dispuser de recursos financeiros, em média são cobrados R\$15,00 por mototaxistas e R\$25,00 por taxistas. Esses são os preços praticados para Pau Furado, localizada próxima à área central.

Em Camará, as “boas vindas” são dadas pela companhia de navegação que, por meio de uma placa, exposta na área de desembarque, convida os visitantes a conhecer os “encantos do Marajó”. Em destaque estão aves guarás e um búfalo, encontrados em quantidade expressiva na região. Os búfalos têm grande importância na economia local e estadual, pois deles são comercializados, além da carne, o leite e seus derivados, o couro, entre outros; ainda, os animais são utilizados como meio de transporte e na atividade agrícola. Eu também os convido a conhecer outros

“encantos” em Salvaterra e nas CQ’s, como a hospitalidade de sua gente; os sabores das frutas; o sentir e ouvir o vento. Também os convido a conhecer as formas criadas e mantidas para se resistir aos percalços cotidianos para o acesso a direitos Constitucionais. Venham conhecer a biodiversidade e a diversidade cultural presentes nas CQ’s cujos moradores, ao transitarem por várias fronteiras, contribuem na formação do jeito de ser “salvaterrense” e, na mesma medida, reafirmam as pertenças étnicas – “somos todos uma família. Todo mundo aqui é parente e mexeu com um, mexeu com todos”. (Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Figueiredo Gonçalves – Sr<sup>a</sup>. Lica, 2014) Além da Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus, é a Sr<sup>a</sup>. Cristiane do Socorro Leal Ramos, quem também auxilia na introdução ao campo de estudo e, embora esteja se referindo à comunidade Salvar, suas palavras representam, de modo geral, os sentimentos externados pelas interlocutoras em relação às suas comunidades.

Aqui é muito bom de se viver. É rico de montão. Tem peixe. Tem caça. Tem tudo que tu podes imaginar. Vai do turu [*Teredo Navalis*] ao óleo de bicho. Tem tudo que tu podes imaginar... Aqui a gente vive num paraíso e não sabe. Vive num paraíso e não sabe. Onde chove e três minutos está sequinho. Você vê na cidade, as casas que tão entrando, que alaga é... Aqui a gente mora num paraíso. [Aqui é lindo!]. Huum, é lindo de morrer! Antes isso daqui não tinha mato. [...] A gente enxergava, daqui, a gente enxergava para lá, entendeu? Agora com o abandono [por causa da evasão de moradores], aí está enchendo, mas isso aí é mato nativo. É ameixeira. É uma fruta muito procurada. É o mato nativo daqui, é ameixa e mangueira. (Maio/2015)

### **3.1. Localização das comunidades**

O conteúdo desta tese retrata aspectos de apenas uma parte das histórias dos CQ’s do estudo. Mesmo ciente da importância dos dados sobre os processos de fundação das comunidades, assim como sobre as famílias fundadoras, reconheço que é impossível extrapolar o que está posto nos objetivos da tese, sendo impraticável escrever sobre tais processos no momento. Observei, sobretudo entre estudantes de nível superior e médio, agentes de etnodesenvolvimento recém-formados e docentes quilombolas a agência no sentido de registrar as histórias de suas comunidades. Com esse fim se vem buscando cursos de pós-graduação e parcerias.

Gradativamente trabalhos escolares realizados nas próprias comunidades e iniciativas internas a entidades do movimento negro e quilombola vêm privilegiando e estimulando o registro de aspectos relacionados às histórias, a presença da

biodiversidade, conhecimentos locais, entre outros. No entanto, a divulgação desses trabalhos tem sido restrita, por isso eu faço referência apenas aos que tive acesso, que foram elaborados por Izabeli da Silva Leal (2012), Maria José Alcântara Carneiro (2014), Meire Barroso (2014), Elianete de Sousa Guimarães e Elieide de A. Sousa (2014). Além desses há também trabalhos elaborados por não quilombolas, com destaque para a tese elaborada por Luís Fernando Cardoso e Cardoso (2008); e outros, a exemplo de relatórios de estudos antropológicos e fascículos, que auxiliam na compreensão dos processos históricos das CQ's em questão. (Acevedo Marin *et al.*, 2005-a, 2005-b, 2006, 2007; PNCS, 2006)

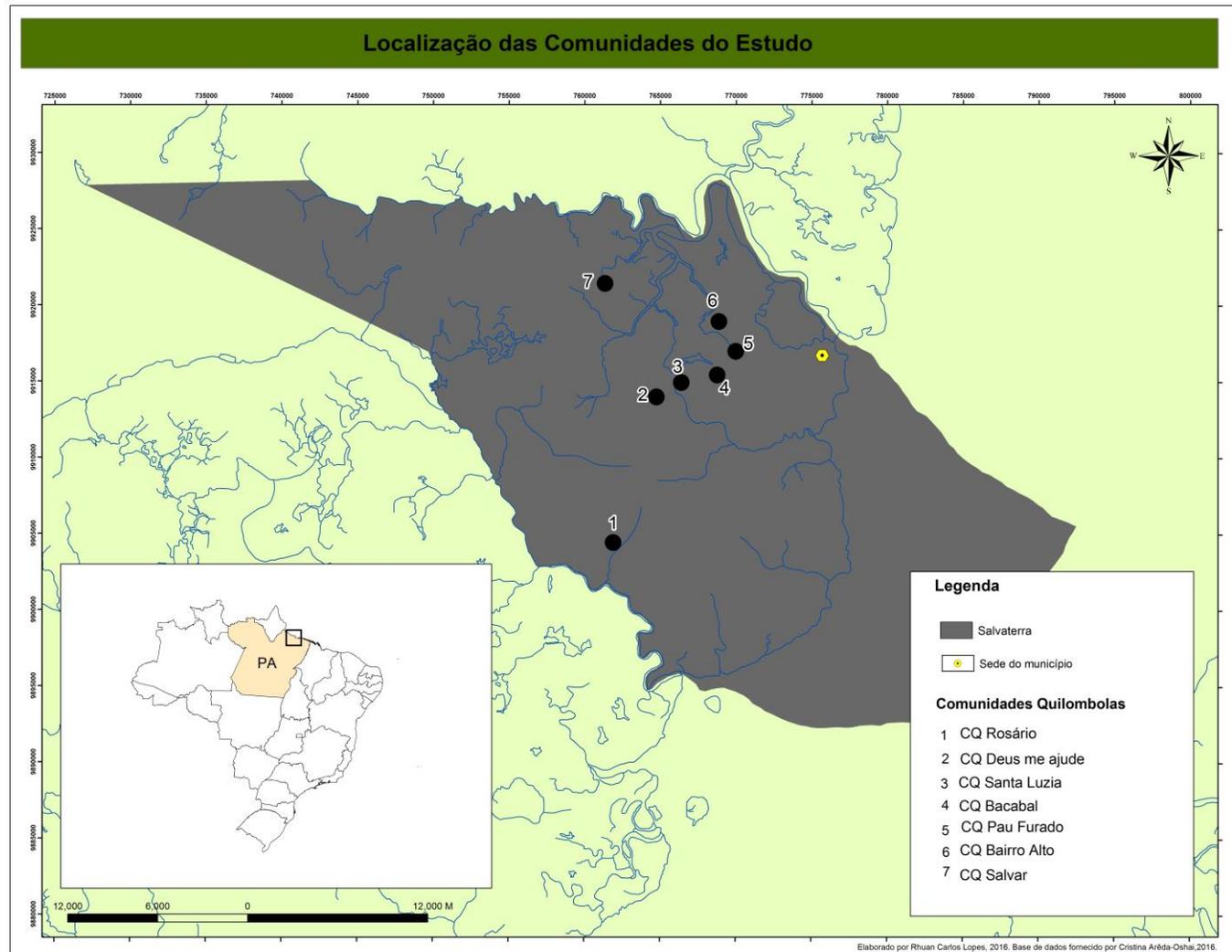
No entanto, farei uma breve descrição das histórias que envolvem o nome da comunidade Pau Furado, que não se encontra em nenhum dos estudos mencionados; também porque entre todos os nomes é o que desperta maior curiosidade, dentro e fora dos CQ's. A comunidade Pau Furado foi anteriormente denominada de Matopirituba, em referência ao nome do rio que banha partes de seu território. Não se pode precisar a data, um marco específico nem quais sujeitos instituíram o nome que hoje é legitimado dentro e fora da comunidade. Também não há consenso quanto às razões e circunstâncias que deram origem ao nome, mas duas histórias predominam.

Uma delas, repetida por algumas interlocutoras, relaciona o nome a um hábito local antigo, de se anunciar o nascimento de crianças com foguetes, sendo um estouro quando nascia mulheres e dois quando nascia homens. Conta-se que certa vez, não havendo foguetes, o Sr. Benedito Tomás Carneiro, um dos anciões da comunidade e seu primeiro professor, usou uma espingarda para anunciar um nascimento. Porém o tiro atingiu uma árvore oca a danificando. A árvore ficou como um pau furado e virou ponto de referência para quem se dirigia à comunidade.

A outra história, contada unicamente pelo Sr. Guilherme de Jesus Corrêa, também tem o Sr. Benedito como protagonista. Foi narrado que ele tinha por hábito dar salvas de espingarda nos sábados de aleluia. Após atirar ele sempre gritava: "lá vai o ronco do pau furado". Além de gritar ele também costumava perguntar aos moradores da comunidade se teriam gostado; e aos moradores de comunidades vizinhas, perguntava se teriam ouvido e gostado do ronco do pau furado. Nessa história pau furado não era uma árvore, mas o cano da espingarda que era furado, o

pau furado, do qual saía o ronco. Por meio de uma história ou de outra, ou mesmo de ambas o nome da comunidade foi sendo legitimado pelos 'de dentro' e 'de fora' da comunidade.

Como pode ser observado no Mapa 1 adiante, quatro das sete comunidades (Pau Furado, Santa Luzia, Bacabal e Bairro Alto) que integram o campo estão situadas nas adjacências da Sede do município. As demais, Rosário, Salvar e Deus me Ajude são as mais distantes, aproximadamente 27 km a Rosário; (Guimarães & Sousa, 2014) 35 km Salvar e 18 km Deus me Ajude. Ainda assim, não lhes cabe o adjetivo 'isoladas'. Pau Furado, Bairro Alto, Bacabal e Santa Luzia são praticamente contíguas, encontrando-se distantes da Sede cerca de 8 km, Pau Furado a mais próxima e 15 Km Santa Luzia, a mais distante.



**Mapa 1 – Localização das comunidades quilombolas**

Santa Luzia, relativamente próxima a Pau Furado, faz divisa com Bacabal e com propriedades particulares. (Leal, 2012) Pau Furado é contígua à Bairro Alto, estando empresada entre as fazendas Forquilha e São Macário; Bairro Alto, distante da Sede municipal aproximadamente 12 km faz fronteira também com Bacabal e, semelhante a Pau Furado, está empresada entre as fazendas da Empresa Brasileira de Pesquisas Agropecuárias (Embrapa) e do 'Americano', que compreende partes das fazendas Forquilha e São Veríssimo.

A Figura 4 a seguir demonstra alguns dos ramais e caminhos (atalhos), que encurtam a distância entre as comunidades quando se tem pressa em chegar, como ocorre em situações de adoecimento. Eles evidenciam a existência de redes de cooperação e sociabilidades que foram perceptíveis em vários momentos dos trabalhos de campo, pelo ir e vir de pessoas, muitas vezes portando objetos que dinamizam as trocas (alimentos, utensílios, remédios, entre outros). Ramais e caminhos são vias que também levam palavras de apoio e práticas de cuidado em saúde. Embora a figura exposta não se encontre atualizada, inclusive não indicando como quilombolas algumas das que assim se declararam, tais como Rosário, São Benedito, Caldeirão, Santa Luzia e Salvar, por ora ela serve para ilustrar a espacialização de CQ's em Salvaterra.

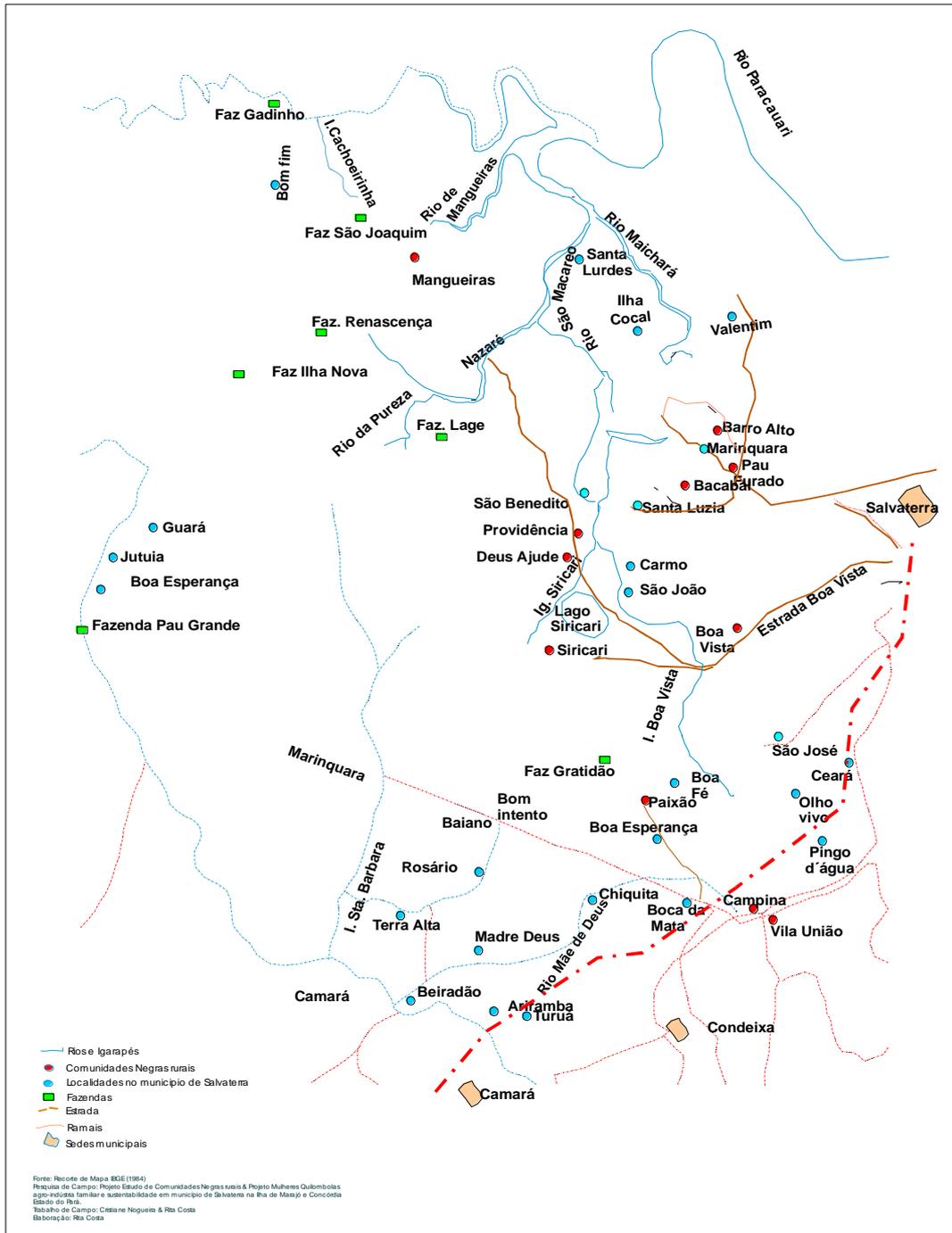


Figura 4 – Espacialização de coletivos quilombolas em Salvaterra, Acevedo Marin (2005-a)

Os caminhos e ramais abertos nos territórios quilombolas permitem a mobilidade de coisas e de pessoas, o arrastar dos círios e das procissões, desfiles comemorativos do Dia da Raça e também o ir e vir de seres encantados, tais como as “mães de tudo que é vivo”, como narrou a Sr<sup>a</sup>. Raimunda Nascimento (Sr<sup>a</sup>. Dica) a respeito de seu irmão. Este, ao atravessar entre duas sombras em um caminho, foi ‘flechado’ por um ser dos ares e, após um período de adoecimento, não houve “quem desse jeito”, ele faleceu. Visando a ampliar o meu conhecimento sobre os seres encantados busquei outras explicações em Raymundo Heraldo Maués (1999), um dos principais estudiosos do assunto, que a seguir compartilho:

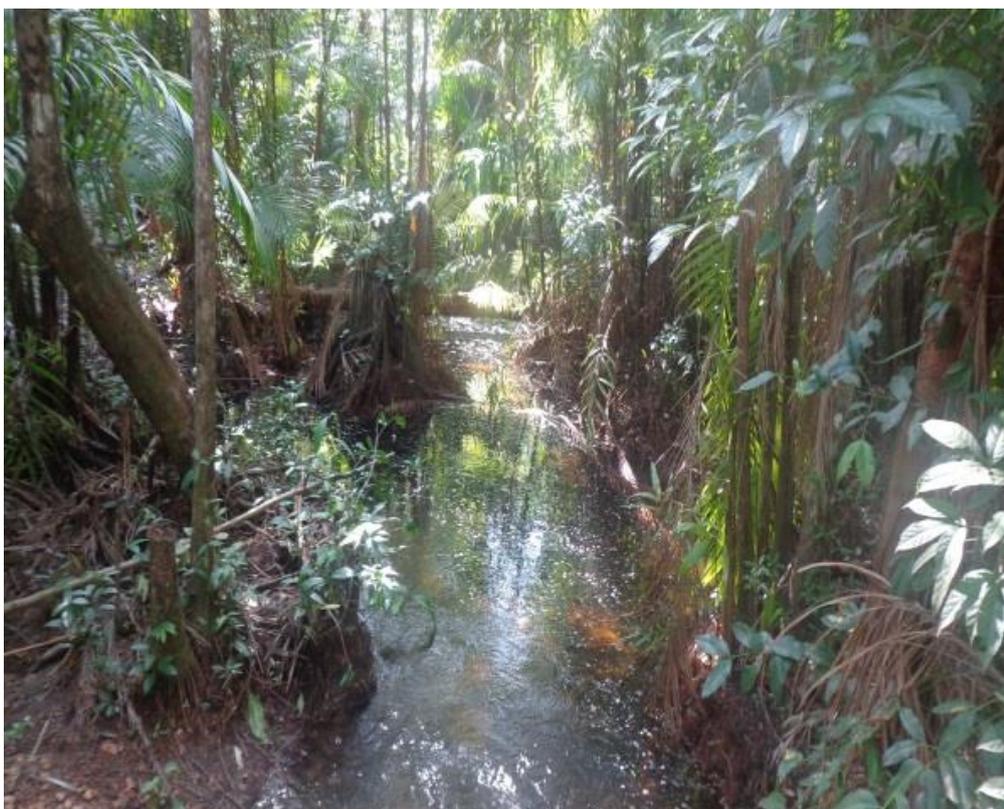
também conhecido[s] como oiara ou caruana[, os] encantados são pessoas que não morreram, mas se encantaram e que vivem ‘no fundo’ dos rios e dos lagos, em cidades subterrâneas ou subaquáticas. São normalmente invisíveis aos seres humanos comuns, mas se apresentam sob forma de animais aquáticos, cobras, botos, jacarés, peixes e, por isso são chamados de ‘bichos do fundo’. Em outras ocasiões, aparecem à margem dos rios, nos mangais (manguezais) ou nas praias de areia, sob forma humana e, neste caso, são conhecidos como oiaras (variação da palavra mais conhecida nos meios intelectuais, ‘iara’). Além disso, incorporam-se, permanecendo invisíveis, nos pajés ou curadores, durante as sessões xamanísticas e ajudam a curar doentes, sendo, neste caso, conhecidos como caruana. Trata-se de seres ambíguos que, assim como curam, podem provocar doenças, como castigo ou por maldade. (Maués, 1999: pp. 92-93 – grifos do autor)

Além dos caminhos abertos pelos próprios moradores há ramais ou estradas de terra (sem nenhum calçamento), que foram abertas pela Prefeitura Municipal a fim de favorecer fazendeiros, cujas propriedades encontram-se entrusadas em territórios quilombolas. Não raras vezes os moradores observam (eu também observei) caminhões da Prefeitura levando melhorias para as fazendas; melhorias que foram negadas às comunidades. Portanto, estradas, caminhos e ramais, alguns deles representados na Figura 4, mais do que intervalos entre localidades, são lugares dinâmicos, repletos de simbolismo.

Em uma das imersões em campo, saímos de Pau Furado (algumas interlocutoras e eu) em direção à Bacabal para participar da Festividade de São Raimundo. Atravessamos Pau Furado por um caminho entre algumas casas; depois percorremos uma estrada de terra, de onde se avista nas laterais algumas das roças

dos moradores, trecho do igarapé da Passagem e também partes da fazenda São Macário.

No percurso as interlocutoras foram compartilhando seus conhecimentos e lembranças, que reportavam a lugares sagrados. Um desses lugares é o Cemitério Santa Rosa, possível de ser avistado de um determinado trecho da estrada. Foram aguçadas lembranças e feitos comentários sobre o igarapé da Passagem – fotografia 2, sobre o qual há tabus que, não sendo respeitados, podem incorrer em mortes ou adoecimentos. Foi dito que mulheres no período menstrual nunca devem banhar-se ou sequer atravessar o igarapé. Pessoas de ambos os sexos, se não pedirem licença, podem também ser castigadas. A depender das circunstâncias os efeitos podem recair sobre a própria pessoa que desrespeitou o tabu, ou então sobre a que lhe suceder na travessia.



**Foto 2 – Trecho do igarapé da Passagem**

Percorrida a estrada de terra chegamos à entrada de um atalho que começa em Pau Furado e finda em Bacabal. Antes de iniciar a caminhada pelo atalho tivemos que passar por uma cerca de arame que, durante anos serviu para intimidar moradores de Pau Furado e Bacabal – fotografia 3.



**Foto 3 – Cerca rompida do lado de Pau Furado**

Foi narrado pela Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro que as cercas foram construídas por uma família de fazendeiros, que se valeu de relações sociais desenvolvidas ao longo de gerações e que foram estrategicamente alimentadas por práticas de compadrio, trocas de produtos, contratação de mão-de-obra nas próprias comunidades, inclusive de capangas para proteger o que foi apropriado. (Acevedo Marin, 2005-a)

Sobre isso uma das interlocutoras desabafou dizendo se sentir revoltada e triste por saber que uma pessoa conhecida e de seu convívio, se prestava ao papel de ser capanga. Por isso afirmou nunca ter se intimidado com as armas que eram deixadas à mostra a fim de intimidar os quilombolas, pois “quando eu queria passar, passava mesmo. Pulava a cerca ou mandava abrir a porteira [...] até o dia que foi reaberto o atalho”. (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014)

Após caminhar ao longo do atalho em torno de 20 minutos, avistamos a segunda cerca – fotografia 4, instalada nos limites com Bacabal. Ainda que o atalho tenha sido reaberto arbitrariamente pelos moradores e que esporadicamente um ou

outro adentre na fazenda para desenvolver alguma prática extrativista, esses atos são vistos e sentidos como transgressões, pairando uma tensão no ar.



**Foto 4 – Fim do atalho – cerca aberta em Bacabal. 2014**

Os moradores de Santa Luzia, como se observa na figura 4, devido a limitações de espaço, inclusive para plantar roças, utilizam o núcleo da comunidade como campo de futebol. O campo, como se vê, está sobreposto a um caminho conectado à principal via de acesso à comunidade e quando está em uso limita a circulação dos moradores. A figura, tanto indica limitações de espaço na comunidade, quanto a importância que tem o futebol para homens e mulheres da comunidade, a ponto de se ter organizado quatro times de futebol, um deles só de mulheres.



Figura 5 – Croqui da comunidade Santa Luzia. (Leal, 2012; Projeto *Ijê Ofé*, 2012)

De um modo diferente, mas também indicando restrição no espaço, Bacabal está espacialmente dividida por um caminho estreito, contendo casas de um lado e de outro, exceto no trecho onde está o campo de futebol, encostado em uma das laterais da comunidade que coincide com a cêrca da fazenda São Macário. Certa vez perguntei à Prof<sup>a</sup>. Maria José Carneiro (mãe) sobre os limites territoriais de Bacabal e ela respondeu que:

é isso aí que a senhora está vendo. É só esse caminho que começa ali [na porteira] e seguindo reto, bem ali na frente, já é caminho para chegar em outro vilarejo. Ninguém aqui tem quintal, terra para fazer, plantar nada. Eu só tenho o meu quintalzinho aqui e um pedacinho para ali, porque eu não caí na conversa... Eu enfrentei mesmo...". (Agosto/2014)

O acesso a todas as comunidades do estudo pode ser feito por via terrestre, exceto para Salvar, pois para lá é preciso navegar pelo Rio Paracauari em pequenas embarcações – fotografia 5, ou utilizar uma balsa construída pelos próprios moradores, que transporta motocicletas e automóveis, um por vez. Salvar é vista “pelos de fora” como a última, se considerada a estrada Passagem Grande que em sua extensão atravessa várias CQ’s, entre elas Deus me Ajude. A estrada culmina em um pequeno porto dentro da Fazenda Dallas, às margens do rio Paracauari, de onde se atravessa para a CQ Mangueiras para depois se chegar até Salvar. Para os “de dentro”, Salvar “é a primeira, pois foi lá que tudo começou, antes de Salvaterra até...”. (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, setembro/2015) A comunidade é reconhecida como sendo a mais antiga do município, tendo sido fundada há cerca de 300 anos.



Foto 5 – Embarcações utilizadas na travessia para Mangueiras e Salvar. 2015

Após atravessar o rio Paracauari, estando em Mangueiras, ainda é preciso percorrer uma extensa área de campo aberto e depois seguir por um atalho que culmina em Salvar. Quando lá estivemos, seguimos de Pau Furado até as margens do rio Paracauari em um carro de passeio. Na ocasião, como a balsa estava quebrada, fizemos a travessia em uma das embarcações demonstradas na fotografia 5 e, posteriormente seguimos para Salvar em motocicletas de alguns moradores.

Ainda em relação à localização, chamou atenção a forma como as interlocutoras se referem à Sede do município. Elas fazem referência a Salvaterra, como se fosse outro município. Por vezes a distinção é feita entre eles de Salvaterra, e “nós, quilombolas”; em outras é feita entre os “daqui, da zona rural” e os de lá, da cidade de Salvaterra, que seria a área urbana, o que sinaliza uma fronteira.

### **3.2. Aspectos populacionais**

Em termos populacionais a comunidade Salvar seria a mais populosa, se não fosse a evasão de famílias, cujo número foi reduzido de 79 para nove. Os motivos para os deslocamentos, em sua maioria, para Mangueiras e para a Sede municipal foram a inexistência de escola para as crianças que, durante os seis meses de inverno, ficavam impossibilitadas de caminhar uma hora e vinte minutos em áreas alagadas; a falta de energia elétrica; e a má qualidade da água no verão. (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

Por isso Bairro Alto pode ser considerada a mais populosa, com aproximadamente 68 famílias e 800 pessoas. Santa Luzia, onde vivem em torno de 15 famílias, em média 100 pessoas, ao contrário de Salvar, desde a origem não tem sido muito populosa. (Leal, 2012) Rosário apresenta número de famílias mais próximo ao de Bairro Alto, tendo 57 famílias que somam aproximadamente 285 pessoas. (Guimarães & Sousa, 2014; diálogo em maio/2015) Bacabal e Deus Me Ajude têm, em média, 150 moradores cada.

Em Pau Furado vivem em torno de 32 famílias, somando aproximadamente 150 pessoas. Em algumas casas vivem familiares de até três gerações. Mesmo considerando as formas de vínculos pessoais e sociais mantidos, há evidências de um *déficit* de moradia, pois algumas interlocutoras manifestavam expectativas em relação ao Programa Minha Casa, Minha Vida. Observa-se aumento populacional considerável

em Pau Furado, em média uma nova família a cada ano, se comparado ao estudo realizado por Acevedo-Marin *et al.* (2005), pois às 18 casas encontradas em 2005, somaram-se outras 14, além de uma que estava sendo construída em agosto de 2016.

O quantitativo de famílias e moradores foi informado pelas interlocutoras e trata-se de estimativa, pois sempre há variações que fazem parte das dinâmicas locais. A cada vez que fui a campo, encontrei situações diferentes que têm incidência nos arranjos de algumas famílias. Talvez tais dinâmicas tenham repercutido na variação do quantitativo populacional calculado por órgãos oficiais que fazem divergir todos os números, sendo um bom exemplo o relatório de auditoria realizado pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (MS, 2015-b)

O aumento populacional vem sendo utilizado para justificar atos de violência em Bairro Alto onde, conforme narrativas, tem sido um lugar perigoso para se viver. Outra justificativa para tais atos é a permanência de pessoas ‘de fora’ que criaram vínculos afetivos com os ‘de dentro’ e foram integradas pelo casamento. Ambos os argumentos, aumento populacional e exogamia, também figuraram no discurso do informante ocasional com quem dialoguei no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Em que pese a influência de ambos os fatores no delineamento das relações sociais e, por conseguinte na territorialidade, ao que parece, os argumentos utilizados pelo informante sustentam-se em visão essencialista, principalmente acerca do isolamento e número restrito de habitantes, que costuma nortear as intervenções de operadores de políticas públicas em territórios onde vivem coletivos etnicamente diferenciados. Por outro lado, em se tratando das interlocutoras, os argumentos em questão podem significar a naturalização de determinados atos, só percebidos como sendo violentos, quando praticados por pessoas ‘de fora’.

É oportuno mencionar que em 2011 a anciã, Sr<sup>a</sup>. Raimunda de Jesus Correa Carneiro (Vó Diquinha), moradora de Pau Furado, foi violentamente agredida em sua própria casa, por um jovem ‘de fora’. O jovem, filho de Bairro Alto, teria tentado roubar a vítima desferindo vários golpes contra sua cabeça e membros superiores. Portanto, o ‘de fora’ que praticou as violências, é um ‘de dentro’ em Bairro Alto. Embora a exogamia seja fato em todas as comunidades, foi observado que, não só em

Pau Furado, os cônjuges 'de fora', vêm de outras comunidades quilombolas, sendo bastante comum ouvir que a comunidade é uma grande família, sendo "tudo parente". Porém, mesmo partilhando de valores socioculturais comuns, de afinidades e vínculos afetivos, foram identificados episódios de violência em algumas CQ's. (Aleixo, 2015)

O sentimento de pertença à comunidade e mesmo o seu reconhecimento pelo grupo em geral não confere, em princípio, os mesmos direitos dos primeiros herdeiros. Essa situação foi identificada por Acevedo Marin (2005-a), quando uma moradora afirmou sentir-se tolhida para representar a comunidade Pau Furado em eventos externos. Embora nunca tenha presenciado nenhum conflito aberto, observei que os 'de fora', ainda que totalmente integrados na comunidade, são por vezes referidos como 'de fora', ainda que venham de outra CQ.

O nome da comunidade de origem costuma ser incluído como extensão dos pré-nomes, por exemplo, 'fulana de tal lugar'. Outra observação refere-se à participação política nos processos de decisão que envolve os interesses da comunidade, pois para os 'de fora' são exigidos critérios para participação. Em Pau Furado, por exemplo, é exigido o tempo aproximado de 10 anos para que os 'de fora' tenham direito de votar e ser votado, salvo exceções.

### **3.3. Condições de moradia e saneamento básico**

A organização espacial indica que a escolha dos locais para a construção de casas é definida por laços de afetividade, por isso há subnúcleos familiares, que tendem a reforçar uma extensa rede de proteção social. A esse respeito Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento, moradora de Pau Furado, comentou que as casas vêm sendo construídas cada vez mais próximas umas das outras, o que tem gerado certo "amontoamento". A consequência tem sido a dificuldade para a criação de animais domésticos, para o cultivo de plantas e também para a expansão das casas construídas, para atender às necessidades da família, como a abertura de fossa e construção de banheiro e/ou sanitário. Para um observador externo, cujo olhar orienta-se pelas arquiteturas de áreas mais urbanizadas, o 'amontoamento' não é percebido. Porém, é fato que há um saldo negativo de terra, que afetará as gerações futuras.

A criação de animais domésticos, desejada e executada por alguns moradores, é interpretada por outros moradores como sendo um problema, principalmente porque os animais são criados soltos. Embora não haja conflitos abertos em relação a isso, muitas interlocutoras demonstraram aborrecimento com a invasão de animais alheios nos quintais, gerando a destruição de plantas. A fim de evitar discussões e aborrecimentos, as interlocutoras que se sentem incomodadas mencionaram que reduziram o cultivo de plantas e, tão logo possível iriam construir pequenas cêrcas nos quintais. A prática de se criar animais soltos também foi identificada por Acevedo Marin (2005-a) e à época do seu estudo, a justificativa para essa prática foi a dificuldade de alimentar os animais que, circulando livremente pela comunidade, teriam alternativas. As justificativas atuais foram variadas, envolvendo principalmente as dificuldades para a manutenção de chiqueiros, galinheiros e o direito de circulação dos animais.

As condições de moradia e saneamento básico encontradas nas comunidades são semelhantes às que estão relatadas pela Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, (SEPPIR, 2013) sendo comum a ausência de serviços públicos para o tratamento da água, a coleta de lixo e esgoto sanitário. O Relatório do PBQ apontou que no Brasil vivem em torno de 214 mil famílias quilombolas, totalizando 1,17 milhão de pessoas. (SEPPIR, 2013) Do total de famílias, apenas 21,19% tem coleta de lixo e as demais, semelhante ao que ocorre em Salvaterra, queimam ou enterram o lixo. A energia elétrica é o serviço público que se tem o maior acesso, estando disponível a 78,4% das famílias. (SEPPIR, 2013) Entre as CQ's do estudo, Salvar é a única que não tinha (à época) energia elétrica. As razões serão expostas ao final deste item.

As casas em Rosário, que antes eram de barro e palha, foram substituídas por alvenaria e/ou madeira. (Guimarães & Sousa, 2014) Em Santa Luzia também vem ocorrendo a substituição, restando apenas duas casas construídas com barro e cobertura de palha. As reformas e construções em alvenaria vêm sendo realizadas porque “as famílias que têm o direito vêm fazendo bom uso dos benefícios que recebem para cuidar dos filhos, da família e fazer reforma e melhorar as casas” (Sr<sup>a</sup>. Izabeli Leal, maio/2015). Nas demais comunidades há construções em madeira e barro,

com cobertura variando entre telha de barro e palha de injá, mas há também casas construídas em alvenaria, cobertas com telha de barro. As fotografias 6 e 7 ilustram dois tipos de construção que são vistas nas CQ's.



**Foto 6 – Casa da Sr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> de Lourdes em Pau Furado. 2014**



**Foto 7 – Casa da Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro em Pau Furado. 2016**

Embora os benefícios sociais, principalmente do Programa Bolsa Família (PBF), Seguro Defeso e aposentadoria tenham sido referidos como importantes para as reformas de casas, não se pode concluir que a não realização de reformas ou a permanência em casas construídas com barro e cobertura de palha se devam apenas à falta ou insuficiência de recursos financeiros. A Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro afirmou que

casas feitas de barro e cobertas de palha são melhores que as de outro tipo, por serem mais frescas e ventiladas.

A convicção a fez optar por continuar morando em sua casa de barro, coberta de palha, embora tivesse ao lado uma casa de alvenaria, coberta de telha, como se vê na fotografia 8. Sem dúvida há famílias que desejam construir suas casas de alvenaria, inclusive têm esperanças de serem contempladas pelo Programa Minha Casa Minha Vida. No entanto, há outras que preferem manter suas casas “aos modos dos antigos”, por questão de afinidade e por convicção de que são mais apropriadas, agradáveis e confortáveis. (Sr<sup>a</sup>. Raimunda de Jesus C. Carneiro, maio/2015)



**Foto 8 – Casas da Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro em Pau Furado. Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, 2016**

Quanto à água para consumo, à exceção de Salvar, há nas demais comunidades, poço artesiano e um sistema de abastecimento de água, configurado pelo armazenamento de água em caixas d'água e a distribuição por encanamento subterrâneo até as casas, porém sem nenhum tratamento. Em Rosário, diferente das demais comunidades, há preferência e, portanto, continuidade no uso da água dos poços individuais furados nos quintais, exatamente como faziam os antepassados.

Conforme advertiu Sr<sup>a</sup>. Elieide de A. Sousa, agente de etnodesenvolvimento, um poço jamais pode ser furado embaixo de árvores, para que não caia dentro dele folhas e frutos. Ao contrário do que eu pensava os poços também não podem ficar cobertos o tempo todo, devendo haver interação constante entre água, ar e luz solar, pois o sol ajuda a manter a boa qualidade da água, inibindo o desenvolvimento de

micróbios que prejudicam a saúde. A Sr<sup>a</sup>. Elieide encerrou a explicação dizendo que, talvez por esses cuidados, são raros os casos de diarreia na comunidade. (Maio/2015) Realidade bem diferente nas outras CQ's.

A preferência pelos “modos dos antigos” ocorre não apenas em relação à moradia, mas também em relação à água de poço, cuja temperatura é considerada como mais agradável e o gosto mais saboroso. Além disso, “por volta do meio dia a água fica friinha [friazinha], muito fria. Mas a outra, da torneira (encanada), fica quente [...]. As duas águas tem que saber a hora de usar.” (Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro, maio/2015)

O “saber [...] usar” remete a cuidados necessários tanto em relação aos bens da natureza, quanto a um serviço público, como o abastecimento de água. Inclusive o trecho acima, extraído de parte da narrativa da Sr<sup>a</sup>. Raimunda, foi dado em resposta à minha pergunta sobre o tipo de água preferido. Após fazer ponderações e mesmo tendo demonstrado certa preferência pela água de poço, ela afirmou que “as duas águas são boas.” (Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro, maio/2015) Mas a depender da forma de uso os efeitos podem ser bons ou ruins.

A água, embora abundante na região e na comunidade, conforme informou Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, não recebe tratamento adequado pela Prefeitura Municipal e, em sua comunidade, é comum o consumo direto da água vinda da torneira, sem que seja filtrada ou fervida. Outra interlocutora, Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Corrêa Carneiro comentou que em sua casa, os problemas de diarreia aparecem com frequência entre crianças e adultos, embora ela coe a água e utilize hipoclorito esporadicamente.

O agente de etnodesenvolvimento, Sr. Aurino Conceição compartilha de preocupações semelhantes às da Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Carneiro no que se refere à importância da água nos processos de adoecimento. Contudo, ele diverge da Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, na percepção sobre a qualidade da água encanada que, mesmo não recebendo nenhum tratamento da Prefeitura, possa ser consumida sem os devidos cuidados. Em sua opinião, além da falta de tratamento há o problema do manuseio de vasilhames onde se armazena a água, feito principalmente por crianças. Portanto, afirma que:

a situação da saúde é complexa, e a população tradicional não tem o costume de tratar a água. A água é de ótima qualidade, porque vem do poço, é limpa, é boa. O manejo é

que é o problema [...] nas casas só tem uma, no máximo duas torneiras para tudo e são as crianças que enchem as vasilhas, sem ter cuidado. (Agosto/2014)

O Sr. Aurino explicou que a falta de hábito dos moradores em fazer o tratamento da água se deve ao pensamento de que a água se mantém pura, como era no tempo dos “mais velhos”. Entende que o problema é quando sai do poço, passa pela caixa d’água e chega às torneiras, sendo agravada a situação no manejo da água, quando sai das torneiras para encher os vasilhames. Narrou que o sistema de abastecimento, iniciado há 10 anos, se resume a caixas d’água e encanamentos até as casas.

A Prefeitura construiu as caixas, mas não fazia a higienização e os moradores, temendo subir até as caixas, que são colocadas muito ao alto, também não faziam. “A água era muito suja e vinha com areia, mas era da caixa a sujeira e não do poço”, completou Sr. Aurino Conceição, ressentindo-se pela inexistência de ações educativas sobre os cuidados devidos com água. (Agosto/2014)

Mesmo reconhecendo a boa qualidade da água do poço, o Sr. Aurino entende ser equivocado nutrir no presente, o mesmo pensamento que os “mais velhos” mantinham sobre a qualidade água. Ressaltou a necessidade de prestar atenção nos vários processos de contaminação da água, provocados por grandes empreendedores, a exemplo dos ‘arrozeiros’ (nome dado aos plantadores de arroz no Marajó) que deliberadamente contaminaram e continuam contaminando as terras e águas no município de Cachoeira do Arari. A contaminação “foi lá, mas pode chegar até aqui, porque está tudo ligado e todo cuidado é pouco.” (Agosto/2014)

As tentativas feitas tempos atrás para identificar a incidência de doenças transmitidas pela água foram frustradas, pois o Sr. Aurino Conceição narrou ter ido ao posto de saúde tempos atrás para saber a respeito, mas não conseguiu, porque “o postinho não tem equipamento, anotação, nada [...] só faz encaminhar mesmo.” Ainda assim, pela observação dos movimentos internos à comunidade, afirmou saber que há “muitos problemas com ameba, diarreia e vômito.” (Agosto/2014)

Em Pau Furado a Sr<sup>a</sup>. Raimunda de Jesus Carneiro ressentiu pelo desuso dos poços, pois segundo ela, quando a água da torneira acaba, vira um problema. Em Pau Furado soube que há três poços em uso. Nas outras casas, após o encanamento da

água os poços foram entupidos ou simplesmente abandonados. A água é vista como problema sério também em Salvar, inclusive um dos principais motivos que determinaram a evasão de seus moradores. Diferentemente do encontrado nas outras comunidades, em Salvar a água do poço, segundo Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, só é boa no inverno. “A água no verão aqui é muito, muito ruim. Você coloca uma roupa e fica dessa cor aqui [amarronzada]. Ela não faz mal para consumo porque o corpo já está acostumado com ela.” (Setembro/2015)

Embora Salvar esteja situada às margens do rio Paracauari a água do poço só brota a partir de seis metros de profundidade. As duas fotografias seguintes exibem um poço em parte externa – fotografia 9, devidamente cercado com madeiras para impedir acidentes com crianças e animais. A fotografia 10 exhibe o poço aberto para receber a luz solar. Nos arredores do poço, em suas partes internas e externas há plantas que, usualmente não são mantidas como estão, quando está em uso.



**Foto 9 – Vista externa de poço em uma casa ‘abandonada’ em Salvar. 2015**



**Foto 10 – Vista interna de poço em Salvar. 2015**

A localização dos banheiros e sanitários variam de acordo com os tipos de construção das casas. Geralmente, mas não é a regra, estão localizados nos quintais os banheiros e sanitários das casas construídas em barro. As casas de alvenaria tendem a ter os banheiros e sanitários construídos em seu interior ou anexos. Como não há esgoto sanitário público em nenhuma das comunidades, são utilizadas as fossas rudimentares.



**Foto 11 – Modelo de banheiro em Pau Furado. Mª José Carneiro, 2014**

Sobre o lixo produzido e, acima de tudo sobre a negligência da Prefeitura na coleta dos resíduos, é a Srª. *Jindu* quem vai expor a situação:

aqui é o seguinte, eu gostaria assim, pela ocasião da Prefeitura era pela coleta do lixo, que aqui não tem. Tem vezes que quando dá para queimar, aí tem muitos que queimam, mas quando não dá... Porque, olha só para a senhora ter uma ideia. Teve, nesse mês né, de agosto. Teve uma festa aqui. Mas vê se os donos da festa limparam o terreiro. Olha como tá aí ó, o bocado de plástico aí. Então isso daí, poxa, né... Olha aí o plástico; olha, está lá. Ali, olha, coisa tudo para o quintal [espalha]. Então, se eu não quiser ver isso daí, o que que eu vou fazer? Vou ter que afinar [ajuntar] e tacar fogo. E a senhora sabe que plástico é um material que não desfaz com facilidade... E se por um acaso tiver coleta de lixo, claro que essa lixarada não vai ficar por aí, né? (Agosto/2014)

A narrativa da Sr<sup>a</sup>. *Jindu* indica que há o reconhecimento de uma responsabilidade compartilhada entre moradores e a Prefeitura. Em sua opinião “os donos da festa” deveriam ao menos “afinar” o lixo em um canto do quintal; enquanto a Prefeitura deveria fazer a coleta. No entanto, como ambos falharam caberia à ela, Sr<sup>a</sup>. *Jindu*, ou a outro que não queira ver a “lixarada” espalhada, a responsabilidade de ajuntar e fazer a queima.

Além da queima, alguns moradores enterram os resíduos, exatamente nos antigos poços de água, alguns dos quais em processo de desbarrancamento. O lixo é preocupação também para outras interlocutoras, a exemplo da Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Carneiro, que o enxerga como segundo principal fator que pode causar adoecimento. Os primeiros, a água e alimentação, foram colocados no mesmo patamar de importância. Por sua vez Sr<sup>a</sup>. *Mahin* compreende que a responsabilidade na produção de saúde é “do prefeito e nossa”, e acha que só a comunidade vem cumprindo seu papel. (Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, setembro/2015) Nisso também concordou Sr<sup>a</sup>. *Jindu*, pois, se “pela ocasião da Prefeitura” tivesse a coleta de lixo, não ficaria na comunidade a “lixarada”.

No entanto, a verbalização sobre a responsabilidade do Poder Público na promoção da saúde, assim como o reconhecimento da saúde como direito, não se traduz em ações reivindicatórias voltadas a tais fins. Talvez, pela ausência histórica do Estado, pela consciência do cuidado necessário com o território e, ainda, por saberem que “se for esperar pela Prefeitura a gente não consegue nada”. (Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, agosto/2014) Por isso os moradores, mesmo reconhecendo a responsabilidade do Poder Público, tomam a iniciativa e constroem alternativas para os problemas cotidianos que enfrentam.

Em Salvar, pelas razões expostas, observei que as casas, cujos moradores se mudaram, tinham seus quintais com mato crescido. Ainda assim os que ficaram, vez

por outra, acabam limpando as áreas, pois isso beneficia a todos. Foi informado que de tempos em tempos os próprios moradores fazem a conservação de suas casas e quintais, pois continuam freqüentando a comunidade em razão das atividades produtivas que lá desenvolvem. (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

Ao comparar os atalhos, estradas, quintais e frentes das casas com determinadas ruas e espaços públicos de outras localidades onde frequento, concluí que os territórios quilombolas, até onde pude observar, são infinitamente mais limpos. Em alguns dos quintais inclusive ficam escoradas em árvores, vassouras feitas de gravetos, ou outro material semelhante, específicas para a limpeza das áreas externas.

Na condição de observadora externa tive outra impressão sobre o descuido com o lixo nas CQ's como foi destacado pela Sr<sup>a</sup>. *Jindu*. Ao contrário, enxerguei as casas, suas frentes e quintais como muito limpos e bem cuidados – fotografias 12, 13 e 14. Mas, considerando que noções de pureza e impureza são construídas a partir de “esquema[s] habitua[is] de classificação”, (Douglas, s/d: p. 31) não cabem discordâncias a respeito. Talvez você que está lendo este trabalho, ao comparar as fotos que serão expostas a seguir, com outras realidades que conhece poderá, quem sabe, concordar com Sr<sup>a</sup>. *Jindu* ou comigo.



**Foto 12 – Frente de casas em Santa Luzia. 2015**



**Foto 13 – Frente de casas em Bacabal. Camila Sousa, 2014**



**Foto 14 – Quintal entre duas casas em Pau Furado. 2014**

Se uma parte dos resíduos sólidos é queimada como lixo, outra parte é aproveitada no dia-a-dia na fabricação de utensílios para uso doméstico, na confecção de aparelhos para uso local, como um alter – fotografia 15.



Foto 15 – Alter construído em Salvar. 2015

Também são aproveitados bens da natureza, por exemplo, na construção e cobertura de casas, como madeira, barro, palha; na confecção de vassouras feitas de gravetos para limpeza da casa e quintal – fotografia 16.



Foto 16 – Vassoura utilizada em Pau Furado. 2014

São confeccionadas pequenas vassouras de cachos de açaí para ajuntar a 'cruera' no forno – fotografia 17. 'Cruera' é o nome dado aos resíduos da mandioca que ficam no forno.



**Foto 17 – Vassoura para ajuntar 'cruera' em casa de farinha de Pau Furado. 2014**

Os “matos” mantidos nos quintais ou nas frentes das casas são os que têm uso terapêutico e/ou que são ornamentais. Em Salvar há pés de cipó de alho – fotografia 18, que têm uso terapêutico, culinário e também ornamental. Em Bairro Alto, plantas de uso terapêutico e ornamental – fotografia 19, tanto enfeitam o quintal da Sr<sup>a</sup>. Maria Gilda dos Santos, quanto socorrem quem venha a necessitar.



**Foto 18 – Pé de cipó de alho em um quintal em Salvar. 2015**



**Foto 19 – Quintal da casa da Sr<sup>a</sup>. Maria Gilda dos Santos em Bairro Alto. 2016**

A Prefeitura de Salvaterra transformou em 'lixão' a céu aberto, uma área próxima à estrada que leva a Pau Furado, Bacabal e Bairro Alto. Apesar da proximidade, a coleta de lixo não ocorre em nenhuma dessas comunidades, muito menos nas que se encontram mais distantes. Diariamente, ou sempre que necessário, o lixo é organizado em pequenos montes nos quintais até ser queimado ou enterrado.

A energia elétrica está acessível em todas as comunidades, exceto em Salvar, e foi possibilitada pelo Programa Luz para Todos, do Governo Federal. Salvar ainda não tem acesso à energia elétrica, muito embora conste 'no papel' que há. Foi perguntado à Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos se a energia era adquirida por motor e após muitos risos ela respondeu que:

não. É lamparina mesmo. Até porque não tem como bancar a gasolina. Para chegar a energia são só cinco quilômetros. A gente tem a esperança que agora neste ano a energia chegue. A gente tem uma reunião marcada para quinta-feira [03.06.2015] com o gerente da CELPA. Vem o prefeito, vem uma comitiva toda... Eles têm uma meta de até setembro eletrificar. Nós brigamos, brigamos, fomos para o Fórum. Entramos na Justiça porque aqui consta que tem energia. E que tem faz tempo. Estamos há 16 anos lutando para ter energia. (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

A Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos relatou que vinha lutando há anos para instalar energia elétrica na comunidade. Em certa ocasião, foi informada que a energia estava instalada, pois assim constava no sistema. Inconformada, ela exigiu que um representante do Programa Luz para Todos verificasse no local e, quando a inexistência da energia foi constatada, entenderam tratar-se de uma fraude. Acionado, o Ministério Público Federal (MPF) constatou-se que o gestor municipal à época, por sua conta e risco, resolveu redirecionar a instalação para o bairro São Veríssimo, uma área mais urbanizada do município. Isso feito sob a alegação de que a energia seria mais necessária naquela área. A área, um bairro central de Salvaterra, não é identificado como quilombola e tem número maior de moradores e de eleitores.

A telefonia móvel tem sido um bom exemplo de tecnologia que, além de mais acessível que a telefonia fixa, rompeu fronteiras chegando às áreas rurais. Entretanto, os custos de manutenção ainda são muito altos para o padrão econômico local. A qualidade do serviço e da cobertura também deixa a desejar, o que não difere muito dos aspectos que compõem o rol das reclamações feitas por usuários das áreas urbanas.

A propalada inclusão digital continua sendo esperada nas CQ's, principalmente pelos jovens. Ainda assim, mesmo via celular, alguns jovens buscam conectar-se ao mundo virtual, adquirindo pacotes de serviço ou utilizando *cybers* instalados na sede do município. Porém, mesmo com o esforço, a inclusão digital está muito distante da realidade dos CQ's.

### **3.4. “Eu digo assim, para o lado que a vida me joga, para lá eu me viro”**

A agricultura familiar, especialmente o cultivo da mandioca, maxixe, abóbora, abacaxi e a produção de farinha de mandioca é uma das principais práticas produtivas nas CQ's. O cultivo de hortaliças é pouco expressivo, sendo costumeiro o plantio de roças. Até onde foi possível observar nas CQ's, identifiquei apenas duas hortas, cultivadas em Pau Furado. Uma delas está na Escola-polo e a outra na casa da Sr<sup>a</sup>. Karen Silva Souza, professora da Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental (EMEIF) Benedito Tomás Carneiro. A Prof<sup>a</sup>. Karen com grande satisfação narrou ter colhido em torno de 60 kgs de tomate cereja na última safra. Ela disse colher diariamente cheiro verde (coentro), cuja comercialização do excedente vem contribuindo para aumentar a renda familiar. A seguir, a fotografia 20 mostra algumas 'leiras' de cheiro verde.



Foto 20 - Horta cultivada pela Prof<sup>a</sup>. Karen Souza em Pau Furado. 2016

Além das roças e da produção de farinha, a pesca também é uma atividade produtiva importante. Prova disso é a existência de tantos portos nas CQ's que, só em Pau Furado, há cinco. O maior e mais antigo é denominado porto Cabeceira, devido à localização na cabeceira de um dos afluentes do rio Matopirituba.

Em Bairro Alto o aprendizado sobre a pesca e as atividades que a envolvem é iniciado quando ainda se é bem jovem. É comum a fabricação de 'curral'– fotografia 21, que é um tipo de armadilha para melhorar o resultado da pesca. Em Santa Luzia, além de pescadores, alguns homens também são construtores de embarcações, como ilustrado na fotografia 22.



**Foto 21 – Homens construindo um 'curral' em Bairro Alto. 2015**



**Foto 22 – Homens construindo embarcações em Santa Luzia. 2015**

Porém, apesar da relevância da pesca para a sobrevivência nas CQ's, devido a proibições do acesso a territórios de pesca, tem sido necessário o deslocamento para áreas cada vez mais distantes. Mesmo com os deslocamentos, conforme afirma a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, tem havido redução dos resultados tanto da pesca, quanto dos produtos cultivados que, por sua vez estão impulsionando uma alteração nas práticas alimentares. Ao ser indagada sobre as possíveis causas da mudança, ela, que é agente em etnodesenvolvimento explicou:

bom, eu acredito que seja pela proibição do pescador não poder mais pescar como antes; de não poder ir a certo local caçar como antes. Hoje nós estamos bem, praticamente isolados, presos por causa de fazendas, de fazendeiros que impedem o agricultor, o pescador de ir buscar um pouco longe. E há derrubadas também de matos, que as caças já estão fugindo e aí isso desaparece, com o tempo desaparece. E aí fica difícil. Meu pai, não tinha um dia que ele não pegava uma caça, não matava uma caça. E hoje é difícil. A gente já vê poucos matar uma caça para o alimento da família. E não era por esporte que eles caçavam, realmente não. Hoje não tem comida eu vou atrás de uma paca, de um tatu; vou atrás de uma cotia; atrás de um veado já com aquela preocupação, para dar alimento para os filhos. E hoje tá difícil. (Agosto/2014)

A situação de imprensamento entre fazendas e/ou empreendimentos estatais como a Embrapa é comum a todas as comunidades, exceto Rosário e Deus me Ajude, e incide nas formas de ocupação do espaço, nas práticas produtivas e relações sociais construídas. Além da proibição do ir e vir pelo atalho, trilhado há séculos pelos antepassados dos atuais moradores de Pau Furado e Bacabal, ainda foi perdido o “controle [sobre] o território de pesca, as terras para abrirem roçados, caçar e espaços de peregrinação nos tempos das festas.” (Acevedo Marin, 2005-a: p. 14)

A perda do controle, como referido acima, faz com que os moradores dependam do favor de terceiros para plantar suas roças. Outra forma é o plantio ‘de meia’ (na condição de meeiros), quando se divide com os que têm direito legítimo ao uso de determinada área o ônus do plantio e os produtos colhidos; ou então se planta sob outra condição. É na condição de meeiro que o Sr. Lucivaldo Figueiredo Leal, agente comunitário de saúde e morador de Santa Luzia, ajuda a cultivar roças em Pau Furado – fotografia 23.



**Foto 23 – Sr. Lucivaldo Leal cuidando de uma roça de mandioca. 2016**

Conforme interlocutoras, tem se verificado redução tanto da quantidade do pescado, quanto das espécies, exceção feita à Salvar e Rosário, onde ainda se pesca nas proximidades. Em Rosário é encontrada variedade de peixes como tucunaré, dourada, pescada, entre outros. Em Salvar, além dos peixes e crustáceos como camarão e caranguejo extraídos do rio e mangue, há um criadouro do peixe Tamuatá, cujo excedente é comercializado.

Exceto em Santa Luzia e Bacabal há nas outras comunidades, considerável variedade de árvores frutíferas, cujos frutos não são comercializados, a exceção do abacaxi, que é vendido *in natura*. O abacaxi produzido em Salvaterra é muito valorizado dentro e fora do município por seu sabor, geralmente muito doce e pela qualidade em geral. Esse diferencial na qualidade, entretanto, não reflete nos preços do abacaxi que é vendido por valor muito baixo ao atravessador, segundo algumas interlocutoras. Ainda assim, na esperança de alcançar preços melhores em safras futuras, alguns moradores cultivam o abacaxi, como se vê na roça do Sr. Renildo Alves de Souza e família – fotografia 24.



**Foto 24 – Roça de abacaxi em Pau Furado. 2016**

Há coco verde com muita abundância em Deus me Ajude e, da mesma forma que o abacaxi, é muito apreciado. Porém, “vem aqui o marreteiro querendo pagar pra gente uns centavos por cada coco. Eu não vendo. Prefiro deixar aí ou dar, mas não pra eles... [risos].” (Sr<sup>a</sup>. Mariza de Alcântara Souza – Tia Mariza, abril/2016)

A mandioca é o único cultivo que recebe beneficiamento, sendo também uma das principais, senão a principal fonte de renda. Situação também identificada por Acevedo-Marin (2005-a). Por isso as casas de farinha são espaços de uso comum importantes onde a produção, quando familiar, costuma envolver praticamente todos os integrantes da família; por vezes, vizinhos e/ou amigos também colaboram no processo produtivo de distintas formas. A afirmação não se estende à Salvar onde, não se tem a tradição de produzir farinha.

Observei em um dos trabalhos de campo em Pau Furado que só havia mulheres trabalhando na casa de farinha e resolvi me aproximar. Percebi pelos olhares e gestos corporais que eu seria bem recebida no local, por isso entrei e ofereci ajuda. A princípio sem muita habilidade na manipulação da faca, fui motivo de risos e olhares curiosos, mas aos poucos fui me saindo melhor e as atenções se voltaram a outros fatos. As senhoras que lá trabalhavam narraram que elas dominam todo o processo produtivo da farinha, inclusive sabem plantar e colher, o que pareceu ser uma situação peculiar se comparado a comunidades de outras regiões onde estive, onde as etapas tidas como mais pesadas ficam a cargo dos homens.

Percebendo meu interesse em aprender, elas passaram a detalhar o processo, me explicando como funciona a máquina, denominada caititu – fotografia 25, onde a mandioca é triturada, para depois ser colocada em um recipiente e ser extraído o tucupi. A certa altura, perguntei se era comum haver acidentes, e da resposta recebida, desencadearam-se vários assuntos sobre saúde, alguns deles aqui compartilhados.



**Foto 25 – Sr<sup>a</sup>. Waldinéia Carneiro (Ginu) triturando mandiocas na caititu. 2015**

A organização espacial e a posição dos corpos em volta do monte de mandioca a ser descascada, favorece a proximidade entre as trabalhadoras e alguns assuntos, inclusive ‘coisas de mulher’, podem ser ditos com certa privacidade e cumplicidade – fotografia 26. Observei que também nesses lugares podem ser construídas estratégias de resistências coletivas, mas também específicas de mulheres; além da produção de farinha, são (re)produzidas ideias e subjetividades.



Foto 26 – Mulheres descascando mandioca em Pau Furado. Gabriela C. Gonçalves. 2015

O número de moradores das CQ'S que trabalha no mercado formal é inexpressivo. Os que se inserem no setor, com raras exceções, o fazem no serviço público, porém, na maioria das vezes, com vínculos temporários, sujeitos ao rompimento a cada alternância de governo. Essa característica cria receios e interfere na participação política de alguns empregados públicos temporários que, temendo perder o emprego, optam pelo silêncio. Talvez por isso eu não tenha conseguido conversar com todas as pessoas que se encontram nesta situação. Contudo, o esquivamento sugere que as coisas que estão por dizer, certamente contrariam discursos oficiais e, por si, se configura como importante informação.

As contratações ocorrem, na maioria das vezes, para os cargos de servente, técnico de enfermagem, professor e ACS para atuação nas próprias comunidades. Os contratados, juntamente a alguns poucos aposentados, são os únicos que têm renda mensal fixa, em média um salário mínimo. Sem fonte de renda fixa, os benefícios sociais provenientes do Programa Bolsa Família, Seguro Defeso ou aposentaria por idade complementam a renda mensal das famílias que os recebem. Além das atividades produtivas referidas, são desenvolvidas outras esporádicas como a construção de embarcações, venda de alimentos, trabalhos manuais cujos ganhos, mesmo incertos, possibilitam juntar “um pouquinho daqui, um pouquinho dali”. Sobre a média de renda familiar é a Sr<sup>a</sup>. *Yetunde* quem vai nos dizer:

eu calculo isso, uns R\$600,00, R\$300,00 do Bolsa Família... [uma parte vem do Bolsa Família, mas e a outra parte?] Eu faço meu crochezinho, a... [filha] faz as coisas dela e a gente vai levando. Ultimamente ele está parado, fazendo uma ou outra coisa aqui em casa mesmo. Emprego, assim para gerar renda não [tem]. Junta um pouquinho daqui, um pouquinho dali, vai levando, com a solidariedade da comunidade, da mamãe, da família. [Estou fascinada com essa solidariedade. Sempre foi assim?] Sempre foi assim. Sempre foi assim. Meu avô principalmente, quando era vivo, nossa! É Fruta? Ele repartia para todos os filhos e minha avó segue quase o mesmo ritmo. [Eu noto, sempre são os parentes que trazem, que participam das trocas, ou os vizinhos também?] Porque os vizinhos são parentes né, aqui mora meu tio, meu primo, meu irmão, lá minha tia. São todos parentes. São parentes mesmo. (Agosto/2014)

Mas como se percebe na narrativa, a renda, inferior a um salário mínimo, não é a principal responsável pela sobrevivência, pois a solidariedade da família e da comunidade ajuda a ir “levando”. A solidariedade referida pela Sr<sup>a</sup>. *Yetunde* é tão comum nas CQ's que tem um nome, 'vizinhar'. Porém o 'vizinhar', nas experiências da Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, e também como pude observar, não é praticado apenas entre vizinhos parentes, mas também entre parentes não vizinhos, ou mesmo apenas entre vizinhos, ou com quaisquer pessoas mesmo à distância. Indaguei se seria a solidariedade a impulsionar o movimento de coisas nas CQ's, não necessariamente de dinheiro, e ela respondeu que:

exatamente. É isso aí. É mais à base da troca, das trocas, como diz a minha cunhada, de 'vizinhar', a palavra 'vizinhar', eu dou um pratinho de comida daqui, ela traz um de lá. Às vezes chama para tomar café lá, eu chamo para tomar café aqui. A outra já vem de lá com um pratinho, uma vasilhinha... É sempre assim. [em sua opinião, essa solidariedade evita que alguma família fique sem ter o que comer?] É, não fica. Passa assim necessidade, mas fome, não. Sempre a gente inventa alguma coisa, nem que seja uma galinha falsa com caju [muitos risos, porque o prato, por sinal delicioso, foi preparado por ela e saboreado por nós no dia anterior]. A gente faz, ou vai pescar, ou vai ao mato juntar um bicho de tucumã, tu tiras o óleo e já come a farofa depois. Ou vai para o mato, geralmente as crianças vão para o mato, para tentar 'irapuça' [arapuça, armadilha] para pegar um juruti. É um pássaro, Juruti. Aí come com arroz, come assado. Isso quase todo dia as crianças fazem aqui. Já é um complemento para aumentar a alimentação. (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014)

Uma das primeiras evidências nos trabalhos de campo foi o dinamismo das trocas, observado na circulação de objetos, conhecimentos, gentilezas, que não se restringem ao 'vizinhar' entre moradores próximos. As trocas também se estendem a lugares distantes. A reiteração das trocas de plantas, alimentos e de conhecimentos foi observada inúmeras vezes em campo, inclusive envolvendo não quilombolas, a exemplo de pesquisadores. As trocas, ao mesmo tempo em que integram os hábitos culturais dos CQ's, parecem influenciar a renovação de práticas culturais desses

mesmos coletivos, até porque os conhecimentos são ‘vizinhados’ também, e em mão dupla. No entanto, exatamente como nos ensina Barth (2000), o que for essencial será mantido pelos grupos etnicamente diferenciados.

Planta mana? Nós exportamos é muito para outras comunidades daqui, para Belém e outros lugares. Salvar exportou e exporta para Mangueiras sálvia, açai, mudas de amora e outras plantas. Salvar, durante anos trocou peixe e camarão por farinha, além de ter ensinado o pessoal em Mangueiras a pescar, a conseguir pescar mesmo. Eles não sabiam pescar e a gente aqui não sabia fazer farinha. (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

O cultivo de plantas, não só por gosto, mas também para reserva, “caso alguém precisar” (Sr<sup>a</sup>. Maria Gilda dos Santos, maio/2016) é uma prática desenvolvida não só por especialistas locais, mas também por outros moradores. Entretanto a reserva não impede que mudas sejam gentilmente doadas, ou simplesmente cultivadas para dar sombras, proteger a casa ou embelezar. Vejamos os jirais e plantas avulsas nos quintais e jardins cultivados em algumas das CQ’s, ilustrados nas fotos 27 a 30.



Foto 27 – Jirau com plantas cultivadas pela Sr<sup>a</sup>. Ma. Gilda dos Santos em Bairro Alto. 2016



Foto 28 – Jirau com plantas cultivadas pela Sr<sup>a</sup>. Mariza Souza em Deus me Ajude. 2015

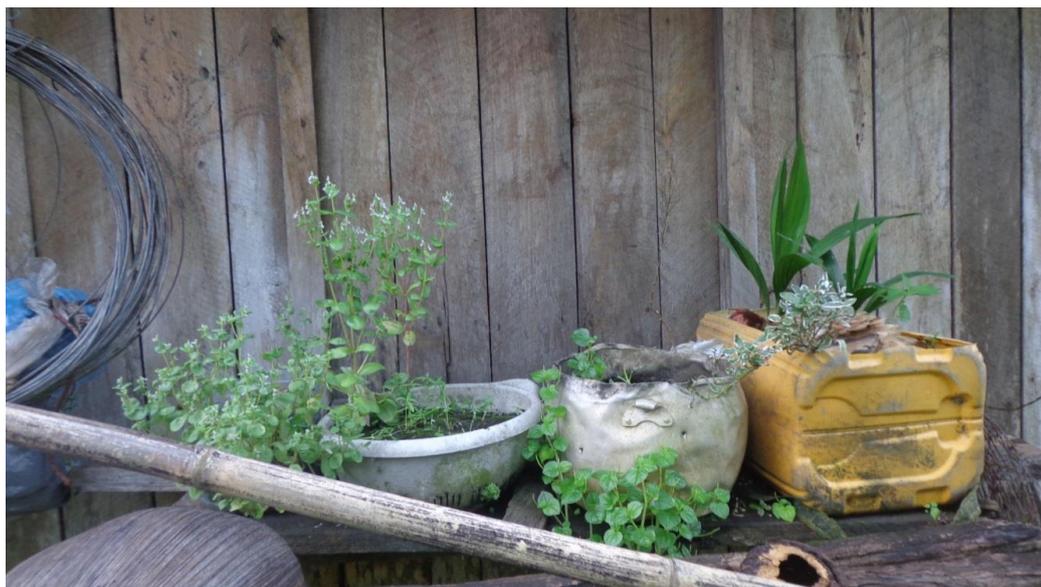


Foto 29 – Jirau com plantas cultivadas pela Sr<sup>a</sup>. Olga em Salvar. 2015



**Foto 30 – Plantas cultivadas pela Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro. Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, 2016**

Ao longo dos trabalhos de campo fiquei hospedada três vezes em Pau Furado e uma vez em Bacabal e as trocas foram observadas em todas as circunstâncias. Certa vez, em uma só semana, a interlocutora que me acolheu em sua casa, recebeu de pessoas diferentes, a título de agrado (por retribuição, gentileza, entre outros) um saco contendo vários cajus, abacaxis, um prato com macarronada, peixe frito. A Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, ao comparar os hábitos locais com os de Belém, afirmou se preocupar muito com a filha que estava vivendo temporariamente na capital. Ela assim se expressou: “minha filha está para Belém e a preocupação é com ela lá, que está precisando mais. Você sabe que lá, né, tem mais custo. Tudo é comprado. Aqui não, como você vê, toda hora chega um, que dá uma coisa.” (Agosto/2014)

Os cajus foram transformados em suco que foi consumido na própria unidade familiar; uma parte foi doada para uma vizinha e outra foi distribuída para crianças que brincavam nas proximidades. A polpa do caju foi aproveitada no preparo de um prato conhecido localmente como ‘galinha falsa’, por ter a aparência e sabor aproximado com o de carne de frango ou galinha desfiada. O alimento também foi doado para uma vizinha próxima e, parte dele levado de agrado para uma moradora de outra CQ. Uma parte dos abacaxis foi utilizada e outra foi compartilhada. Na mesma semana, a interlocutora e anfitriã preparou um delicioso mingau de milho, que foi distribuído em retribuição, mas também para ‘adoçar a boca’ de outras pessoas que, até então, não estavam incluídas naquele ciclo específico de trocas.

Busquei em Marcel Mauss (1974) subsídios teóricos para compreender o movimento de trocas, por ser ele quem primeiramente publicou teorias a respeito. Mauss (1974) ao duvidar do “caráter voluntário, por assim dizer, aparentemente livre e gratuito, e, no entanto, imposto e interessado dessas prestações [trocas de bens, favores, gentilezas]”, (1974: p. 41) realizou ampla pesquisa bibliográfica a fim de identificar as reais motivações das trocas, realizadas em sociedades da “Polinésia, Melanésia, noroeste americano e algumas regiões amplas.” (1974: p. 43) Ele concluiu haver, de fato, a obrigação de dar e receber em vez do voluntarismo desinteressado.

No entanto, a princípio resisti por não identificar nenhuma relação direta entre os contextos, as práticas e os grupos étnicos analisados por ele com as realidades por mim encontradas. Inclusive as características descritas por Mauss sobre as sociedades onde analisou os regimes contratuais e prestações totais como de “tipo atrasado ou arcaico”, (1974: p. 42) não se aplicam às CQ’s. As prestações totais, consideradas por Mauss (1974) como uma instituição, devem envolver todo o clã nos regimes contratuais, além de incluir cumulativamente a obrigação de dar, a de receber e a de retribuir. Critérios estes que, na exata medida, não consegui identificar nas CQ’s.

Entretanto, embora tratar-se de experiências etnográficas e contextos bastante distintos do que se aborda nesta tese, busquei o que seria o *hau* da obra de Mauss, ou seja, o que “designa, como o latim *spiritus*, ao mesmo tempo o vento e a alma...” (1974: p. 53 – grifo do autor) Ative-me então, não necessariamente no quanto as trocas estão disseminadas inter e intra CQ’s ou no que circula no movimento de trocas, mas na reciprocidade.

Foi o Prof. Uwira Xakriabá (William César Lopes Domingues), colega na Pós-Graduação, que em um diálogo circunstancial me auxiliou na análise sobre a reciprocidade. Ao mostrar dois adereços que havia recebido de uma parente de outra etnia, eu relatei com os estudos de Mauss (1974) sobre a dádiva e, ingenuamente, duvidei que houvesse uma segunda intenção. Prof. Uwira Xakriabá, porém, elencou alguns tipos de reciprocidades que poderiam ser esperadas do gesto da parente. Então, pela ótica do Prof. Uwira, pude visualizar no meu campo de trabalho, distintas reciprocidades, supostamente esperadas e concretizadas.

Refleti que o ‘vizinhar’, por exemplo, enquanto prática que alimenta a reciprocidade pode se aplicar a outras circunstâncias e não só troca de alimentos e/ou conhecimentos. Uma dessas circunstâncias pode ser a união entre pessoas de distintas comunidades para auxiliar no plantio de alguma cultura, ou mesmo na colheita. Outra circunstância, a mobilização política dos CQ’s para o enfrentamento de alguma situação que, não necessariamente, venha afetar diretamente todo o coletivo. ‘Vizinhar’ poderia também ser utilizado nas relações estabelecidas entre pesquisadores e interlocutores, entre tantos outros exemplos.

Para cada prática do ‘vizinhar’ se pode esperar e, de fato podem ocorrer distintas reciprocidades. Mas talvez, a essência da(s) reciprocidade(s) se configure no significado do nome *Potlach* que é “essencialmente *alimentar, consumir*”. (Maus, 1974: p. 46 – grifos do autor) A reciprocidade, portanto, independente das circunstâncias que a envolvem, talvez tenha a função de alimentar, quer seja corpos, quer seja laços afetivos, de parentesco, políticos que mantêm não só os CQ’s, mas toda e qualquer sociedade humana, em geral.

A obrigação explícita de dar e de receber, no entanto, só foi observada entre os que receberam dons espirituais. A palavra ‘dom’ recebeu diferentes definições, das quais apresento quatro delas. Para a professora Karen Silva Souza um dom é “algo que vem de raiz, de toda a cultura.” (abril/2016) Dom, na concepção da Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro não é facultado a uma ou outra pessoa, mas a todos, indistintamente. (Maio/2015) A Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento dos Santos definiu dom como uma capacidade inata, pois se nasce com ele, “a gente não aprende com ninguém. Temos um destino, eu acredito no destino e alguém que nos conduz.” (Abril/2016) Dom foi definido também como capacidade de “ver o que vai acontecer, de prever as coisas antes de acontecer. [Dom] é dedicação.” (Sr. Manoel Cipriano, agosto/2016)

A relação do dom com a dedicação e a obrigação de servir foi reafirmada nas narrativas dos(as) especialistas locais. Embora exista o sentimento de obrigação em utilizar os dons em benefício de outrem, em hipótese alguma, deve ser esperado algo em troca. Postura semelhante foi identificada por Thamirys Di Paula Cassiano de Matos (2015) e Piani (2007) em pesquisas realizadas em Salvaterra; e por Angélica Homobono Nobre (2009) em pesquisas desenvolvidas em Cachoeira do Arari e

Belém/Distrito de Icoaraci, na comunidade Chipaiá; entre outros estudos. A Sr<sup>a</sup>. Santinha, interlocutora de Nobre (2009), mesmo recebendo agrados dados espontaneamente por pessoas por ela atendidas, “não se acha no direito de ficar” (2009: p. 76) e doa a maior parte para a igreja.

Também como fruto do diálogo com o Prof. Uwira Xakriabá, concluí que talvez a reciprocidade neste caso, seja exatamente o uso das habilidades e dons em favor de outrem, sem necessariamente, esperar nada em troca. Ou seja, o doar-se, de fato, desinteressadamente. “Eu ficava às vezes de oito a 15 dias [na casa da parturiente] cuidando da mulher, da criança... Não tinha hora. Era dia, era noite, madrugada, a hora que aparecia eu ia ajudar.” (Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, maio/2016) Como consta abaixo, a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento também entende ter por obrigação compartilhar as habilidades provenientes do dom e os conhecimentos adquiridos:

eu me considero privilegiada e nasci, vim para servir, para ser um exemplo... Cada um de nós tem, nasce com o *eu* [o que é esse eu?] O *eu* é o caminhar, o destino; quando temos que passar por um caminho sem que os pais conduzam a gente. Vamos onde a gente nunca esperou, mas o conhecimento tem que ser para a humanidade e para a comunidade. Acho que a humanidade e a comunidade precisam dos conhecimentos das pessoas. (Abril/2016)

Além da responsabilidade e solidariedade, a obrigação no uso do dom parece ser motivada também pelo receio de punição por parte de ‘caruanas’ (guias/entidades espirituais), pois “quem tem essas coisas e não tratar, eles malinam. Ela nasceu com o dom. Ela foi aprontada por um pajé em Mangueiras por um ano. Agora está bem e parou de ter aquelas coisas. Agora ela também benze.” (Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento, abril/2016)

A obrigação de receber os benefícios de tratamento e cura, não poderia ser afirmada como verdadeira, pois a procura por especialistas é motivada por necessidades e afinidades, não necessariamente por imposição. Exceto quando se tem um dom, pois neste caso a recusa em desenvolvê-lo pode trazer consequências negativas como referido. A obrigação em retribuir aos especialistas pelos cuidados de saúde se há, não consegui identificá-la.

Mas não se pode negar que há gratidão pela solidariedade, pelo cuidado e viabilidade dos tratamentos e remédios prescritos pelos(as) especialistas, geralmente encontrados nos quintais das próprias casas ou doados pelos(as) próprios(as)

especialistas. “O pajé ensinou e mandou fazer dois banhos e então ele ficou bom. [Banho de que?] Era alecrim de angola, desatrapalha, abre caminho, sombra do mundo, cachaça e 31 gotas de amoníaco.” (Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento, agosto/2014)

A gratidão se expressa tanto pela resolutividade dos tratamentos, quanto pela viabilidade, pois “os matos, tem tudo por aí pelo quintal”. (Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento, agosto/2014) Mas há também a gratidão pelo compartilhamento de conhecimento e pelo uso dos dons a favor de quem precisar, por isso a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro agradece “a Deus por Manoel existir, por Cipriano ainda existir, por aqueles que já foram, mas que deixaram um pouco do seu conhecimento para nós.” (Agosto, 2014)

Considerando que não faz parte dos objetivos da tese analisar as motivações das trocas nos territórios quilombolas, prefiro pensá-las como expressão do movimento (de coisas e de seres vivos), ao qual o próprio Mauss (1974) inclusive refere como “coisas sociais em movimento”. (1974: p. 41) Para Tim Ingold (2013), “onde há vida, há movimento. Nem todos os movimentos, no entanto, sinalizam vida. O movimento da vida é especificamente tornar-se, ao contrário de estar, é de renovação ao longo de um caminho.” (2013: p. 18) O movimento de renovação, de “tornar-se” foi percebido no ambiente e nas relações, sendo exemplo emblemático a própria nomeação quilombola, a princípio imposta pelo Estado, foi ressignificada e apropriada para a coletivização da luta política.

Por fim a obrigação, principalmente a de receber e de fazer parte do movimento de trocas, conforme teorizada por Mauss (1974) pode ser afirmada nos CQ's se for considerada a essência da reciprocidade, alimentar laços e relações sociais. Nessa lógica, a obrigação, revestida de solidariedade que se materializa no ato de compartilhar bens materiais ou simbólicos, como o conhecimento, tem função importante também em se tratando da saúde, como será discutido no Capítulo seguinte.

### **3.5. Aspectos religiosos**

O cristianismo é a religião que se professa publicamente, tendo sido referido por interlocutoras a presença predominante de católicos e, em minoria, de

evangélicos. À exceção de Salvar e de Santa Luzia há uma igreja católica em cada comunidade; nas demais, além de igrejas católicas, há também as evangélicas.

Todas as comunidades têm seus santos e/ou santas padroeiras, ainda que não haja uma igreja construída, como em Santa Luzia, cuja padroeira empresta o nome à comunidade. Em Bairro Alto, diferentemente das demais, além da padroeira Nossa Senhora do Bom Remédio, São Pedro também é um santo venerado. (Acevedo Marin, 2005-b) Nossa Senhora da Conceição é a padroeira de Rosário, desde sua fundação em 1825, sendo celebrada no mês de junho desde então. Porém, apesar da tradição e da importância que tem as festividades religiosas, Guimarães e Sousa (2014) ressentem-se que a escola, funcione dissociada dos valores e expressões culturais vivas na comunidade. A escola, conforme as autoras, não reconhece as festividades como oportunidades de se trabalhar a história e a memória coletiva, e inclusive se valer destas para estimular a reafirmação das pertencas étnicas de seus alunos.

Em Pau Furado, conforme informado por uma interlocutora, as denominações não católicas, não vêm tendo êxito nas tentativas de instalação na comunidade, que não foram poucas. O observado é que moradores adeptos dessas denominações promovem cultos nas dependências das próprias casas, ou se responsabilizam pessoalmente por lugares alternativos que venham ser utilizados.

Nestas condições dois recintos vêm sendo utilizados para as orações de evangélicos e de simpatizantes. Um deles é a casa de farinha, onde congregam os membros e simpatizantes da Igreja Assembléia de Deus Fonte de Bênção e Salvação – fotografias 25 e 26. O outro é o ponto de pregação da Igreja do Evangelho Quadrangular – fotografia 31, situado próximo à casa do Sr. Raimundo Alcântara Carneiro, responsável pelo local e por realizar as atividades que o envolvem, como a organização do lugar, o convite a pessoas para os cultos, dentre outras.



**Foto 31 – Ponto de pregação da Igreja Evangelho Quadrangular em Pau Furado. 2015**

Em Pau Furado, Nossa Senhora da Batalha é a padroeira, referida como sendo a protetora das práticas agrícolas. Conforme a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, embora ela tenha crescido ouvindo histórias dos avós a respeito, ela não sabe definir os motivos que levaram à escolha da padroeira. Supõe que talvez tenha sido porque a imagem da santa foi a primeira a ser adquirida na comunidade.

O Círio de Nossa Senhora da Batalha é realizado no mês de agosto, coincidindo com a abertura de roçados. “Então tem uma ligação também [com as roças]. Não vai só o homem para roça, para começar. A mulher vai também, faz também. A mesma prática que o homem faz, a mulher faz. Cultua e participa da celebração”. (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014) Ela relembrou com saudades do tempo em que as ladainhas eram cantadas e rezadas por homens e mulheres, e resente que em tempos atuais, não seja mais como antes. “Hoje não vê mais. Só tem o respeito por Nossa Senhora da Batalha, como padroeira.” (Agosto/2014)

A nostalgia em relação àqueles momentos de manifestação de fé e devoção é vivenciada também por outro interlocutor, o Sr. Guilherme de Jesus Corrêa, de cuja casa se inicia a procissão em homenagem à padroeira. Além da saudade do Círio “de antes” e de todas as atividades que o envolvem, a Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Carneiro também manifestou tristeza em relação às condições de conservação da Igreja Católica – fotografia 32. Foi afirmado que a igreja precisava de reformas na estrutura física e no mobiliário, resumido em alguns poucos bancos de madeira e um pequeno altar,

arrumado com os paramentos e imagem somente nas ocasiões em que havia celebração.



**Foto 32 – Igreja Nossa Senhora da Batalha em Pau Furado. 2015**

Em Bacabal é também em agosto, na última semana, que se celebra a Festividade de São Raimundo, padroeiro da comunidade. A Festividade, um importante evento para as CQ's, vêm gradativamente alcançando importância e visibilidade no município, para além das CQ's. A igreja de São Raimundo – fotografia 33, é enfeitada com bandeiras e outros adornos para receber os fiéis e visitantes, provenientes das várias CQ's de Salvaterra, da Sede municipal e de outras localidades.



**Foto 33 – Vista externa da igreja de São Raimundo em Bacabal. Camila Sousa, 2014**

Realizadas em locais e horários distintos, a Festividade de São Raimundo integra práticas antigas, como as ladainhas e rezas pronunciadas em latim com festas de aparelhagem, jogos esportivos, apresentações artísticas de grupos quilombolas, brincadeira de bingos e comercialização de comidas e bebidas; e concurso de *Miss Quilombola* – fotografia 34. Ao lado da igreja está construído o salão comunitário e ambos os locais são enfeitados para os distintos fins.



**Foto 34 – Finalistas do concurso de Miss Quilombola. Camila Sousa, 2014**

A Festividade agrega também as comemorações dos(as) produtores(as) rurais de Bacabal, ou da Vila Bacabal, como também é referida. Como ilustrado na fotografia 35, trata-se de uma festa que envolve diversão e agradecimentos a São Raimundo pelas colheitas. Os agradecimentos são feitos por meio das rezas e ladainhas, na doação de brindes para os bingos, entre outras formas de participação. A Festividade se constitui também como oportunidade para o (re)encontro de parentes e amigos(as) que se divertem degustando comidas e bebidas típicas, como a maniçoba e a bebida denominada 'macaco', produzida localmente a partir da mandioca.



Foto 35 – Divulgação da Festa dos Produtores de Bacabal. Camila Sousa, 2014

Em nenhuma das comunidades foi referido haver templos de alguma religião de Matriz Africana. Apesar dos fatos que indicam rejeição a determinadas práticas terapêuticas locais e a seus praticantes, parece haver intolerância maior ainda com os denominados localmente por 'batuqueiros', supostamente adeptos da Umbanda. Contudo, se há rejeição por parte de alguns, há valorização por parte de outros(as), que buscam tratamento e apoio nas religiões de Matriz Africana, mas mantêm silenciamento e o constrangimento em expressar as práticas religiosas, devido a discriminações.

Apesar do expressivo número de pessoas que se declararam da cor parda e preta, conforme o IBGE, sugerindo uma identidade fenotípica africana, as formas de relação estabelecidas no ambiente e com os seres vivos, humanos e encantados, são atribuídas a culturas indígenas. O que parece, é que as identidades indígenas negadas no censo, se manifestam em certas práticas culturais. Todavia faltam subsídios, como também não é a intenção definir e classificar o que seriam traços e influências indígenas e africanas, a não ser que os próprios sujeitos em questão afirmem suas pertencas étnicas, como fizeram moradores da comunidade indígena/quilombola Gibrié de São Lourenço. Autodeclarados indígenas e quilombolas, eles aguardam

trâmite do processo para titulação do território, iniciado a partir de uma Ação Civil Pública, ajuizada pelo MPF contra o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). (MPF, 2016)

Outro fato observado diz respeito ao envolvimento de pessoas católicas, com práticas terapêuticas locais que, em outros tempos históricos foram altamente discriminadas e criminalizadas pela Igreja Católica. Porém, do envolvimento de pessoas católicas não se pode inferir que haja aceitação e respeito dos quadros hierárquicos dessa Instituição.<sup>38</sup>

### **3.6. Infraestrutura em educação formal**

A espacialização dos serviços públicos nas CQ's sugere uma alternância que talvez contribua para atenuar a ausência do Poder Público e mitigar insatisfações e conflitos. Por exemplo, onde há unidades de saúde, não há escola com séries mais avançadas e, vice-versa. Embora não exista unidade de saúde em Pau Furado, há uma Escola-polo denominada "Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental Benedito Tomás Carneiro" (EMEIF). A fotografia 36 exhibe o prédio antigo da escola, construída por iniciativa dos próprios moradores. Na fotografia 37 que exhibe o prédio novo, temos o Sr. Bruno José Chaves, um dos servidores da EMEIF. A fotografia permite verificar a extensão do terreno, que comporta em suas dependências um campo de futebol. A EMEIF, sob a direção da Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo Leal, filha da CQ de Bairro Alto, recebe alunos de várias CQ's e oferta turmas desde a alfabetização até o 9º ano, equivalente à antiga 8ª série do Ensino Fundamental II.

---

<sup>38</sup> Para ampliar a discussão, ver Rabelo (1994), Maués (2002, 2008) e Minayo (1994), entre outros.



Foto 36 – Prédio antigo da Escola. Mª José Carneiro. 2014



Foto 37 – Vista lateral do prédio novo da Escola-Polo. Mª José A. Carneiro, 2014.

Ainda em relação à alternância de serviços públicos, embora em Bairro Alto tenha unidade de saúde, falta escola que ofereça as séries do Ensino Fundamental II. Portanto crianças e jovens que cursam a partir do 6º ano (antiga 5ª. Série) precisam ir para Pau Furado, o mesmo acontece com os de Bacabal, Santa Luzia; discentes de Deus me Ajude, Rosário e Salvar também precisam se deslocar para outras comunidades, caso queiram seguir adiante nos estudos. A Prefeitura disponibiliza transporte intercomunidades para a locomoção dos discentes matriculados na Escola-

polo, estando o mesmo serviço disponível também aos jovens que cursam o Ensino Médio na Sede do município. O deslocamento para a Sede é feito pelos jovens de todas as comunidades que se encontrem cursando o Ensino Médio, modalidade não ofertada em nenhuma CQ.

As condições de transporte e do prédio onde funciona a Escola-polo em Pau Furado atualmente podem ser consideradas de muito boa qualidade, em comparação às de comunidades do município e de outras regiões, conforme atestam interlocutoras e outros moradores. A qualidade na estrutura, como foi informado, é fruto de negociações políticas entre gestores municipais e lideranças locais e materializa um dos compromissos assumidos junto aos CQ's. As promessas foram registradas em um Termo de Compromisso, assinado por candidatos à Prefeitura Municipal de Salvaterra, entre eles o que se elegeu para o quadriênio 2013-2016, o Sr. Valentim Lucas de Oliveira e foi reeleito para o quadriênio 2017-2020.

Em 2015, com assessoria da técnica agrícola do “PróJovem Campo: saberes da terra” foi iniciado o cultivo de uma horta nas dependências da própria Escola. Conforme informado pela Prof<sup>a</sup>. Maria do Carmo as atividades que envolveram o cultivo foram utilizadas de distintas formas pelos professores, que exploraram o potencial lúdico da horta. As fotografias 38 e 39, a seguir, embora tiradas em período posterior à colheita de cheiro-verde, chicória, tomate, entre outros podem ilustrar o que se afirma.



**Foto 38 – Sementeira feita por crianças do Ensino Fundamental I. 2016**



**Foto 39 – Canteiro com cultivos diversos. 2016**

Entretanto, apesar do esforço e empenho para equilibrar demandas e necessidades da comunidade escolar com as possibilidades da Administração Pública Municipal, os contrapesos da balança não têm favorecido os interesses de quilombolas. Há muito que ser melhorado no processo de ensino/aprendizagem, se for considerado que as classes do Ensino Fundamental I (pré-escolar até o 5º ano) são multisseriadas, sobrecarregando os docentes e subutilizando o tempo de permanência dos alunos. Classes multisseriadas estão presentes em todas as CQ's que têm escolas. Na escola em Rosário “o quadro negro é dividido em três partes, o que permite trabalhar conteúdos diferentes a cada série.” (Guimarães & Sousa, 2014: p. 350)

Por outro lado, alunos do Ensino Fundamental II (6º ao 9º ano) que estudam de forma intensiva e assim, em torno de quatro meses e meio, precisam aprender o conteúdo que, em condições normais, deve ser ministrado ao longo de um ano letivo. Portanto, o ônus da contenção (número reduzido de professores, espaço físico inadequado e recursos financeiros insuficientes, escassez de material didático, entre outros) recai sobre os alunos que tendem a acumular *déficit* na aprendizagem. Esses fatores acabam por reforçar as desigualdades que marcam negativamente os discentes, os colocando em situação desigual na disputa por vagas em universidades públicas, reiterando o ciclo da exclusão social.

A Escola em Pau Furado tem boa infraestrutura, mas insuficiente para as necessidades básicas de uma escola, como uma biblioteca, por exemplo. Se não há biblioteca nessa modalidade de escola, se pode concluir pelas realidades das demais. A escola em Pau Furado, ainda em processo de certificação como 'quilombola', talvez precise de algo mais para ser considerada uma escola 'quilombola'. Por ora, talvez seja uma escola dentro da CQ. Não há merenda escolar diferenciada e o que normalmente é servido aos alunos, costuma não agradá-los, pois destoa dos hábitos alimentares. Embora as frutas sazonais se mostrem abundantes, a exemplo da manga, bacaba, abacate, bacuri, cupuaçu, caju, abacaxi, entre outras, os sucos, quando servidos são sempre os industrializados. (Carneiro, 2014)

Há que ser reconhecido o empenho pessoal dos docentes, que mesmo com limitações materiais, usam de criatividade para inserir conteúdos importantes para a valorização e (re)afirmação da identidade negra dos alunos e para estimular a definição de metas futuras, como concluir um curso superior. Um exemplo é o Prof. Alan Júnior Figueiredo de Jesus, morador da CQ que trabalhou na Escola até 2015, quando passou a lecionar em outra modalidade de ensino, "PróJovem Campo: saberes da terra".

Considerado pelas crianças e jovens como herói vivo, por ter sido o primeiro e, por vários anos, o único a ter concluído um curso superior. Em 2015 a Sr<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro se tornou a primeira mulher da comunidade a concluir curso superior, portanto Pau Furado conta com dois profissionais com esse nível de escolaridade. Ambos são símbolos de perseverança pelas inúmeras dificuldades

enfrentadas na sua formação profissional. O Prof. Alan percorreu diariamente 16 kms de bicicleta, durante três anos, para cursar Biologia na Universidade do Estado do Pará (UEPA), na sede municipal; e a Sr<sup>a</sup>. Maria José ao longo de quatro anos precisou se afastar esporadicamente de seus familiares para cursar Etnodesenvolvimento em Altamira.

A permanência do Prof. Alan na escola surtia um efeito extremamente positivo nos alunos e demais moradores, na medida em que se reconhecem nele. Porém, as exceções costumam não ser suficientes para promover transformações tidas como necessárias na reparação dos danos como os que foram causados pelo Estado a coletivos negros. O mesmo se aplica à interrupção do círculo vicioso das opressões simbólicas promovidas e retroalimentadas no ambiente escolar, e que reiteram a baixa autoestima e a subalternidade de crianças e jovens negros.

Há uma insatisfação explícita quanto à pouca presença ou mesmo a ausência de professores quilombolas nas escolas. Algumas interlocutoras afirmaram que aceitavam a contratação de profissionais ‘de fora’, por compreenderem que antes não havia pessoas habilitadas para a docência. Situação que foi alterada, principalmente com a formação dos agentes em etnodesenvolvimento.

Além do Prof. Alan Júnior, só conheci outros dois professores oriundos de CQ’s e que lecionam na Escola em Pau Furado. A Prof<sup>a</sup>. Karen Silva Souza, descendente de pessoas de Salvar e esposa de um filho de Pau Furado, é graduanda em Pedagogia pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Antes de se mudar para Pau Furado Karen já trabalhava como professora na CQ Bacabal e, conforme interlocutoras, ela tem interesse e compromisso em desenvolver seu trabalho articulando as realidades da CQ aos conteúdos didáticos.

O Prof. Fernando Vaz, filho de Bairro Alto, é agente em etnodesenvolvimento formado pela UFPA e atua em perspectiva semelhante à da Prof<sup>a</sup>. Karen Silva Souza. Em algumas ocasiões pude observar que o Prof. Fernando Vaz, compartilhava com os discentes os aprendizados adquiridos no Curso de Etnodesenvolvimento, especialmente os adquiridos na atividade “Tempo Comunidade”, quando a comunidade é reconhecida como local privilegiado para replicação de teorias e, ao mesmo tempo, para o fomento de novos conhecimentos.

Em 2016 foi realizado concurso público para vários cargos municipais, inclusive para Técnico em Educação Quilombola. A criação desse cargo e a abertura de vagas resultam da articulação de lideranças locais e foi grande a expectativa sobre possível aprovação de candidatos quilombolas, o que não ocorreu. Soube por intermédio das interlocutoras que a maioria dos candidatos aprovados é natural de outros municípios do Pará. Alguns inclusive desistiram de tomar posse e outros, como aconteceu com docentes lotados na Escola em Pau Furado, iriam pedir exoneração. Mas houve ao menos uma exceção, pois uma das candidatas aprovadas para trabalhar com Educação Quilombola, a Prof<sup>a</sup>. Lívia de Azevedo, decidiu manter o vínculo e inclusive morar na comunidade.

A lógica da quantidade, em detrimento da qualidade, faz com que o número de crianças e/ou de famílias seja o principal critério para a implantação de escolas e postos de saúde nas comunidades. Por isso o Ensino Médio não é ofertado dentro das CQ's e o Fundamental II (6º ao 9º ano) ou Fundamental 'maior' como comumente se fala é concentrado em escolas-polo, o que obriga aos que querem continuar estudando o deslocamento todos os dias até a Sede do município ou para a comunidade onde o nível de ensino é disponibilizado.

Todas as escolas, exceto em Salvar, onde não há nenhuma, foram construídas com muita dificuldade, tendo sido as primeiras construções erguidas e custeadas pelos próprios moradores, inclusive o prédio antigo da escola em Pau Furado foi construído nessas condições. Em Rosário, o primeiro professor e seus discentes tinham a areia e gravetos como quadro, giz, cadernos e lápis. (Guimarães & Sousa, 2014)

Foi narrado pelo Sr. Guilherme de J. Corrêa que em Bairro Alto a primeira escola funcionava embaixo de uma mangueira, às margens do Rio Matopirituba. O professor Sr. Sebastião de Assis Gonçalves – (Prof. *Sabá*) – era morador da CQ Caldeirão, mas se dirigia todos os dias até Bairro Alto, para ensinar crianças e jovens, não só daquela comunidade, mas também de Santa Luzia, Pau Furado, além dos moradores das ilhas próximas. A iniciativa foi do morador Sr. Miguel Sarmiento que, posteriormente envolveu uma das filhas, a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento para ajudar nas atividades que, gradativamente atraía mais interessados. Quando havia alimento suficiente para todos os alunos, as aulas aconteciam em tempo integral;

quando não havia, as aulas se estendiam apenas até o meio dia. (Sr. Guilherme de Jesus Corrêa, agosto/2016)

As escolas instaladas em Bacabal e Santa Luzia foram reformadas recentemente, tendo sido utilizadas estratégias bem diferentes das que foram adotadas no passado. Em ambas a participação dos moradores foi decisiva, não porque tenham doado material de construção ou realizado mutirões. A participação ocorreu nos atos de denúncia e exigência de respeito e efetivação dos direitos Constitucionais.

Em Bacabal os pais e mães dos alunos fizeram um boicote e decidiram não mais enviar os filhos para a escola – fotografia 40, que segundo diziam, “estava caindo nas cabeças das crianças”. Ao perceber que o movimento era sério e que havia a adesão de toda a comunidade o prefeito resolveu assumir suas responsabilidades e providenciou a reforma da escola que está “novinha”, como dizem por lá e se vê na fotografia 41. Além da reforma, foi respeitado o desejo dos moradores em homenagear o primeiro professor da comunidade, emprestando seu nome à Escola.



Foto 40 – Prédio antigo da escola em Bacabal. Camila Sousa, 2014



Foto 41 – Vista lateral do prédio novo da escola em Bacabal. 2016

Em Santa Luzia a Sr<sup>a</sup>. Izabeli Leal, indignada com as condições físicas da escola na comunidade, decidiu postar algumas fotos da escola no *Facebook*, onde o prefeito municipal era um dos ‘amigos’ dela. Os demais amigos dela, de outros municípios paraenses e estados da Federação, nas palavras da Sr<sup>a</sup>. Izabeli:

esculhambaram com ele [o prefeito], mas ele ficou caladinho, não falou nada, mas leu tudinho. [Mas como você soube que ele leu?]. Porque ele bateu aqui em casa para tirar satisfação comigo. Perguntou por que eu tinha feito aquilo com ele e que eu devia ter falado direto com ele, que se ele soubesse, ele já tinha mandado ajeitar. Então eu falei com ele, que eu não tinha feito nada contra ele, que eu só tinha mostrado a realidade da minha comunidade. Disse que saber ele sabia sim. Ele tinha que saber já que ele era prefeito. (Maio/2015)

A Sr<sup>a</sup>. Izabeli Leal narrou que muitos de seus amigos ficaram preocupados quando souberam da ida do prefeito até à casa dela. A preocupação é que houvesse represálias, inclusive contra a sua irmã, que é servidora da Prefeitura. A Sr<sup>a</sup>. Izabeli afirmou que, em nenhum momento teve essa preocupação, pois, caso alguma represália fosse feita, ela repetiria a estratégia. Ela relatou ter aprendido muito no projeto *Ijé Ofè* e se alegrou pelas oportunidades de ter participação política dentro e fora da comunidade. “Antes eu era bem bobinha. Saía e nem abria a boca. Agora não, eu falo, brigo, corro atrás dos meus direitos.” (Maio/2015)

Na semana seguinte à ida do prefeito, foi iniciado o planejamento da reforma e em maio de 2015, quando foi tirada a fotografia 42, a obra estava prestes a ser concluída. Demonstrando satisfação com a reforma da escola e, de modo geral, por

mais uma melhoria realizada, a Sr<sup>a</sup>. Izabeli comentou bastante orgulhosa que além da reforma da escola, foi construído até um quarto para a professora, que teria onde se hospedar com privacidade, evitando os deslocamentos diários. Os deslocamentos, por serem muito cansativos e dispendiosos financeiramente, acabavam provocando evasão e rotatividade de professores, prejudicando os alunos.



**Foto 42 – Prédio novo da escola em Santa Luzia. 2015**

Em Deus me Ajude a escola – fotografia 43 – que não vê reforma faz muito tempo, conforme informou o jovem Jose Luís Souza de Souza, se mostra inadequada para a quantidade de alunos e para a realização de atividades didático-pedagógicas. O estilo de construção, que deixa metade das paredes abertas, se por um lado favorece a ventilação, por outro também favorece a entrada de muitos ruídos que desviam a atenção durante as aulas.



**Foto 43 – Prédio da escola em Deus me Ajude. 2015**

Outro problema citado foi a chuva, que quando é de ‘vento’ entra nas salas, molhando quem estiver dentro, seus pertences e todo o ambiente escolar de modo geral. Como se evidencia na fotografia 43, a cerca construída com madeira nova e velha é continuamente reformada pelos próprios moradores a fim de evitar a entrada de animais, como os búfalos, e que a escola seja danificada ainda mais. Solicitações para a reforma da escola foram feitas junto à Prefeitura, mas ainda sem atendimento. Talvez o prefeito esteja aguardando a solicitação via *Facebook*. Sobre a situação da educação formal em Salvar é a Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos quem vai nos contar.

A escola é em Mangueiras, para Educação Infantil e o Ensino Fundamental, só que as crianças têm que andar uma hora e vinte minutos a pé nesse percurso aqui [caminho aberto pelos próprios pés, no ir e vir] até chegar lá. Uma hora e vinte minutos para ir e 1h e 20 minutos para voltar. Só a Educação Infantil [crianças desse nível de ensino] no período do inverno é que não vai, porque não tem como ir. Infelizmente não tem... Mas os do Ensino Fundamental vão. Tem de ir, porque são os mais graúdos. Vai caminhando... [E do Ensino Médio, tem alguém daqui fazendo Ensino Médio?] Infelizmente a gente tá parado, porque o Ensino Médio está sumido de Mangueiras, que era o SOME [Sistema de Organização Modular de Ensino]. Eu sou uma desse SOME, tem o filho dela [da irmã], e mais outro. São três alunos daqui. Mas como o SOME sumiu... Só de Mangueiras tem quatro turmas paradas. Então, terminou o Ensino Fundamental, pára, porque só dá para continuar aqueles que têm condições de levar para Salvaterra. São várias famílias que estão com os filhos para lá [Salvaterra], mas a maioria pára. A maioria pára. (Maio/2015)

A narrativa acima, além de outras aqui trazidas, indicam não só semelhanças, mas também variedades de situações entre as CQ's, ainda que em serviços sociais básicos, como a educação formal. Mesmo reconhecendo os direitos que têm, a Sr<sup>a</sup>.

Cristiane Ramos demonstrou que aceitaria uma solução, ainda que paliativa, desde que as crianças fossem poupadas das longas caminhadas e tivessem alguma aprendizagem formal. Após explicar dois dos motivos que levaram à evasão dos moradores de Salvar – a má qualidade da água no verão e a falta de energia elétrica – concluiu indicando o terceiro motivo:

tirando disso é só o colégio mesmo, que essas crianças não vão andar. Aliás, eu nem digo que seja um colégio, mas uma sala de aula já estava bom. Ou então uma pista [estrada], que passasse um transporte para vir buscar os alunos. (Maio/2015)

Os vínculos afetivos e as relações parentais, de vizinhança, compadrio espelham o estilo da vida comunitária, fazendo com que as crianças sejam de responsabilidade de toda a comunidade. De um jeito ou de outro todos ‘reparam’ as crianças da comunidade. Mesmo assim, em algumas CQ’s tem havido o entendimento de que o tempo livre das crianças fora da idade escolar deva ser preenchido com atividades lúdicas desenvolvidas coletivamente. Por essa razão, e também pela demanda dos pais que têm crianças com esse perfil, duas brinquedotecas foram organizadas, uma em Deus me Ajude e outra em Salvar. Porém em Salvar, além desses motivos, somam-se as dificuldades de deslocamento no inverno, fazendo com que crianças em idade escolar, se ausentem da escola onde estudam, que funciona em Mangueiras, comunidade vizinha.

As brinquedotecas, que em parte se assemelham a creches, vêm funcionando pelo empenho dos próprios moradores e, acima de tudo, de seus fundadores, respectivamente, José Luís S. de Souza e da Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, que atuam de forma voluntária. Embora a construção e manutenção de creches seja um dever do Estado, a merenda escolar e alguns livros tem sido a única contrapartida da Prefeitura. As narrativas que serão apresentadas no tópico seguinte permitem avaliar o grau de comprometimento do Poder Público com as CQ’s e ilustram o nível das parcerias estabelecidas com as CQ’s.

### **3.7. Parcerias com o Poder Público**

As observações feitas ao longo de aproximadamente três anos me permitem concluir que a reprodução física e sociocultural entre os CQ’s ocorre única e exclusivamente pela agência de seus moradores que, cotidianamente, (re)inventam a

própria existência. Não há projetos de parceria desenvolvidos nas comunidades, embora no passado iniciativas foram feitas pelo Museu Emílio Goeldi, para o cultivo de um horto de plantas medicinais em Deus me Ajude; e pela Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater) para o cultivo de hortas caseiras e criação de frangos em Pau Furado e Bacabal.

O horto, conforme narrou José Luís Souza de Souza foi bem aceito, inclusive no princípio os moradores se mobilizavam para realizar os cuidados necessários. Com o passar do tempo e, enquanto durou, o horto foi notícia e, como identificado por Piani (2007), moradores de Mangueiras disseram ter ganhado mudas e tinham o horto, como uma boa iniciativa. Entretanto, aos poucos o horto foi sendo destruído, principalmente pela ação dos animais que, criados soltos, tanto destruíam as cercas, quanto comiam as plantas.

Embora as cercas fossem refeitas com freqüência, foram acumulando buracos e, por fim o horto ficou entregue aos animais. Mesmo compreendendo as razões expostas por José Luís S. de Souza fiquei intrigada com o fato, pois se o horto fosse de fato importante, talvez tivesse havido mais persistência nos cuidados para a sua manutenção. Soube que o horto foi iniciativa de pesquisadores do Museu Emílio Goeldi e não, necessariamente, uma demanda da comunidade, inclusive alguns diálogos e observações feitos não só em Deus me Ajude, mas também nas demais CQ's levam à suposição que a centralização do cultivo de plantas terapêuticas não faz parte dos hábitos locais.

É possível avistar plantas nos quintais ou nas frentes da maioria das casas, indicando o gosto pelo cultivo. Há as árvores de grande porte que se encontram nas matas e as plantas menores que só crescem e se desenvolvem em ambientes específicos. Há, ainda, as que não podem ser expostas a quaisquer olhos, como foi narrado por algumas interlocutoras.

Sobre o plantio de hortas caseiras, que foi uma atividade, iniciada a pedido de moradores em 2012, os técnicos da Emater chegaram a realizar reuniões e orientaram os moradores a escolher o local para o cultivo da horta, com a promessa que retornariam em breve para dar continuidade aos trabalhos. Os moradores interessados chegaram a receber um motor como parte do projeto, e uma caixa

d'água, que inclusive pode ser vista em algumas das fotografias expostas neste trabalho. Porém, a assistência técnica nunca foi prestada, até porque os técnicos nunca mais retornaram à comunidade. Dialogando com a Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Carneiro, sobre quais seriam, na opinião dela, as responsabilidades da Prefeitura nos cuidados em saúde, ela prontamente respondeu:

a responsabilidade da Prefeitura, aqui para a gente era um posto médico, um enfermeiro que aqui não tem. E também na parte da alimentação, que eu acho que a Prefeitura também podia ajudar a gente com uma alimentação mais saudável para ajudar a preservar a saúde da gente. [Em que a Prefeitura poderia ajudar com a alimentação?] Ajudar a gente numa horta, a fazer uma horta. A Prefeitura tem vários meios de ajudar a gente para arar a terra. Porque para cá é melhor arando a terra, para fazer. Mas como não tem a máquina, eu acho que era o negócio de arar a terra e a gente aqui vai fazer a nossa parte para plantar, para cultivar. Eu acho assim. Aqui a gente tinha um projeto. Uma horta, por conta da Emater. Era horta e criação de frango. Trouxeram o material, e já tem uma caixa d'água ali. O resto do material está ali né, negócio de tela que era para testar. Plástico para cobrir, essas coisas... Mas até hoje, aí parou. Aí limpamos o lugar, que eles vinham, mas nada... Não. Não voltaram mais. Aí ficou o projeto aí parado. Um dia desses eu recebi o material, mas não voltaram. Eu tenho bomba para puxar água, tudo tem aí. Tenho tela que era para cercar, a gente limpou o lugar. Porque eles têm mais facilidades do que a gente, eles têm o conhecimento. A gente plantou e está acostumado a plantar roça, mas negócio de horta, não. Aí... Está aí o material todo. Aí melhora tanto para a gente quanto para outras pessoas. (Agosto/2014)

A narrativa da Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia demonstra uma visão ampliada sobre saúde, que envolve infraestrutura, profissionais e responsabilidades compartilhadas, no caso, entre a Prefeitura e a população. A alimentação, muito mencionada em vários diálogos com outros moradores, poderia ser melhorada por meio do cultivo de hortas e criação de animais domésticos. A distribuição de cestas básicas é uma ação planejada e realizada no âmbito do PBQ em várias CQ's do país. Apesar de necessária para a solução de carências imediatas, a distribuição de cestas básicas, marcada por descontinuidades e sem atender ao universo de CQ's, pode ser considerada como ação paliativa. A Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia propôs uma ação permanente para melhorar a qualidade da alimentação em algumas CQ's, o plantio de uma horta e a criação de frango, e nisto consiste a relevância da proposta.

A narrativa indica que a descontinuidade dos projetos (horticultura e criação de frango) não foi por falta de material ou de adesão da comunidade, tanto é que equipamentos como bomba elétrica, materiais como caixa d'água e tela foram entregues a moradores. Faltou a assistência técnica. Como discutido no Capítulo 2, a

disponibilidade orçamentária nem sempre resulta na realização de obras e serviços em CQ's.

Outra ação necessária, perfeitamente realizável seria arar a terra, pois a Prefeitura tem a máquina. Por isso é que foi afirmado pela Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia que “eles têm mais facilidades do que a gente”. As facilidades são provenientes da posse de máquinas, equipamentos e conhecimento, que são bens públicos. “[Eles] têm o conhecimento.” Porém, ao mesmo tempo em que atesta o conhecimento de técnicos da Prefeitura, a Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia valida os conhecimentos da própria comunidade, reconhecidos como sendo apenas diferentes. “A gente plantou e está acostumado a plantar roça, mas negócio de horta, não.”

Um terceiro exemplo emblemático dos tipos de ‘parcerias’ firmadas entre o Poder Público, não só em âmbito municipal, mas também no estadual diz respeito à Salvar. Então leiamos a narrativa.

O município foi se desenvolvendo e a gente foi ficando para tras, para tras. E até hoje a gente ainda está por aqui. Pacato. Ainda sem nada ainda, esperando que venha alguma coisa. E lutando para que venha, para fazer alguma coisa. Para ter algum resultado. Esse projeto dessa brinquedoteca, ele surgiu com uma visita da SEAS, que é a Secretaria de Assistência Social do Estado. Ela [técnica da SEAS] veio aqui e ficou muito sensibilizada com a situação das crianças e dos alunos que estão fora de aula. Aí ela pediu para que eu montasse uma brinquedoteca. Que fizesse alguma coisa. Ela disse: “te lembra, faz alguma coisa. Eu vou trazer uns brinquedos para ti, tu montas uma brinquedoteca. Faz ofício para todas as Secretarias, para o prefeito, para tudo que tu puderes e chama para que eles venham ver a realidade da comunidade. Chama esse povo, já que não chega aqui, tu tens que chamar”. E assim eu fiz. Montei. Marquei o dia. Fiz os ofícios, enviei a todas as secretarias e tivemos várias presenças de autoridades aqui no dia da inauguração. E esse ano já tá com o segundo ano dela. A gente tem apoio da Secretaria de Educação, que eles entram com a parte da merenda, com livros didáticos para mim. Só que o objetivo é a construção de uma sala de aula. Isso a gente ainda não conseguiu, mas tem esperança de conseguir. [E eles te pagam um salário?] Não. Sou voluntária. São trinta e três crianças; trinta e três crianças; entre crianças e adolescentes de 02 anos a 14 anos. Ela é uma sala multisseriada... (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

A narrativa revela a transferência de responsabilidade da representante da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS) ao afirmar que seria da Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos a responsabilidade para resolver problemas originados pela ausência do Estado, no qual a SEAS está incluída. A transferência é absurda porque a SEAS, vinculada ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), é o Órgão responsável por planejar, coordenar, executar ou criar mecanismos para que

sejam executadas por terceiros, as ações destinadas à proteção social de indivíduos e coletivos que se encontrem em situações de vulnerabilidade.

A expressão “te acorda” não foi proferida no intuito de estimular a exigência de direitos, mas para o preenchimento de lacunas institucionais. Mesmo assim, a Sr<sup>a</sup>. Cristiane organizou a brinquedoteca como pôde, elaborou ofícios e, como explicou, recebeu a visita de várias autoridades para a inauguração as quais, segundo ela, estiveram na comunidade pela primeira vez, inclusive o prefeito. Na ocasião da inauguração da brinquedoteca foi realizado um mutirão com ações de saúde, primeiro e único até aquela data. Inclusive foi a primeira vez que um profissional da medicina esteve na comunidade desde a sua fundação, como dito, há aproximadamente 300 anos.

As razões que levaram à organização de uma brinquedoteca em Salvar não foram, necessariamente, as mesmas que em Deus me Ajude. Em Salvar houve a necessidade de incluir crianças e jovens em idade escolar, pelas dificuldades de deslocamento até Mangueiras. A brinquedoteca funciona nas dependências da casa da Sr<sup>a</sup>. Cristiane que assume voluntariamente todas as atividades que envolvem a atividade. Perguntada se, em alguma circunstância a comunidade teria recebido apoio de alguma universidade, a resposta foi negativa. Ao contrário, ela relatou que foram muitos os estudos e pesquisas realizados sobre a comunidade, mas sem nenhum retorno. A única exceção é um casal de irmãos, discentes da UFPA em Soure, que após realizarem pesquisa na comunidade, comprometeram-se com a comunidade e desenvolvem atividades junto às crianças.

Lideranças quilombolas de Salvaterra acumulam experiências de conflitos, confrontos e resistências vivenciadas no âmbito do Poder Público local. Exatamente por isso, também acumulam experiências que expressam o respeito alcançado por anos de ativismo e reconhecimento da força política que tem na região, como demonstra a participação em instâncias representativas, em reuniões e eventos deliberativos, entre outros. Segundo algumas lideranças, há uma boa relação com o prefeito e seu Secretariado e, embora tímidas, melhorias vêm sendo feitas. No entanto, as melhorias e a boa relação não são consensuais entre interlocutoras, havendo muitas divergências a esse respeito. A maioria das interlocutoras não

concorda que haja reconhecimento por parte dos gestores locais e, muito menos, respeito e consideração das demandas dos CQ's. Talvez a percepção diferenciada se justifique pelos distintos níveis de inserção dos quilombolas nos espaços políticos locais. Pelo que foi exposto nos tópicos anteriores, retratando a ausência do Poder Público nas CQ's, talvez o Termo de Compromisso assinado e registrado em Cartório tenha um efeito puramente formal, como são muitas leis no país.

### **3.8. Atividades de lazer**

Os banhos em rios e igarapés, as brincadeiras com animais de estimação, o subir e descer das árvores (no caso das crianças). Subir em árvores para colher algum fruto ou apenas para dialogar com amigos é uma brincadeira comum. Crianças e jovens raramente são vistos com celulares e outros aparelhos eletro/eletrônicos. As formas de diversão valorizam as atividades coletivas e o contato direto com a natureza. Ao perguntar a algumas crianças as preferências de brincadeiras, recebi duas respostas: 'macaca' e 'amarelinha'. A princípio compreendi como sendo dois jogos diferentes, mas posteriormente soube tratar-se de um só jogo. As crianças que responderam 'amarelinha' o fizeram, segundo elas para que eu compreendesse, portanto como tradução do nome local.

O futebol cumpre funções importantes na sociabilidade intra e intercomunidades sendo, talvez, a principal atividade de lazer para os jovens e adultos de ambos os sexos, inclusive tanto campos de futebol, quanto os times foram considerados como 'patrimônios'. Os torneios de futebol ou a simples 'pelada' no final do dia são formas de lazer, bastante comuns nas comunidades. A importância e gosto pelo futebol são verificados na frequência com que se joga futebol e na quantidade de campos existentes em algumas comunidades, por exemplo, três em Deus me Ajude e em Pau Furado; e na quantidade de times, que em Santa Luzia somam quatro. Ainda que com diferentes localizações (em áreas centrais ou marginais das CQ's) e diferentes tamanhos os campos de futebol são encontrados em todas as CQ's, exceto em Salvar.

Festas com aparelhagem também foram referidas como atividades de lazer, porém mais apreciadas por moradores jovens. O barulho intenso e por vezes o consumo de álcool, acima da quantidade considerada localmente como normal, foram

mencionados como sendo um problema. Episódios de violência física acontecidos em festas em CQ's foram relacionados ao consumo de álcool e ao som das aparelhagens, cuja potência atrai pessoas estranhas ao convívio dos quilombolas. Segundo interlocutoras isso por vezes gera estranhamentos entre os participantes. Durante a festa de São Raimundo foi possível observar a preocupação com os mais jovens, principalmente quanto ao uso de álcool e a permanência no 'arraial' sem a companhia de seus responsáveis. O motivo da preocupação seria o Conselho Tutelar que estendeu às CQ's as mesmas regras vigentes nas áreas mais urbanizadas do município.

Embora com ocorrência recente, o primeiro *rally* ou 'circuito *bike*' (bicicleta) foi bastante esperado por alguns moradores jovens, principalmente de Bairro Alto, onde foi realizado. Soube que entre os participantes, apenas um era quilombola. Apesar de ser minoria ele teria a seu favor torcida garantida e a familiaridade com o trajeto. A atividade, no entanto, pareceu não ser vista com bons olhos por alguns moradores adultos, segundo os quais, o *rally* arruinaria caminhos e passagens. A placa, ilustrada pela fotografia 44, ao mesmo tempo em que faz a divulgação do evento, também sinaliza aos participantes que no local onde se encontra afixada, uma das casas de farinha de Bairro Alto, será um 'ponto de apoio' do circuito.



Foto 44 – Divulgação do circuito bike em Bairro Alto. 2016

Em Pau Furado os jogos de tabuleiro e baralho também são muito apreciados por jovens e adultos, que se reúnem aos finais de tarde para brincar embaixo de árvores nos quintais. Trabalhos manuais e o cultivo de plantas também foram observados e referidos por interlocutoras como atividades de lazer. Contudo, nem

todos os moradores se identificam com as opções encontradas na comunidade, como a Sr<sup>a</sup>. Maria Odineia Carneiro, cuja narrativa a respeito pode ser lida no próximo Capítulo.

### **3.9. Organização política**

Atendendo a um dos critérios estipulados no Decreto N<sup>o</sup> 4887/2003 todas as CQ's, que pretendam ser certificadas como tal, devem criar sua própria associação de moradores. (Brasil, 2003) Esta imposição alterou a dinâmica de organização e de tomada de decisão que vigorava em muitas comunidades, onde os mais vividos ou os 'velhos' respondiam por questões gerais, além de solucionar conflitos pontuais. A nova forma de organização instituiu mais um tipo de autoridade. Além da tradicional, definida principalmente pela idade, foi instituída outra autoridade, eleita com base em critérios diversos e com atuação política em espaços de articulação e instâncias de poder fora da comunidade.

As associações acabaram por criar um lugar de participação coletiva, distinto da casa ou das dependências dos 'mais velhos'. Porém, isso não significa que as autoridades tradicionais não continuem exercendo seu poder junto ao grupo, inclusive sem participar de reuniões e encontros, quando acontecem. Em 2014, pude presenciar em Pau Furado uma mobilização dos moradores para deliberar sobre proposta de parceria para o cultivo de batatas, feita por um fazendeiro cujas terras fazem divisa com as de Pau Furado.

A proposta, que seduziu a alguns moradores e indignou a outros, não envolvia apenas o uso de terras da comunidade, mas do território com todos os bens, dos conhecimentos e experiências dos moradores, reduzidos em mão-de-obra; e ainda dos nomes dos moradores, pois a parceria envolvia a constituição de uma cooperativa. A contrapartida seria o adiantamento de recursos financeiros necessários para o custeio do cultivo, empréstimo de máquinas e ferramentas. Os recursos financeiros seriam, de fato, obtidos por empréstimo em uma instituição financeira em nome da suposta cooperativa que seria criada.

Foi realizada uma reunião deliberativa que contou com a presença da maioria dos moradores e duas questões ficaram evidentes. A primeira diz respeito ao uso comum do território que, ao mesmo tempo em que dá coesão ao grupo, também pode ser a causa de conflitos internos e de fissuras internas. Embora Barth (2000) afirme que não é a ocupação de um mesmo território que define as pertencas étnicas, na experiência observada em campo, pareceu que o território se constitui em uma das principais, senão a principal razão de conflitos tanto nas relações estabelecidas entre os 'de dentro', quanto na relação destes com os 'de fora'. A segunda questão foi a reafirmação da força política da autoridade tradicional, à época exercida pela Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro que, mesmo ausente na reunião, teve seus argumentos discutidos e aceitos, o que culminou na recusa da proposta.

Há em todas as comunidades um local de referência da associação, denominado por Sede, Centro Comunitário ou por Barracão, tanto pode ser nas dependências da casa de um morador, como ocorre em Salvar, quanto um local específico, como é nas demais CQ's. Esses locais costumam sediar reuniões de lideranças, festejos, eventos intercomunitários, atividades lúdicas com jovens e crianças – como acontece em Deus me Ajude e Salvar, e se constituem em mais uma opção de lazer e uso comum. Foi no Centro Comunitário de Pau Furado – fotografia 45 – que aconteceu o Encontro de Lideranças, sobre o qual comentei e onde realizei, por exemplo, uma roda de conversas com crianças e jovens em março de 2015.



**Foto 45 – Sede do Centro Comunitário de Pau Furado. Sr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> José A. Carneiro, 2014**

Outra forma de organização observada foram os grupos de mulheres e de jovens. As mulheres quilombolas de Salvaterra tiveram e têm papel importante na mobilização política dos CQ's do Pará. Foram elas com o apoio do CEDENPA, que criaram o Encontro de Mulheres Negras Quilombolas. O Encontro, em sua 8ª versão, está consolidado como o maior evento de mobilização e articulação política de mulheres quilombolas no Pará. Os três primeiros Encontros, realizados nas CQ's Bacabal em 2002; Deus me Ajude em 2003; e Mangueiras em 2004. (Malungu, s/d) tiveram um caráter local, com número de participantes reduzido. E, a princípio não se imaginava que os encontros alcançariam a dimensão que têm nos dias atuais.

Porém, gradativamente mulheres das outras comunidades passaram a reivindicar vagas para participação e se espelharam na forma de mobilização, passando a se organizarem em grupos internos e a pautar discussões relacionadas a relações de gênero e direitos sociais. A partir do V Encontro a Malungu tornou-se a responsável pela realização do evento, mas continua contando com o apoio do CEDENPA, que participa do processo de organização e realização, porém como entidade colaboradora.

O resultado que se tem hoje é a consolidação do evento, que entre os dias 16 a 19 de setembro de 2016 na CQ Porto Alegre no município de Cametá reuniu 200 mulheres quilombolas vindas de todas as regiões do Pará. Apesar das peculiaridades circunscritas às relações de gênero, o teor dos debates indicou que a luta política das mulheres quilombolas é exatamente a mesma do movimento quilombola em geral, cujas lideranças são em sua maioria homens. Ao que pareceu, a clivagem de gênero está em segundo plano diante da luta pelo direito à terra e aos direitos territoriais para todas e todos.

### **3.9.1. Juventude negra *Abayomi*: um encontro precioso**

O *Abayomi* é um grupo que reúne jovens de todas as CQ's de Salvaterra e tem contribuição importante no ativismo político, embora seja um grupo relativamente novo. Ao nome *Abayomi*, conhecido como sendo do idioma iorubá, são atribuídos os seguintes significados: 'encontro feliz', 'encontro precioso', 'o que traz alegria e felicidade', 'meu presente', entre outros. O nome foi escolhido pelos fundadores do

Grupo no ato de sua criação em memória dos (re)encontros de crianças e mães escravizadas.

O Grupo foi criado oficialmente em reunião realizada em Deus me Ajude, no dia 28 de abril de 2013 e teve como principais apoiadores a Sr<sup>a</sup>. Luzia Bethânia Alcântara e o Sr. Raimundo Hilário Moraes, que seguem apoiando o *Abayomi*. Aos dois somaram-se outros apoiadores que, direta ou indiretamente, vêm contribuindo para o fortalecimento do Grupo.

O *Abayomi* se constitui em espaço político estratégico para a formação política de jovens quilombolas, na medida em que é composto e coordenado pelos próprios jovens, que são assessorados por lideranças mais experientes, entre outros, o Sr. Haroldo Júnior da Conceição e a Sra. Izabeli Leal, uma das fundadoras e a primeira coordenadora do Grupo. Atuando como agentes políticos eles contribuem para multiplicar informações e estimular a realização de atividades inter e intracomunitária. Outro aspecto a destacar são as relações de parceria estabelecidas com lideranças de coletivos consolidados, como a Malungu, o CEDENPA e as associações de CQ's locais, que lhes oferece retaguarda.

Desde o primeiro encontro do Grupo vem sendo pautados temas como identidade, racismo, preconceito, discriminação, violências contra jovens negros, temas que são definidos pelos participantes ao final de cada encontro. A mesma dinâmica participativa é utilizada para a escolha do local que sediará o encontro seguinte; ou para outras ações que envolvam o coletivo, a exemplo da escolha da logomarca da camisa do Grupo, realizada em uma reunião/piquenique às margens do igarapé do 'Mundinho' – fotografia 46. Por meio do lazer e da arte as reflexões e debates importantes são realizados. A experiência iniciada em Salvaterra tem inspirado jovens de comunidades situadas em outros municípios e, a cada encontro aumentam as solicitações para participação, demonstrando que os jovens quilombolas, a exemplo das mulheres, também vem contribuindo para o fortalecimento do movimento quilombola local e estadual.



Foto 46 – Escolha da logomarca da camisa do *Abayomi*. 2015

A (re)afirmação de uma identidade quilombola, um dos objetivos do Grupo, se mostra sintonizada com os princípios da Antropologia, pelos quais se deve respeitar as diferentes justificativas para o sentimento das pertencas étnicas, sendo a auto-atribuição o valor principal. Portanto, como afirmaram participantes do IV Encontro do *Abayomi* a cor pode ser um traço identificador do ser quilombola, mas não é o único e nem o principal, pois é necessário ter orgulho da ancestralidade, valorizar a cultura e lutar por direitos coletivos, entre outros. (Neno Cavalcante, 2015)

Em 2016 mais um passo importante foi dado para a consolidação da organização e mobilização social nos CQ's. O Grupo *Abayomi* realizou na CQ de Boa Vista o V Encontro de Juventude Negra Quilombola de Salvaterra e o I Encontro de Juventude Negra Quilombola do Pará, reunindo jovens das várias regiões do estado e dando ao evento um caráter estadual e não apenas municipal – fotografia 47.



**Foto 47 – Roda de conversa sobre conjuntura política. 2016 (autor não identificado)**

Os Encontros contaram também com a participação de uma jovem, representante da Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas (CONAQ), que se deslocou de Alagoas para prestigiar o Evento. Os Encontros em 2016 enfatizaram os temas “identidade e Discriminação” propiciaram a discussão de temas tais como identidade, educação, conjuntura política e genocídio do povo negro, debatidos e compartilhados por um público diversificado: jovens representantes de todas as CQ’s de Salvaterra; representantes regionais de CQ’s; integrantes do próprio *Abayomi*, da Malungu, do CEDENPA, do governo do estado do Pará (Casa Civil e Polícia Militar), a vice-presidenta da ABA, discentes e docentes da UFPA.

Não tive conhecimento da existência de alguma organização formal em Salvaterra que agregue lideranças quilombolas, como há em outras localidades do estado, a exemplo da Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOGS) e da Associação das Comunidades Remanescentes de Quilombos do Município de Oriximiná (ARQMO). Exceto o Encontro de Lideranças Quilombolas, articulado e realizado pela Malungu em 2014, até onde soube, nenhum outro foi realizado.

Entretanto, a falta de uma estrutura física específica ou de uma organização formal não significa ausência de ações de enfrentamento e de articulação. Por exemplo, em Salvaterra, representantes da Malungu aprovaram na Câmara Municipal uma disciplina tratando sobre relações raciais e educação quilombola com obrigatoriedade para todo o Ensino Fundamental e Médio. Em outra ocasião

lideranças locais fizeram frente ao prefeito e ao governador do estado diante da intenção de construção de um presídio dentro do território quilombola de Caldeirão. Ações de enfrentamento e de articulação são cada vez mais necessárias diante das ciladas institucionais e ausências do Estado como vem sendo demonstrado.

### **3.10. Riquezas locais: pessoas, conhecimentos, lugares e práticas**

Desde os primeiros contatos feitos nas CQ's procurei ficar atenta às ênfases dadas a algumas pessoas, por serem as mais idosas, ou por desenvolver práticas terapêuticas, ou possuir habilidades artísticas ou técnicas. Fui levada a vários lugares e informada sobre práticas religiosas, a exemplo dos círios, que despertam sentimentos de orgulho, desejo de valorização e salvaguarda. Embora o termo 'patrimônio' não fosse literalmente pronunciado pelas interlocutoras, mas sim 'as nossas riquezas', fui compreendendo que tais riquezas equivalem a um dos significados atribuídos pela Antropologia à categoria patrimônio.

Ao mesmo tempo universal e polissêmica, a categoria deve ser qualificada "em termos culturais e históricos." (Gonçalves, 2007: p. 241) Patrimônio "remete à memória social através da qual se constroem e se reconstroem as identidades de grupos, sociedades, nações e de povos." (Beltrão & Caroso, 2007: p. 45) Pensado "como um processo presente, incessante, imponderável e interminável de reconstrução", (Gonçalves, 2012: p. 70) o patrimônio ou os patrimônios abarcam as lutas políticas e as conquistas materiais, como a implantação de séries iniciais nas escolas das comunidades, o acesso à energia elétrica, ou o domínio de técnicas para confecção de "perecatás" (chinelos); entre outras formas de expressão, como demonstrado neste tópico.

Em Rosário, mas podendo ser representativo dos demais CQ's os sentimentos de orgulho se voltam às "festividades [religiosas], as celebrações de ladainhas e terços, os curandeiros, as histórias, o fabrico de artesanatos como paneiros, remo e canoa." (Guimarães e Sousa, 2014: p. 353) Em outras palavras Izabeli Leal (2012) também se orgulhando dos 'patrimônios' encontrados em sua comunidade, assim se expressa:

[há] um campo de futebol, uma escola do Alfa até a quarta série do fundamental, uma sede do time beira-rio, quatro times de futebol, sendo três masculinos e um feminino, um pajé, um cantor e um compositor de carimbó, um artesão, um barracão dos

quilombolas, energia elétrica, e um abastecimento de água encanada, uma associação remanescente de quilombo com processo no RTID.

Como se observa, o campo de futebol também é motivo de orgulho, igualmente os times de futebol, com o destaque para o formado por mulheres. A adesão das mulheres ao futebol foi justificada pelo gosto do esporte, pela diversão, mas também como forma de reivindicar igualdade de gênero. Assunto que carece e merece ser objeto de reflexão no futuro.

Durante os trabalhos de campo, na medida em que era levada a determinados lugares ou que alguma interlocutora me mostrava uma planta em específico, ou um objeto, fui compreendendo que os 'patrimônios' também se configuram pelas matas, atalhos, trilhas, rios e igarapés, árvores centenárias, entre outros, e por material arqueológico. Sobre esse material, a Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso relatou que parece brotar da terra enorme quantidade de artefatos, supostamente de povos indígenas que habitavam a região antes da invasão europeia. Sem receber atenção diferenciada, o material era referido e tratado como sendo apenas "caquinhos". No entanto, tão logo a interlocutora ingressou no Curso de Etnodesenvolvimento, ressignificou o material que passou a ser visto e tratado como artefato. Em Pau Furado também são vistos artefatos em superfície, como o encontrado na lateral da casa da Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro – fotografia 48.



Foto 48 – Artefato encontrado em Pau Furado. 2015

Os igarapés, sobre os quais há tantas histórias de encantamento e interditos, são também valorizados como locais de lazer para alguns e de trabalho para outros. Em Pau Furado, um trecho do igarapé da Passagem é muito freqüentado por visitantes durante o inverno, quando as águas sobem. No local, referido como ‘Balneário do Alúcio’ – fotografia 49, são comercializados alimentos e bebidas, gerando renda para a família responsável pelo empreendimento, mas também se constituindo em opção de lazer para os próprios moradores.



**Foto 49 – ‘Balneário do Alúcio’. Camila Sousa, 2014**

Além do 'Balneário do Alúcio', há outros igarapés, como também há portos que enchem de orgulho os moradores, entre eles o porto Cabeceira, o mais antigo – fotografia 50.



**Foto 50 – Porto Cabeceira. Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, 2016**

Fui levada a conhecer casas de farinha, igrejas, roças e também o Cemitério Santa Rosa – fotografia 51, situado em Pau Furado. O Cemitério foi no passado, e continua sendo utilizado por moradores das CQ's, além de Pau Furado, Bacabal, Bairro Alto, Santa Luzia, São Benedito da Ponta. É nesse cemitério onde se encontram os restos mortais dos antepassados da maioria das interlocutoras e onde ocorreu o sepultamento da Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro no dia 28 de setembro de 2015.



**Foto 51 – Cemitério Santa Rosa em Pau Furado. 2016**

As referências temporais da construção do cemitério se baseiam nas lembranças de sepultamento dos falecidos. Daí se supõe ter sido construído aproximadamente há mais de um século. Construído, mantido e zelado pelos próprios moradores e, mesmo sendo de utilidade pública, a única participação do Poder Público foi a construção de meio muro, que outorgou ao prefeito que o construiu, o direito de pendurar uma placa para registrar o feito.

Além de edificações, como um prédio escolar e um barracão para multiuso, também são considerados ‘patrimônios’ serviços sociais como fornecimento de energia elétrica e água encanada. O pajé a quem Izabeli Leal (2012) se refere é o Sr. Manoel Cipriano Leal, que também é um dos artistas fundadores do grupo de Carimbó Unidos do Marajó. Além dele, também participaram da fundação os senhores Dori, Duca, Ademar Angelim Leal, Zeferino Gonçalves – Tio Zampa, Osmar de Lima e Lino; os dois últimos já falecidos. O grupo é uma referência artística importante no município e o empenho de seus integrantes se volta também para valorizar e manter vivas expressões culturais, como a música e a dança.

No mês de agosto de 2016 o grupo artístico Unidos do Marajó se juntou ao Mestre Damasceno – Sr. Gregório dos Santos, artista igualmente renomado, para a realização do *show* “Encontro dos Mestres”. Mestre Damasceno, Mestre Zampa, Mestre Ademar Angelim Leal – Fotografia 52, acompanhados dos demais integrantes

do grupo, prestigiaram o Encontro da Juventude Quilombola e foram a principal atração da noite cultural.



Foto 52 – Mestres do Carimbó: Damasceno, Tio Zampa, Sr. Ademar Angelim Leal. 2016

O “Encontro dos Mestres” mostrou que arte e cultura possibilitam encontros também intergeracionais, pois entre os artistas também se apresentaram jovens integrantes do *Abayomi* – Fotografia 53.



Foto 53 – Alguns dos integrantes do Grupo Unidos do Marajó. 2016

Além de artistas, pessoas que desenvolvem práticas terapêuticas e os idosos, por vezes referidos como os “detentores dos conhecimentos” ou apenas “os detentores”, também foram citados como referências importantes, merecedores de respeito e valorização. A importância atribuída se expressa, entre outras formas, pela preocupação com a possibilidade de morte dos que detêm os conhecimentos valorizados. A Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro assim se expressou:

eu fico preocupada, porque a gente sabe que quem tem o conhecimento, com quem a gente cuida, um dia vai morrer... Mas eu fico preocupada, pois o Manoel já está com uma idade, não está velho. Está jovem ainda, mas já tem certa idade. O Cipriano também está com uma idade... Então eu fico preocupada. (Agosto/2014)

O conhecimento, não só relacionado ao desenvolvimento de práticas terapêuticas, mas também a habilidades técnicas para fabricação de utensílios e instrumentos como foi referido, e para extração de óleos vegetais e animais são vistos como riquezas. Esses conhecimentos, no entanto, são de domínio de poucos, o que também preocupa algumas interlocutoras.

A extração de óleos de andiroba, de coco e do bicho (larva *Speciomerus ruficornis* Germar) que sobrevive no coco tucumã foi muito referida como importante – fotografia 54. Mas como afirmou o Sr. Francisco Dias (Seu Calema), “estas coisas estão difíceis. Dá muito trabalho e quase ninguém mais sabe fazer. O óleo de bicho é uma riqueza nossa daqui, mas já está difícil de achar.” (Agosto/2016)



Foto 54 – Bicho (larva) do coco tucumã. 2014

O óleo do bicho foi muito referido por causa de suas propriedades nutricionais e terapêuticas, eficazes principalmente para tratar sequelas deixadas por AVC. O pó encontrado dentro do coco é também utilizado para o tratamento de insônia e enxaqueca, entre outras indicações de uso, tendo sido referido por todas as interlocutoras.

O Sr. Francisco, que mora em Bacabal, se orgulha de dizer que aos 80 anos pedala em sua bicicleta cerca de 18kms no percurso Bacabal-Sede municipal-Bacabal. Ele também mora sozinho, planta roça e faz farinha de mandioca e, se por acaso sente “uma dorzinha nas juntas, eu resolvo com jambari, que eu não fico sem, tiro o tutano cru, derreto e depois misturo um pouco de óleo de bicho e de andiroba. A gente passa duas vezes por dia e está resolvido.” (Agosto/2016)

Os dados apresentados até aqui demonstram o quanto direitos Constitucionais ainda estão distantes das CQ's. Também é perceptível a capacidade de agência dos sujeitos para fazer valer seus direitos e organizar as próprias vidas, não necessariamente se adaptando às circunstâncias, mas as transformando em função dos próprios interesses. A valorização do território, dos conhecimentos locais e de determinados sujeitos como 'patrimônios' é coerente com as noções de saúde que serão compartilhadas no próximo Capítulo. As interlocutoras me ensinaram, entre muitas outras coisas, que o respeito ao ambiente e a todos os seres que nele vivem e interagem é condição imprescindível para ter saúde e alimentar a tão necessária resistência política.

#### 4. “O que é saúde? Ah... Eu não sei explicar!”

As perspectivas aqui apresentadas expressam interpretações, feitas a partir das narrativas das interlocutoras, mas também de minhas observações; elas pretendem revelar “a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre *saúde* [e doença] e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar [a saúde e] a doença.” (Langdon & Wiik, 2010: p. 179 – grifo dos autores) Compartilho narrativas das interlocutoras, sendo algumas transcrições na íntegra de trechos de diálogos cuja gravação foi autorizada. Outras são interpretações minhas a partir de diálogos guardados na memória, no coração e de registros nos diários de campo. Compartilho também narrativas de uma interlocutora e um interlocutor que, embora não vivam em CQs, foram referidos como sendo importantes nos processos terapêuticos.

A frase que dá nome ao Capítulo é de autoria da Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves (Sr<sup>a</sup>. Lica) e, por várias vezes recebi respostas semelhantes quando, no início dos trabalhos de campo, perguntava às interlocutoras ‘o que é saúde’. Por vezes, para se explicar ‘saúde’, geralmente se falava antes de episódios de ‘doença’ vivenciados pela própria interlocutora, ou por algum familiar. Narrativas sobre adoecimento eram feitas para, ao final, se chegar a uma explicação, não necessariamente sobre o que é saúde, mas sobre o que seria necessário para se ter saúde ou para não adoecer. Suponho que a ênfase na doença ocorra por seu caráter desorganizador junto à unidade familiar ou grupo onde se manifesta. (Revel & Peter, 1976) As narrativas sobre a saúde, atravessadas pela doença podem indicar ainda a compreensão de que ambas são interligadas e processuais.<sup>39</sup>

Fui percebendo e aprendendo que, a partir de valores e posturas, como o respeito aos mais vividos e aos conhecimentos locais, as noções de saúde eram vivenciadas e, portanto, demonstradas em ação. Tendo adquirido o aprendizado não mais indaguei diretamente e fui treinando ouvidos e olhos como nos ensina Cardoso de Oliveira (1998), ciente que:

---

<sup>39</sup> Ver Laplantine (1991), Oliveira (s/d), Oliveira *et al.* (2009), Parente (2009), Beltrão (2010).

representações [da saúde] da doença e da cura, tal como são empiricamente vivenciadas pelos interessados (os que curam e os que são curados), [...] constituem a matéria-prima com que trabalha o pesquisador [. Portanto] o empreendimento antropológico propriamente consiste em construir cientificamente [...] *esses objetos teóricos* que são os modelos etiológicos e terapêuticos e a estudar os processos sintáticos e semânticos de suas ligações, de suas disjunções, bem como de suas transformações. (Laplantine, 1991: p. 12 – grifos do autor)

Em relação à roda de conversa realizada com crianças e jovens, um dos primeiros aprendizados deu-se em relação à dinâmica da atividade. As crianças demonstraram que uma roda de conversa pode não ser realizada, necessariamente, através da oralidade, mas também de encenações e desenhos, alguns dos quais serão compartilhados a seguir. Quando perguntado sobre o que era feito quando ficavam doentes, as crianças responderam em coro: “vamos ao hospital”. Ao perguntar quem havia adoecido, poucos braços se levantaram. Porém, atenta às diferenças de geração e dos idiomas culturais fui instigando o diálogo e, gradativamente fui compreendendo e sendo compreendida. Assim a conversa aconteceu.

Tanto pela oralidade, quanto por desenhos, as crianças e jovens também demonstraram o que ajuda a ter saúde. Os desenhos foram interpretados por eles mesmos e não por mim. As cores, tipos de traçado e figuras desenhadas são apenas alguns, dentre outros aspectos, que devem ser considerados em interpretações dessa natureza. Portanto, pelo que foi verbalizado, compreendi que a saúde é percebida por elas como um estado de dinamismo no qual a vida se repete, sempre igual, sendo todas as atividades desenvolvidas cotidianamente.

Quando isso não acontece por algum mal estar, é porque se está doente e nessas circunstâncias é necessário ir ao hospital, lugar estranho e indesejado. Estar doente é quando não se tem forças para realizar atividades importantes, como brincar ou ir à escola, sendo essas as atividades mais referidas e, ao que pareceu, as mais apreciadas pelas crianças. Resultados parecidos foram identificados entre crianças das CQ's África, Laranjituba e Mangueiras; as duas primeiras, situadas no município de Moju e a segunda em Salvaterra. Sobre o assunto Assis da C. Oliveira *et al.*, (2009)<sup>40</sup> afirmam:

a percepção de saúde/doença das crianças passa pela relação com o movimento. O corpo saudável está, majoritariamente, inserido em alguma ação desenvolvida em

---

<sup>40</sup> Ver Rita de Cássia P. da Costa (2008), Beltrão (2010), Assis da C. Oliveira (s/d).

atividades cotidianas, como brincar, correr, pular corda e jogar futebol. Sua qualidade intrínseca é a liberdade de locomoção. (2009: p. 14)

Semelhante percepção foi identificada, entre outros, por Oliveira (s/d) e Oliveira *et al.*, (2009) também entre adultos das mesmas comunidades referidas anteriormente; e por Maués (1990) junto a moradores adultos de Itapuã, para os quais, “para que haja doença é necessário que o sofrimento seja relativamente prolongado, muitas vezes prejudicando ou incapacitando para o trabalho, e exigindo uma forma de tratamento”. (Maués, 1990: p. 36)

A palavra doença é atribuída pelas crianças e jovens ao que é desconhecido, que acomete o corpo e foge ao controle da pessoa mais próxima, responsável pelos cuidados em saúde, geralmente a mãe ou outra mulher adulta do núcleo familiar. Ir ao hospital para elas significa que algo muito sério está acontecendo. As idas ao hospital foram raras para a maioria das crianças que participaram na roda de conversa. Quando ocorreram, foi devido a situações não solucionadas na própria comunidade, ou quando foi necessária a complementariedade.

O desenho expresso na figura a seguir retrata duas situações que foram explicadas por Jamili da Silva Carneiro como sendo de choro e tristeza.



**Figura 6 – Adoecimento na família. Jamili da Silva Carneiro, 2015**

No desenho elaborado por Jamili, diferentemente dos outros realizados que serão expostos, não há figuras que representem o ambiente externo à sua casa. Os elementos da natureza, como árvores frutíferas, igarapé, nuvens e sol radiante estão

ausentes. Dialogamos sobre o desenho e ela argumentou que quando se está doente, tem que permanecer dentro de casa. Não se pode brincar com os amigos, nadar nem correr e, quando se sai de casa é para ir ao hospital.

A figura feminina, a mãe, carrega uma criança nos braços e chora demonstrando a tristeza pelo adoecimento. O choro, segundo Jamili, é também por saber que o problema de saúde é sério, pois foi preciso procurar o hospital. Para os demais casos, quando não é necessário ir ao hospital, as crianças mencionaram como problemas de saúde mais comuns a febre, tosse, dor de garganta, dor de barriga, ‘piriri’, ‘caganeira’ (nomes dados à diarreia), ‘pira’ (coceira), todos tratados com remédio caseiro.

As concepções apreendidas entre crianças, jovens e adultos, de modo geral, indicam que “[a] doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura.” (Langdon, 2003: p. 99) As concepções de saúde envolvem condições materiais de existência, aspectos emocionais, ambientais e ordenações espirituais.<sup>41</sup>

No campo observado tais condições e aspectos não se impõem, de fora para dentro, e nem pairam como meta a ser alcançada. Ao contrário, eles são vivenciados e decorrem de aprendizados imemoriais transmitidos pela oralidade e por exemplos demonstrados no cotidiano, sendo inclusive incorporados novos conhecimentos. (Minayo, 1988) Embora os aspectos que sugerem uma visão de “saúde-doença pluralista, ecológica[...].” (Minayo, 1988: p. 363) estejam interligados, eles serão expostos em separado.

#### **4.1. “Tudo é importante, mas nossa bandeira de luta, mesmo, é o território”**

A frase, extraída de um dos diálogos realizados com a liderança Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro foi proferida em resposta a um questionamento sobre a pouca frequência do tema ‘saúde’ no Encontro de Lideranças e, de modo geral, nas discussões realizadas no âmbito do movimento quilombola no estado do Pará. A Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro foi

---

<sup>41</sup> Ver Ndolamb Ngokwey (1988), Luíza Garnelo e Dominique Buchillet (2006), Minayo (1988).

enfática ao dizer que “tudo é importante, saúde, segurança, educação... A Malungu pauta tudo isso. Mas nossa bandeira de luta, mesmo, é o território, porque sem a regularização [da terra] nada vem.” (Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro, março/2015) O “nada”, são os direitos sociais que deveriam ser concretizados através de políticas públicas.

É dos territórios quilombolas que se extrai e onde é cultivada boa parte dos alimentos consumidos localmente; a matéria-prima para a construção de habitações, de equipamentos para o trabalho e também para o lazer, de utensílios domésticos; onde são cultivadas, mas também extraídas as plantas para uso terapêutico; que se cria animais para consumo e/ou por estimação e onde se encontram animais utilizados para fins terapêuticos. Em Pau Furado, algodão, pariri e gengibre foram algumas das plantas referidas pelas senhoras Maria de Jesus Gonçalves – fotografia 55; e Sr<sup>a</sup>. Maria Odineia Carneiro – fotografia 56. Segundo essas interlocutoras as plantas as socorriam quando pessoas da família adoeciam. A ênfase se deve às várias possibilidades de uso das plantas e por estarem no quintal de casa, portanto totalmente acessíveis.



Foto 55 – Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus e o pé de algodão. 2014



Foto 56 – Sr.ª. Maria Odinéia e os pés de pariri e gengibre. 2014

Em Pau Furado, 58 das 60 plantas terapêuticas, utilizadas pelas interlocutoras de lá estão disponíveis nos quintais e/ou nas matas que integram os seus territórios. Não havia apenas Copaíba (*copaifera reticulata L.*) e Unha de Gato (*Uncaria tomentosa*). Há, no entanto, muitas outras plantas de uso terapêutico, que mesmo existindo na comunidade não foram mencionadas nos diálogos. Vejamos o Quadro 3<sup>42</sup> a seguir.

### Quadro 3 – Plantas Terapêuticas Encontradas e Utilizadas em Pau Furado

Nome Local	Nome Universal (Científico)
1. Abacate	<i>Persea americana</i>
2. Abre caminho	<i>Lygodium volubile Sw.</i>

<sup>42</sup> Não foi possível identificar alguns nomes científicos. O mesmo se aplica ao Quadro 4.

<b>Nome Local</b>	<b>Nome Universal (Científico)</b>
3. Alecrim / Alecrim d'angola	<i>Baccharis draculifolia</i> Dc.
4. Alfavaca	<i>Ocimum gratissimum</i>
5. Alfazema	<i>Lavandula officinalis</i>
6. Algodoeiro	<i>Gossypium herbaceum</i>
7. Amor crescido	<i>Portulaca pilosa</i> L.
8. Arruda	<i>Ruta Montana</i>
9. Babosa	<i>Aloes humilis</i>
10. Barbatimão	<i>Stryphnodendron adstringens</i> (Mart.)
11. Caimbé	<i>Curatella americana</i> L.
12. Canarana	<i>Hymenachne amplexicaulis</i>
13. Canela	<i>Cinnamomum verum</i> J. Presl.
14. Catinga de mulata	<i>Aeollanthus suaveolens</i> (Spreng.)
15. Chicote de Índio	Não identificado
16. Cidreira	<i>Cymbopogon schoenanthus</i> (spreng.)
17. Cipó de alho	<i>Mansoa alliacea</i>
18. Cipó de cobra	<i>Cissampelos glaberrima</i>
19. Comigo ninguém pode	<i>Dieffenbachia amoena</i> hort.
20. Coramina	<i>Pedilanthus tithymaloides</i>
21. Corrente branca	<i>Pffafia glomerata</i> (Spreng) Pederson
22. Desatrapalha	Não identificado
23. Erva de passarinho	<i>Struthantus flexicaulis</i>
24. Espada de Joana D'Arc	Não identificado
25. Espada de São Jorge	<i>Sonseviera</i> spp.
26. Fedegoso	<i>Cassia occidentalis</i>
27. Fossangue/Fussangue	Não identificado
28. Gengibre/Mangarataia	<i>Zingiber officinalis</i>
29. Gergelim	<i>Sesamum indicum</i> Oliv.
30. Giboinha	<i>Peperonia</i> spp.
31. Hortelã	<i>Mentha piperita</i>
32. Japana roxa	<i>Ayapona triplinervis</i>
33. Jucá	<i>Caesalpinia ferrea</i>
34. Laranja da terra	<i>Citrus aurantium</i>
35. Limãozinho	<i>Monodelphia octandria</i>
36. Mamão macho	<i>Carica papaya</i> L.
37. Mangabeira	<i>Hancornia speciosa</i> Gomes
38. Maracujá	<i>Passiflora quadrangularis</i>
39. Maravilha	<i>Mirabilis jalapa</i>
40. Mastruz/Mentruz	<i>Chenopodium ambrosioides</i> L.
41. Mussambê	<i>Capparis flexuosa</i> L.
42. Pariri	<i>Parinari Montana</i> Aubl.
43. Pau d'Angola	Não identificado
44. Pião branco	<i>Jatropha curcas</i> L.
45. Pirarucu	<i>Bryophyllum pinnatum</i>
46. Priprioca	<i>Cyperus articulatus</i> L.
47. Quina	<i>Strychnos pseudoquina</i> A. St.- Hil.

Nome Local	Nome Universal (Científico)
48. Rio negro	Não identificado
49. Rosa tudo ano	Não identificado
50. Sacaca	<i>Cróton cajucara Benth.</i>
51. Sombra do mundo	Não identificado
52. Sucuba branca	<i>Himatanthus sucuba (Spruce)</i>
53. Sucuriju	<i>Mikania amara</i>
54. Tucumã	<i>Astrocaryum aculeatum G. Mey</i>
55. Vassourinha de botão	<i>Scoparia dulcis L.</i>
56. Vence tudo	<i>Justicia gendarussa</i>
57. Verônica	<i>Dalbergia subcymosa Ducke</i>
58. Vindicá	<i>Alpinia zerumbet.</i>

Fonte: narrativas ouvidas nos trabalhos de campo.

De modo geral as interlocutoras de todas as CQ's mencionaram a existência de expressiva variedade de plantas terapêuticas nos territórios, utilizadas para a saúde física e espiritual, para a proteção do corpo e do ambiente. A preparação de remédios caseiros, geralmente na forma de banhos, chás, emplastros, defumações, entre outros, por vezes envolvem produtos industrializados e de origem animal, principalmente a banha da paca, camaleão, jacuraru ou jicuraru, jacareaçu, urubu, tartaruga, capivara, turu (*teredo navalis*) e do bicho (*Speciomerus ruficornis Germar*) do tucumã.

O Quadro 4, a seguir, demonstra a variedade de plantas mencionadas e mais utilizadas nos territórios envolvidos no estudo, 148 no total. Semelhante ao ocorrido em Pau Furado, não foram mencionadas todas as plantas existentes, mas apenas as mais utilizadas. A variedade reitera a importância tanto das plantas para os sujeitos, quanto dos territórios que as abrigam, principalmente se forem consideradas as concepções de saúde e, por outro lado, as dificuldades de acesso ao Sistema de Saúde Oficial (SSO), o SUS.

#### **Quadro 4 – Plantas Terapêuticas Encontradas e Utilizadas nos Territórios Quilombolas**

Nome Local	Nome Universal (Científico)
1. Abacate	<i>Persea americana</i>
2. Abre caminho	<i>Lygodium volubile Sw.</i>
3. Açaizeiro	<i>Euterpe oleracea (Mart.)</i>
4. Advogado	Não identificado
5. Água inglesa em rama	Não identificado
6. Alecrim / Alecrim d'angola	<i>Baccharis draculifolia Dc.</i>

Nome Local	Nome Universal (Científico)
7. Alface	<i>Lactuca sativa</i> L.
4. Alfavaca	<i>Ocimum gratissimum</i>
9. Alfazema	<i>Lavandula officinalis</i>
10. Algodoeiro	<i>Gossypium herbaceum</i>
11. Amor crescido	<i>Portulaca pilosa</i> L.
12. Ampicilina	Não identificado
13. Anajá	<i>Melilotus officinalis</i>
14. Anani/Ananin	<i>Symphonia globulifera</i> L. F.
15. Andiroba	<i>Fevillea trilobota</i> L.
16. Apuizeiro	<i>Clusia insignis</i> (Mart.)
17. Arruda	<i>Ruta Montana</i>
18. Árvore de natal	<i>Cupressus</i> spp.
19. Babosa	<i>Aloes humilis</i>
20. Bacurizeiro	<i>Garcinia macrophyla</i> Mart.
21. Barbatimão	<i>Stryphnodendron adstringens</i> (Mart.)
22. Batatão	<i>Convolvulus operculatus</i>
23. Boldo	<i>Plectranthus barbatus</i>
24. Bolsa da Fortuna	<i>Capsela Bursa</i>
25. Caamembeca	<i>Polygala spectabilis</i> Dc.
26. Cabi	<i>Banisteriopsis caapi</i> (Spruce ex Griseb)
27. Caimbé	<i>Curatella americana</i> L.
28. Cajueiro	<i>Anacardium occidentale</i>
29. Cajuí	<i>Anacardium giganteum</i> W. Hancock
30. Cala boca	Não identificado
31. Cana-de- açúcar	<i>Saccharum officinarum</i>
32. Canarana	<i>Hymenachne amplexicaulis</i>
33. Canela	<i>Cinnamomum verum</i> J. Presi.
34. Canindé	<i>Siparuna guianenses</i> (Aubl.)
35. Capitiú	<i>Annona Montana</i> Macfad.
36. Carambola	<i>Averrhoa carambola</i>
37. Catinga de Mulata	<i>Aeollanthus suaveolens</i> (Spreng.)
38. Caxinguba	<i>Ficus</i> spp.
39. Cebolinha Vermelha	Não identificado
40. Chama em Cipó	Não identificado
41. Chicote de Índio	Não identificado
42. Cidreira	<i>Cymbopogon schoenanthus</i> (spreng.)
43. Cipó de Alho	<i>Mansoa alliacea</i>
44. Cipó de Cobra	<i>Cissampelos glaberrima</i>
45. Cipó Titica	<i>Heteropsis</i> spp.
46. Colônia	<i>Alpinia speciosa</i> (Will.) Schun
47. Comigo Ninguém Pode	<i>Dieffenbachia amoena</i> hort.
48. Coqueiro	<i>Cocos nucifera</i>
49. Coramina	<i>Pedilanthus tithymaloides</i>
50. Corrente Branca	<i>Pffafia glomerata</i> (Spreng) Pederson
51. Couve	<i>Brassica oleracea</i>

<b>Nome Local</b>	<b>Nome Universal (Científico)</b>
52. Cravo de Defunto	<i>Tagetes spp.</i>
53. Cumaçaí	<i>Claytonia odorata</i>
54. Cumatá/Cumatê	<i>Myrcia atramentifera Barb.Rodr.</i>
55. Curuá	<i>Attalea spectabilis (Mart.)</i>
56. Desatrapalha	Não identificado
57. Embaúba Branca	<i>Cecropia pellata L.</i>
58. Erva de Passarinho	<i>Struthantus flexicaulis</i>
59. Espada de Joana D'Arc	Não identificado
60. Espada de São Jorge	<i>Sonseviera spp.</i>
61. Eucalipto	<i>Eucalyptus globulus</i>
62. Fedegoso	<i>Cassia occidentalis</i>
63. Folha de Carrapato/Mamona	<i>Ricinus communis</i>
64. Fossangue/Fussangue	Não identificado
65. Fruta Pão	<i>Artocarpus altilis</i>
66. Gengibre/Mangarataia	<i>Zingiber officinalis</i>
67. Genipapo	<i>Genipa americana L. R.</i>
68. Gergelim	<i>Sesamum indicum Oliv.</i>
69. Giboinha	<i>Peperonia spp.</i>
70. Hortelã	<i>Mentha piperita</i>
71. Imbiriba	<i>Xylopia benthamii R. E. Fries</i>
72. Jambu	<i>Acnella oleracea L.</i>
73. Japana Roxa	<i>Ayapona triplinervis</i>
74. Jucá	<i>Caesalpinia ferrea</i>
75. Jurubeba	<i>Solanum paniculatum</i>
76. Juta	<i>Corchorus capsularis</i>
77. Jutáí	<i>Dialium guianense (Aubl.)</i>
78. Lágrima de Nossa Senhora	<i>Croix lacryma – jobi L.</i>
79. Laranja da terra	<i>Citrus aurantium</i>
80. Limãozinho	<i>Monodelphia octandria</i>
81. Língua de vaca	<i>Chaptalia nutans</i>
82. Maçã do gado	Não identificado
83. Macaca cipó	<i>Bauhinia splendens</i>
84. Malva	<i>Sida cardifolia</i>
85. Malva rosa	<i>Malva sylvestris</i>
86. Malvarisco	<i>Althaea officinalis</i>
87. Mamão macho	<i>Carica papaya L.</i>
88. Mamona/Folha de carrapato	<i>Ricinus communis</i>
89. Mangabeira	<i>Hancornia speciosa Gomes</i>
90. Manga	<i>Mangifera indica</i>
91. Mão-de-onça	Não identificado
92. Maracujá	<i>Passiflora quadrangularis</i>
93. Maravilha	<i>Mirabilis jalapa</i>
94. Marmeleira	<i>Alibertia edulis (Rich.)</i>
95. Marupazinho	<i>Eleutherine bulbosa (Mill.)</i>
96. Mastruz/Mentruz	<i>Chenopodium ambrosioides L.</i>

<b>Nome Local</b>	<b>Nome Universal (Científico)</b>
97. Mata Pastinho	<i>Vernonanthura ferruginea</i>
98. Melão	<i>Cucurbita odorata</i>
99. Meracilina	Não identificado
100. Miraçá-caca	Não identificado
101. Morceguinho	Não identificado
102. Mucajá	<i>Acroconia aculeata</i>
103. Mussambê	<i>Capparis flexuosa</i> L.
104. Mucura-caá	<i>Petiveria alliacea</i> L.
105. Murtinha	<i>Myrthus communis</i>
106. Mururé	<i>Brosimum acutifolium</i> Huber
107. Nim	<i>Azadirachta indica</i>
108. Noni	<i>Morinda citrifolia</i> L.
109. Oriza	<i>Pogostemom heyneanus</i> Benth
110. Pai Joaquim	Não identificado
111. Pariri	<i>Parinari Montana</i> Aubl.
112. Pata de Vaca	<i>Bauhinia cheillantha</i> (Bong.)
113. Pau d'Angola	Não identificado
114. Penas e Maracá Fêmea	Não identificado
115. Pião Branco	<i>Jatropha curcas</i> L.
116. Pião Roxo	<i>Jatropha gossypifolia</i> L.
117. Pirarucu	<i>Bryophyllum pinnatum</i>
118. Pomarioba	Não identificado
119. Priprioca	<i>Cyperus articulatus</i> L.
120. Pucá	<i>Cissus sicyoides</i> L.
121. Pupunheira	<i>Bactris gasipes</i>
122. Puruã	Não identificado
123. Quebra Pedra	<i>Phyllanthus urinaria</i> L.
124. Quina	<i>Strychnos pseudoquina</i> A. St. - Hil.
125. Raiz do Sol	Não identificado
126. Rinchão Branco	<i>Stachytarpheta cayennensis</i> (Rich.)
127. Rio Negro	Não identificado
128. Rosa Tudo Ano	Não identificado
129. Sabugueiro	<i>Sambucus nigra</i>
130. Sacaca	<i>Cróton cajucara</i> Benth.
131. Sálvia do Marajó	<i>Hyptis incana</i>
132. Sete Sangrias	<i>Cuphea balsamona</i>
133. Sombra do Mundo	Não identificado
134. Sucuba Branca	<i>Himatanthus sucuuba</i> (Spruce)
135. Sucuriju	<i>Mikania amara</i>
136. Tabaco Bravo	<i>Solanum grandiflorum</i>
137. Tajá de Pena	<i>Caladium bicolor</i> Vent.
138. Taperebazeiro	<i>Spondias mombim</i> L.
139. Tomateiro	<i>Lycopersicon esculentu</i> , <i>Solanum lycopersicum</i> L.
140. Tucumã	<i>Astrocaryum aculeatum</i> G. Mey

<b>Nome Local</b>	<b>Nome Universal (Científico)</b>
141. Unha de Gato	<i>Uncaria tomentosa</i>
142. Urubu-caá	<i>Aristolochia trilobata</i>
143. Urucum	<i>Bixaorellana L.</i>
144. Vassourinha de Botão	<i>Scoparia dulcis L.</i>
145. Vence Tudo	<i>Justicia gendarussa</i>
146. Verônica	<i>Dalbergia subcymosa Ducke</i>
147. Vinagreira Roxa	<i>Hibiscus sabdariffa L.</i>
148. Vindicá	<i>Alpinia zerumbet.</i>

Fonte: narrativas ouvidas nos trabalhos de campo.

O território é o lugar de referência e para onde se pretende retornar os que dele se distanciam. A Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves, moradora da CQ Pau Furado, narrou que saiu da comunidade com destino a Belém para trabalhar e, mesmo tendo permanecido fora por muito tempo, nunca se esqueceu ou perdeu o vínculo com o seu “lugar”.

É também a Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves quem enfeita com flores artificiais uma planta que ela cultiva em frente à porta de sua cozinha. A planta, que por vezes demora bastante para florescer é enfeitada para “ficar bonita”, alegrar o quintal da casa, a ela própria e a quem a visita. Vejamos a fotografia 57 a seguir.



**Foto 57 – Planta enfeitada com flores artificiais. 2014**

Acima de tudo, a efetividade do direito ao território foi referida como fator importante, pelas implicações que pode ter, por exemplo, o acesso às áreas de pesca, de caça e de cultivo de roças, fontes de alimentos para seus moradores. Antes da certificação de algumas CQ's, alguns terrenos foram apropriados indevidamente, mas outros também foram vendidos “para pessoas de fora”. Em diálogo com o Sr. *Babatunde*, ele narrou que a venda de “terreno para pessoas de fora, gente conhecida, mais de fora, está gerando muitos conflitos”, provocados por disputas pelo uso do território. Os conflitos vêm causando “um estresse”, pois:

no início, quando chegavam, eram pessoas amigas, compreensivas, e não se incomodavam que nós quilombolas entrássemos para buscar [extrair algum produto

da natureza] alguma coisa, para pescar. Mas depois as pessoas mudam. Às vezes não é nem a pessoa mesmo, que comprou, mas alguém da família, já vai ser já um herdeiro. Agora mesmo, um pessoal aí vem enfrentado um problema. [Quem?] O pessoal que pesca, os pescadores de...; [mas que problema?] Assim, toda vez que vão pescar, que sai do porto... eles têm de passar no ... tem capanga armado, eles [os pescadores] têm que abrir as coisas, mostrar o material deles. Uma humilhação... rapaz, tudo isso era nosso. Nosso, mas para todo mundo usar. Tem que mostrar na ida e na volta. Estou vendo a hora de dar um problema, acontecer alguma coisa ruim. Sabe como é... Tudo homem... O pessoal tá aborrecido. Isso dá um estresse... (Sr. *Babatunde*, maio/2016)

O “estresse” diz respeito à tensão, gerada pelo confronto constante com capangas armados, que intimidam com armas de fogo os pescadores quilombolas. Ao vasculhar os seus pertences os desqualificam como detentores de direito ao uso dos territórios de pesca. O “estresse” também alude à angústia gerada pelo enfrentamento de situações cotidianas desagradáveis e desnecessárias, pela humilhação e pela impotência em sendo “homens” adultos, não poderem esboçar reação. Além do mais, ressentem-se por não serem respeitados na condição de moradores antigos que sempre tiveram autonomia sobre os territórios.

Não apenas para os adultos, mas igualmente para crianças e jovens, como pude apreender na roda de conversa, o território também está diretamente relacionado à saúde. As “crianças [e jovens] mesclam construções habitacionais [...] e educacionais [...], com árvores (frutíferas, em geral) [...], o que sinaliza distintas apropriações dos elementos relevantes para configurar pertencimento sociocultural”. (Beltrão, 2010: p. 14) A figura a seguir, elaborada pelo jovem Marcos Almeida Carneiro ilustra a afirmativa de Beltrão (2010), evidenciando integração com a natureza, estando quase à porta árvores carregadas de frutos e um igarapé, onde se pode brincar despreocupadamente, inclusive sem a supervisão de um adulto. Indaguei ao jovem acerca de seu desenho, especialmente sobre as duas figuras de mãos dadas e ele respondeu que namorar também fazia muito bem para a saúde.



**Figura 7 – ‘Para ter saúde’. Marcos Carneiro, 2015**

Os territórios são lugares de movimento de humanos, de seres encantados, de espíritos de mortos, entre outros e, a depender das relações estabelecidas, podem ser lugares de produção de saúde ou de doença. A esse respeito, o Sr. Alcemir Corrêa Carneiro (Tio Curica) foi um dos interlocutores que nos relatou fatos acontecidos em Pau Furado, alguns dos quais compartilharemos a seguir.

Estivemos em sua casa eu e a professora Lívia de Azevedo, recém-chegada na comunidade, que me acompanhou, porque queria conhecer os moradores. Fomos recebidas por ele, pois sua esposa estava descansando após ter levado grande susto ao saber da morte de uma pessoa conhecida. Tão logo foram apresentados os objetivos do estudo e o motivo da visita à sua casa o Sr. Alcemir afirmou que “o respeito ao conhecimento dos mais velhos e a natureza” eram atitudes importantes para ter saúde e vida longa. (Setembro/2015) Foi narrado pelo Sr. Alcemir que antigamente aconteciam ‘muitas coisas’ em um trecho do igarapé da Passagem – fotografia 58 a seguir.



Foto 58 – Trecho do igarapé da Passagem em Pau Furado. 2014

Próximo ao igarapé havia duas árvores, uma de jenipapo (em outras narrativas foi referida como sendo de taperebá) e outra de cupuaçu, a depender do lado em que acontecia a “situação, a flechada [de bicho]”, a morte era certa. Se a pessoa caísse do lado do cupuaçuzeiro, podia mandar preparar a cova porque a morte era certa. Ao contrário, se caísse do lado do jenipapeiro (ou do pé de taperebá), havia chance de sobreviver, mas provavelmente com sequelas. Na memória do Sr. Alcemir 18 pessoas morreram e 17 sobreviveram com sequelas.

Flechada de bicho foi uma prática referida também por outras interlocutoras para designar a reação das mães da natureza contra quem adota posturas ofensivas à natureza e, portanto, práticas não ecológicas, como pescar e/ou caçar em excesso, para além das próprias necessidades; transitar em locais onde há interditos de horário; desrespeitar o tabu de menstruação e adentrar em certos igarapés foram alguns dos exemplos de ofensa e desrespeito. Dando continuidade à narrativa o Sr. Alcemir explicou que quem curava flechada de bicho na época em que ‘coisas’ aconteciam era o pajé, Sr. Severo, pai do curandeiro Sr. Manoel Cipriano.

Para Eduardo Galvão (1955) as origens da crença em mães da natureza ou mães do ‘bicho’ como guardiãs da natureza são variadas e incertas. A princípio poderia ser afirmada uma origem tupi-guarani. No entanto, considerou que entre este grupo predominariam as divindades masculinas. Pareceu-lhe mais plausível que tal crença poderia ser herança de culturas africanas onde se tem registros da “crença em [...] entidades femininas.” (Galvão, 1955: p. 105) Uma terceira possibilidade apontada foi a origem portuguesa, devido “a crença nas mouras encantadas.” (1955: p. 105)

O ‘bicho’ foi referido como sendo seres encantados, guardiões da natureza, que podem fazer o bem ou o mal, mas são sensíveis a pedidos de licença e posturas respeitadas que lhes sejam dirigidas. Maués (1990, 1999) identificou relação semelhante entre moradores da vila de Itapuã, município de Colares, estado do Pará. Também em Itapuã, “[t]udo tem “mãe” (um encantado): abusos são castigados pela mãe do rio, quando este é poluído, pela mãe do mato, quando a floresta é devastada, e assim sucessivamente.” (Maués, 1999: p. 200 – grifo do autor)

As flechadas, conforme narrou o Sr. Alcemir Carneiro, ocorriam como punição a pessoas que tentaram pescar fora de hora e por isso foram enganadas pelos peixes, demonstrando claramente que o domínio de humanos sobre os animais e destes sobre os humanos é algo totalmente circunstancial.<sup>43</sup> Narrativas indicando o domínio dos animais não humanos, ou que vivem em condição não humana (Lima, 2008; Viveiros de Castro, 1996) sobre os humanos foram recorrentes, variando apenas as circunstâncias e, por vezes o animal.

Fato semelhante evidenciando a relação de humanos com os que vivem em condição não humana foi narrado pelo Sr. *Chiedu*. Certa vez um morador foi atraído para o mato por uma cobra grande. Ele dava voltas e sempre encontrava com a cobra, todos gritavam para ele; ele ouvia, mas não dava conta de responder. Segundo o Sr. *Chiedu* o morador ficou “mundiado” (rodando como a terra/mundo, encantado). (Abril/2016) O domínio de animais não humanos sobre humanos, tendo como palco o território, também se evidencia na seguinte narrativa:

um morador da comunidade, o filho ali do ... resolveu pegar uma baladeira [estilingue] e atirar nos macacos às seis [18] horas da tarde. Quando deu oito [20] horas ele não

---

<sup>43</sup> Ver Maués (1990), Viveiros de Castro (1996), Lima (2008), Sena, Santos e Barros (2014).

tinha voltado para casa e a família, vizinhos, ficaram muito preocupados. Ele começou a atirar na árvore do lado de casa, mas ele foi atraído por um macaco que levou ele para dentro do mato. Ele ficou perturbado, se perdeu no mato e foi encontrado por .... Quando acharam ele, ele estava chorando, muito perturbado dizendo que tinha sido o macaco. Foi o macaco, o macaco... Fizeram remédio, deram banho de mucura-caá, arruda e outras coisas, até ele melhorar. (Sr. *Chiedu*, abril/2016)

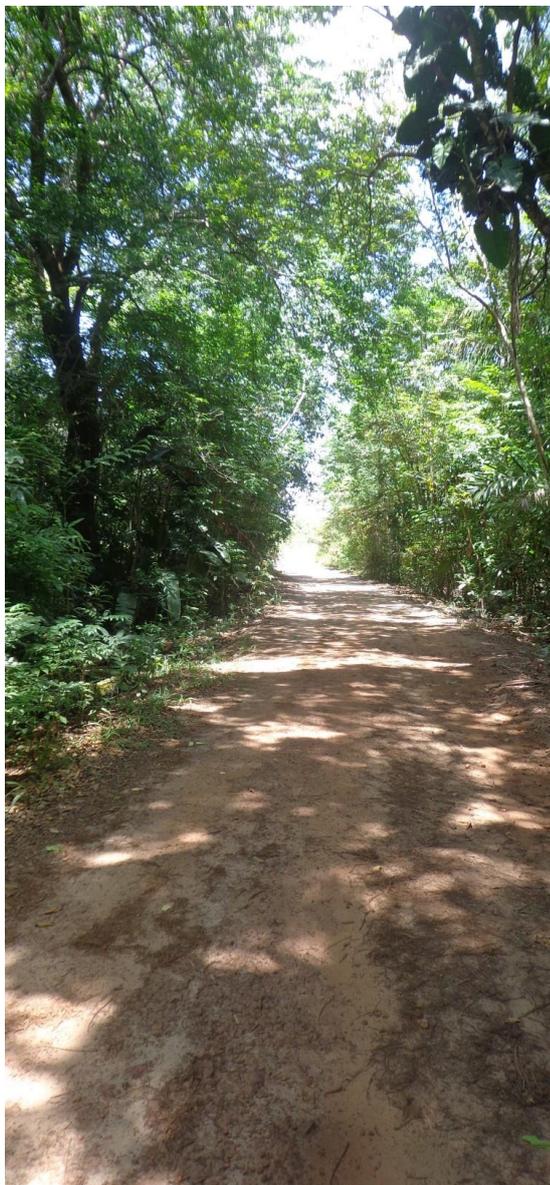
O respeito a interditos de horário para transitar em certas estradas também foi mencionado como fator que interfere no processo saúde-doença. Há duas estradas em Pau Furado com interditos, uma delas a que dá acesso direto a Salvaterra, Bairro Alto e outras localidades. Várias narrativas indicaram a existência de interditos de horários para transitar nas proximidades do trecho mostrado na fotografia 59, principalmente entre 12 e 14 horas e ao entardecer, próximo às 18 horas.



**Foto 59 – Estrada para Bairro Alto. Camila Sousa, 2014**

A outra estrada, demonstrada na fotografia 60 é a que dá acesso à Bacabal e a outras localidades. O interdito não se aplica à estrada em toda a sua extensão, mas

especialmente nas proximidades do igarapé da Passagem, onde muitos moradores da comunidade ou das adjacências sofreram penalidades de encantados, como foi narrado pelo Sr. Alcemir Carneiro.



**Foto 60 – Estrada para Bacabal. 2016**

Entretanto, as estradas não são os únicos lugares no território onde seres de mundos diferentes interagem. De acordo com a Sr<sup>a</sup>. Macionila Corrêa Carneiro (Maçó),

além de alguns caminhos, há também lugares específicos como embaixo de árvores, principalmente quando há sombras, por que:

têm almas que não se libertaram, que têm pendências e ficam buscando sombras e a gente nunca sabe aonde elas vão parar para descansar. Aqui atrás [apontando para uma direção] era atalho para o cemitério e todo mundo passava por ali. Vivo e morto. Acho que tem muitas almas por aqui tudo. Teve muita história triste. Teve gente que tirou a própria vida, irmão que matou irmão, homem que matou uma mulher, quando ela estava na rede. Um homem que matou o outro por ciúme da ex-mulher e por vingança. É muita coisa... A senhora não acha que as almas devem gostar de sombra? [Acho sim, concordo contigo. Por que não?] Foi por isso que a benzedeira disse que a gente tinha que cortar os galhos, tirar um pouco das sombras para não ficar soturno e também não pode deixar as crianças brincando aqui fora e nem adulto deve ficar aqui nem 6 horas, nem 12 horas, nem 6 [18] horas da tarde. (Abril/2016)

A narrativa da Sr<sup>a</sup>. Macionila C. Carneiro foi explicativa de uma situação de adoecimento de uma de suas filhas que, de repente ficou prostrada. Ela estava brincando fora de casa e ouviu uma voz masculina a chamando pelo nome. Por ficar assustada ela correu para dentro do banheiro e começou a chorar. Imediatamente ficou com febre, tremores e se contorcendo. A Sr<sup>a</sup>. Macionila ministrou remédio para dor e febre, mas não houve a melhora esperada. Por isso levou sua filha para ser benzida pela Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento que prescreveu além de benzeções da criança, defumação da casa e do ambiente externo, próximo à casa.

Outra situação que envolve interditos sobre o território foi contada pela Sr<sup>a</sup>. Ayo, que reiterou a existência de influências espirituais exercidas debaixo de árvores em determinados horários do dia. Algumas crianças estavam brincando debaixo de uma mangueira, por volta de 18 horas. Além disso, a mangueira era um lugar preferido de um senhor que havia falecido meses atrás e, quando estava vivo, era para lá que se dirigia todas as tardes em busca de sombra.

As crianças brincavam distraídas quando, de repente, ouviram um barulho estrondoso que as assustou em demasia. Segundo a Sr<sup>a</sup>. Ayo foi “uma gritaria e choradeira só”. A princípio suspeitaram que fossem mangas, depois que teria sido um dos galhos da mangueira, mas ninguém viu nada. Uma adolescente que estava dentro de sua casa foi atingida por algo e a suspeita é que tenha sido alguma força espiritual. Ela perdeu a visão temporariamente, começou a chorar desesperadamente e desmaiou. Foi levada para a Sede do município onde recebeu tratamento espiritual de uma benzedeira.

Foi perguntado à Sr<sup>a</sup>. Ayo onde havia sido realizado o tratamento e quem seria a especialista, mas ela se limitou a dizer que “foi numa pessoa lá”. O incidente, além de reforçar a importância da obediência aos antigos, apresenta a dimensão coletiva que envolve os processos de saúde-doença, referida também em outras narrativas. Ou seja, o cuidado da saúde deve ser coletivo, pois o descuido de um (desrespeitar um interdito) pode afetar a terceiros.

A responsabilidade coletiva na prevenção de doenças também se verifica entre povos indígenas, dentre os quais, os Kuikuro que apresentam como etiologias desobediências a padrões sociais, principalmente os relacionados a estados liminares, a restrições alimentares e de práticas sexuais, extensivas a todo o grupo. (Verani, 1991) Entre os Baniwa (Arawak), a responsabilidade coletiva se manifesta na participação no “sistema de obrigações recíprocas que regula as trocas que intermedeiam as interações de reciprocidade positiva ou negativa” (Garnelo & Buchillet, 2006: p. 236) entre seres vivos.

Entre os comportamentos antissociais a se evitar está o uso do ‘mánhene’, “forma de bruxaria que ocupa lugar central na cosmologia baniwa.” (Garnelo & Buchillet, 2006: p. 237) O uso de ‘mánhene’ não apenas provoca doenças, mas “simboliza um comportamento antissocial capaz de ameaçar o equilíbrio cósmico” (2006: p. 238) do grupo. Também devem ser evitados comportamentos antissociais, principalmente relacionados a jovens nos estados liminares, pois podem causar desordem social. (Garnelo & Buchillet, 2006)

A importância do uso racional (cuidadoso e responsável) dos bens da natureza foi ressaltada em todas as comunidades, principalmente pelas interlocutoras mais vividas. A ideia de que o território, se bem cuidado, supre as necessidades de seus habitantes, foi apreendida em um dos diálogos realizados com a Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores Leal, quando ela explicou que “os matos [planta de uso terapêutico] *dão* [crescem, brotam] quando a doença aparece”. Ao se referir a uma planta específica, a raiz do sol, Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores explicou que ela cresce em lugar próximo à sua casa, sendo difícil às vezes localizá-la. Por vezes a terra “afunda a planta [raiz do sol], que parece mandioca, [...] afunda na terra, no verão, quando o chão fica sêco [...] mas ela aparece quando a gente precisa dela”. (Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores Leal, outubro/2015)

O desrespeito aos padrões sociais estabelecidos localmente tanto pode adoecer a terra e o ambiente, quanto a seus moradores. Se bem cuidada a terra não apenas dá o que for necessário, como o faz na ocasião em que se necessita. Portanto, no mesmo território onde ocorrem punições, também se produz saúde. É por essa ótica que a Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos se referiu à CQ Salvar como um paraíso, afinal a diversidade lá encontrada, as condições climáticas, as relações sociais estabelecidas no território, enfim o ambiente de modo geral retiram as chances de adoecimento, por que:

remédio, mana, a gente não precisa da medicina do homem. Tudo que a gente quer a gente tem na natureza. [E vocês usam?] Tudo. [E vocês sabem preparar remédios?] Sabemos preparar. Usamos. É, os mais velhos, há três meses atrás a gente perdeu três pessoas, um de 97, um de 93 e um de 96 anos de idade. Nunca tinham tomado uma vacina, nunca foram num hospital. Nasceram aqui, se criaram aqui e viveram esses 97 anos aqui. A gente perdeu duas tias e um tio. Marido e mulher. Ela morreu, com oito dias ele morreu. Eles nasceram um para o outro. Foi uma perda muito grande. A gente acha que ele morreu por paixão. Morreu ela, e com a tristeza, e com o choque de morrer ela, ele morreu. E um mês depois foi a irmã dele, também eu acho que foi pela perda do irmão... [E as crianças e outras pessoas têm adoecido?] Não, já foi esse mês agora, que deu uma famosa tosse de guariba<sup>44</sup> [macaco], que eu nunca tinha visto, que foi quase todo mundo para o chão com essa bendita tosse. Tirando disso, a doença é pouca, é difícil adoecer... Quando eu voltei para cá, eu morei 16 anos em Soure, e eu já estou sete de volta para cá. Aí essa daqui [apontando para a irmã], eu cheguei aqui e essa daqui estava lavando roupa com os filhos todos numa poça lá. E eu gritei: meu Deus, tu estás maluca de estar com essas crianças aí? Ela disse: ah mana, enquanto tu estás com os teus nas frescuras, toda semana estás no hospital, e os meus não adoecem. [risos] E eu me calei porque é verdade, porque os dela pouco adoecem, e os meus é reto no hospital com eles. O clima daqui eles se acostumam, eu acho que eles se habilitam, não tem poluição, não tem nada que faça mal. A alimentação basicamente aqui é o peixe, 24 horas por dia, almoço, janta, é camarão, turu, caranguejo, vai adoecer? (Maio/2015)

Não apenas no diálogo que gerou esta narrativa, mas também em outros, foi afirmada a autonomia dos moradores em relação ao SSO. Ao tomar conhecimento que nenhum médico ou enfermeira havia ido à comunidade até o ano de 2013, imaginei que dificuldades de acesso ao sistema teriam motivado a evasão dos moradores. No entanto, este motivo sequer foi considerado como problema, afinal os idosos da comunidade “nunca foram num hospital”. (Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015)

Segundo a Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, a única situação de adoecimento grave da qual ela se lembra, foi de um jovem, que acometido por câncer de pele, acabou falecendo.

<sup>44</sup> Expressão utilizada para designar a doença coqueluche. Mas, na ocasião foi utilizado pela interlocutora em sentido figurado e não literal.

Fora essa situação, os episódios de adoecimento são superados com remédios caseiros e demais cuidados locais. No mais, o clima e a alimentação considerados saudáveis, dificultam o adoecimento. Entretanto, não se pode esquecer que doença e adoecimento são construções culturais e, além dos significados assumidos pelo grupo cultural, há a experiência individual. (Langdon, 2003) No caso em questão o adoecer é o que provoca restrições na mobilidade e no desenvolvimento das rotinas e, ainda, quando se faz necessário ir a algum hospital.

Em Pau Furado, a higiene pessoal e da casa, bem como a limpeza dos quintais e o tratamento do lixo também foram muito referidos como sendo importantes para a saúde. A esse respeito a Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves assim se expressou:

o que é saúde? Ah... eu não sei explicar. Acho que não sei. Acho que a gente tem que cuidar da saúde. Ai, ai... O que ajuda a ter saúde é alimentar bem, ter higiene. Mas tem que cuidar do corpo também, né, tomar um banho. Sabe por quê? Eu digo assim que muita gente, porque tem muita gente que pode estar se portando ali, coisa e tal e diz “ó, eu estou bem de saúde. Eu tenho saúde”. Mas assim, a gente até está vendo que aquela pessoa está andando e tal e diz, “ah, fulano está bem de saúde”. Mas muitas das vezes não. Às vezes a doença está dentro da casa. Por causa de que? De higiene da casa. Se você tem saúde, mas não está cuidando das coisas que tem dentro da sua casa para fazer. Você tem saúde? Não tem, porque falta a higiene dentro de casa. Se você, de manhã, não varrer casa e não fizer nada. Olha, como fulano é bom de saúde! É? Aqui. Olha aqui. Chega no terreiro e vê essa imundície aí também. Vê esse negócio aí? Veja é água parada. Você não está escape de pegar uma dengue mana. Um plástico desse daí... Eu acho, né, no meu ponto de vista... (Agosto/2014)

Ou seja, lixo exposto no quintal, falta de higiene com o corpo e com a casa são incompatíveis com a saúde, ainda que se tenha aparência saudável. Portanto, os mesmos territórios onde se arrastam as procissões nos Círios e demais festas de santos e de santas, onde se enterra os entes queridos, também são palcos onde se desenvolvem os processos de saúde-doença; onde movimentam pessoas, espíritos de mortos e seres encantados. Portanto, é pelo exposto que se afirma que os territórios são imprescindíveis para reprodução física e sociocultural. É deles que são extraídas, mas também construídas as condições imateriais, mas também materiais de sobrevivência, a exemplo da alimentação, das plantas e animais para uso terapêutico.

#### **4.2. “Para ter saúde, saudável mesmo, a gente tem que ter alimentação saudável”**

A frase que nomina o item é da Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus. Ela narrou que a alimentação, se adequada, ajuda a ter saúde; ou se for inadequada provoca

adoecimento. A adequação, ou não, envolve fatores como a qualidade, a observância no horário de ingestão dos alimentos, assim como a higiene e demais cuidados no preparo. Deve-se, ainda, haver rigor maior, quando tratar-se de alimentação para crianças. Ela assim se expressou:

saúde é um fato principal na vida de todo mundo, porque a gente pode até estar vivo mas sem saúde. Mas estar vivo sem saúde, não está nada bem. Olha, para ter saúde, saudável mesmo, a gente tem que ter alimentação saudável, alimentar bem, fazer exercício, correr, caminhar, nadar. Porque tem gente que só vai comendo e não faz nenhum tipo de exercício. A gente tem que ter aquela alimentação no horário certo, tomar um leite, comer uma fruta, um suco natural; que tem gente que apronta o almoço cedo, mas só vai comer depois de meio dia, uma hora. Às vezes também a gente fala que está com fome, e isso e aquilo, e come... Às vezes a gente não sabe a comida que a gente come. Come muita gordura, muita fritura, refrigerante também faz mal, comida enlatada também faz mal. Então isso não é saudável e a pessoa prejudica a própria saúde. Às vezes também uma criança dessas [apontando para a filha que brincava perto de nós] a gente dá alguma coisa para ela... Aí acontece alguma coisa, a gente não sabe o que foi que a criança comeu, o que que a gente dá. Então a comida da criança tem que ter bastante cuidado. Por que é uma criança, né... A gente tem que lavar bem as mãos quando tiver fazendo a comida, lavar bem os alimentos. (Agosto/2014)

A Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, ao ser indagada acerca das principais causas de adoecimento na comunidade, referiu em primeiro lugar a qualidade da água, problemas com alimentação e o trato indevido com o lixo doméstico. “Saúde? A gente tem que se preservar né, na alimentação, na higiene, eu acho que saúde é isso tudo, depende disso tudo aí”. (Agosto/2014)

A alimentação apareceu nas narrativas como um dos elementos essenciais para se ter saúde e, mesmo quando são prescritas algumas restrições ocasionais, por exemplo no pós-parto e durante amamentação, o objetivo é para a manutenção da saúde. A Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Carneiro, preocupada em assegurar uma alimentação diversificada para a família, foi uma das interessadas no projeto que previu a criação de hortas domésticas na comunidade. Devido à descontinuidade do projeto informou se esforçar para comprar, sempre que pode, legumes e verduras para enriquecer a alimentação, mas reconhece a dificuldade do acesso devido aos altos preços praticados em Salvaterra.

A Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus relacionou o efeito da alimentação diversificada ou “adequada” feita pelas nutrizes, para o êxito da amamentação, reconhecendo a sua importância para a saúde das crianças que são amamentadas. No entanto, na narrativa

descrita a seguir, pondera sobre a dificuldade vivenciada por algumas mães em alimentar-se adequadamente. Vejamos:

ele [o médico] fala que a mulher tem que amamentar pelo menos por seis meses. Ele não quer que ofereça nenhum tipo de alimento para a criança. Só o leite materno mesmo, mas para cá às vezes fica difícil da gente amamentar uma criança até seis meses. Às vezes é uns quatro meses, aí a gente dá um mingau, um leite, um chá. [E porque você acha que fica difícil?] Porque é conforme a nossa alimentação. Tem gente que não tem alimentação direito, aí aquele leite não fica bem forte para dar pra criança, mas só que dizem que o leite materno é o melhor aleitamento para a criança, né? Aí para cá tem gente que tem criança que mama até seis meses, mas tem gente que não. Eu mesma, minha filha com dois meses, eu tive que dar mingau. Ela chorava, acordava muito à noite, de madrugada. [E porque você acha que não conseguia se alimentar bem?] Eu não vou dizer que a gente não come todo dia, nem janta todo dia, mas a gente tem que alimentar adequadamente e comer feijão, arroz, o peixe, aquela saladinha, couvezinha, mas eu não sou acostumada com isso. (Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus, agosto/2014)

As dificuldades, como narrado, decorrem de hábitos alimentares nos quais não se incluem certos tipos de alimentos, considerados importantes para as nutrizes. Subentende-se também que podem decorrer de situações de privação que limitam o acesso de alimentos na quantidade e qualidade necessárias. Ao longo do diálogo a Sr<sup>a</sup>. Claudiane demonstrou compreender que a introdução precoce de alimentos por vezes provoca adoecimento nas crianças, principalmente por diarreia, mas argumentou que o preparo cuidadoso da alimentação, a higiene e pontualidade na hora de servir podem evitar tal problema. Concluiu a argumentação afirmando que por isso a sua filha nunca teve diarreia e que gosta muito dos alimentos que lhes são oferecidos.

A alimentação ganhou destaque também entre as crianças e jovens, cuja percepção sobre saúde envolve além da alimentação, outros aspectos tais como, moradia, amizade, brincadeiras, afeto e ambiente, só para citar alguns. Características semelhantes foram identificadas por Oliveira (s/d) e Oliveira *et al.* (2009) em trabalhos de campo realizados em CQ's, no âmbito do projeto "Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas. (Beltrão, 2010)

As crianças e jovens, receptivos que são e, pela curiosidade que lhes é peculiar, são os que primeiro se aproximam a fim de saber quem somos e o que fazemos, mas também querem dizer o que são e o que fazem. Por isso é comum, principalmente as crianças, nos acompanhar pelos caminhos, até chegarmos ao nosso destino, que pode ser a casa de uma delas ou de outro morador. Quando caminhávamos pela

comunidade eram recorrentes as paradas para se juntar alguma fruta caída no chão, ou colher diretamente de alguma árvore para saborear. De vez em quando a caminhada, ou a brincadeira era interrompida por alguém que dizia “espera aí, vou pegar um anajá” ou “vou pegar um tucumã”; mas a manga e o bacuri foram frutas também muito apreciadas no período. Após recolhidas pelas crianças, as frutas eram levemente esfregadas na própria roupa só para tirar alguma poeira e, em seguida, degustadas com prazer.

Por vezes era indagado se eu conhecia certas frutas e sementes, como o camapu, miracá, mangaba, gergelim, milho verde. Queriam saber se eu conhecia as frutas comuns na comunidade e se gostava de comê-las. Foram as crianças que começaram a me mostrar as várias roças, cultivadas pelos moradores ao longo da principal estrada que dá acesso à sede de Salvaterra. Eles sabiam contar de quem eram as roças, ou quem estava fazendo uso das terras naquele plantio, quais eram as culturas e, completavam dizendo se gostavam ou não do alimento que estava sendo cultivado.

A figura 8 a seguir, exhibe uma paisagem colorida, com elementos da natureza (sol, flores, árvore carregada de frutos). No desenho tem centralidade uma casa, onde se encontra uma pessoa ao lado de um fogão à lenha, onde repousam três panelas sobre ele. Vejamos.



Figura 8 – ‘Para ter saúde. Raylana Corrêa, 2015

O desenho feito por Raylana Corrêa guarda semelhança com o que foi elaborado por Marcos Carneiro e, de certa forma, representa o padrão de desenhos feitos pelas crianças na roda de conversa, salvo raras exceções. Predominaram as casas e os arredores como lugares para brincadeira e socialização. Além das cores, estão presentes símbolos que são comumente associados à afetividade, como corações, flores e a grafia da palavra amor, especialmente nos desenhos feitos pelas meninas. Os desenhos apresentam características semelhantes às de desenhos elaborados por crianças e jovens das CQ's África, Laranjituba e Mangueira, em atividades realizadas por Oliveira (s/d) e Oliveira *et al*, (2009).

Dialogando com Raylana, ela afirmou que para ter saúde tinha que se alimentar bem, ter uma casa para morar, além de poder brincar. As demais crianças e jovens presentes concordavam em coro. Após a roda de conversa, enquanto reorganizava o salão e recolhia os materiais utilizados, uma criança me disse que seus colegas se alimentavam duas vezes por dia, mas que ele e todos de sua casa não. Eles só comiam uma vez por dia. Passei a considerar que talvez, a ênfase na alimentação, observada entre os adultos e reiterada entre crianças e jovens possa ser, em alguns casos, a expressão da visão consensual e normativa reproduzida nas escolas, campanhas e eventos esporádicos de educação em saúde. Contudo, talvez a ênfase na alimentação poderia estar indicando muito mais uma situação de restrição de acesso a determinados alimentos do que o seu contrário.

Em uma das imersões em campo, pude observar mais cuidadosamente o movimento em uma taberna local (pequena mercearia) que vende de forma fracionada (a granel) gêneros alimentícios tais como açúcar, arroz, óleo, feijão, ovos, mortadela, entre outros. As vendas fracionadas, por vezes R\$2,00 (dois reais) em arroz ou R\$1,00 (um real) em óleo; ou ainda, R\$2,00 (dois reais) em mortadela, ou dois ovos, comprados para o preparo de refeições para uma família, composta por adultos e crianças, sugeriu limitações financeiras por parte de alguns da CQ. Entretanto, como ponderado na página anterior, ausência de dados substanciais impede que sejam feitas afirmações a respeito, assunto que merece maior atenção no futuro.

Como identificado por Carneiro (2014) tem ocorrido uma transição alimentar nas CQ's, em especial na comunidade Pau Furado, onde a autora desenvolveu seus

estudos. Duas hipóteses foram formuladas para a transição do padrão alimentar. Uma delas, que os resultados da agricultura familiar e da pesca não seriam mais suficientes para suprir as necessidades de moradores devido à restrição do acesso aos territórios de cultivo e pesca. Por isso, cada vez mais se tornava necessário comprar alimentos para complementar a cesta básica, na maioria, industrializados. Porém, na ausência de recursos financeiros, por vezes pode ocorrer redução na quantidade dos alimentos, embora estes nunca venham a faltar por completo. (Carneiro, 2014)

Outra hipótese formulada pela pesquisadora, diz respeito ao Programa Bolsa Família (PBF) que, ao propiciar a circulação de dinheiro na comunidade e a aquisição de alimentos industrializados, seria um estímulo para a mudança dos hábitos alimentares. (Carneiro, 2014) Portanto a transição tanto pode estar sendo causada por redução na produção de alimentos e extrativismo, quanto pela circulação de dinheiro. Contudo, o alto custo dos gêneros alimentícios comercializados em Salvaterra não é compatível com os valores provenientes do PBF, por isso o consumo restringe-se a poucos dias do mês, enquanto durar o recurso financeiro. Carneiro (2014)

O consumo de alimentos industrializados foi verificado também em outros CQ's do Pará, embora não tenham sido analisadas as razões que impulsionaram tal consumo.<sup>45</sup> Portanto, a restrição aos territórios e o acesso ao PBF vêm contribuindo para uma mudança no padrão alimentar, na qual produtos naturais vêm sendo substituídos por industrializados, ocasionando obesidade, diabetes e doenças cardíacas. (Carneiro, 2014) A relação entre a transição e a ocorrência de doenças, objeto de estudo de Carneiro (2014), vêm sendo observada com muita preocupação como se evidencia a seguir.

minha preocupação aqui é que mudou a prática alimentar na comunidade. Hoje as famílias estão usando muitos [alimentos] industrializados. Tem comido muita mortadela, muito enlatado e a gente sabe que isso faz mal para saúde, isso prejudica. A gente observa que o número de pessoas, como diz o meu primo, grandes, obesos, a obesidade de crianças, está bem avançada. Até porque a minha avó fala que a nossa tendência, da nossa família é engordar. E isso o que? Eu digo que isso vem do que? Do alimento que a gente está consumindo, que passamos a consumir. Deixamos de comer tanto peixe, as caças, para estar se alimentando de enlatado. Tem o diabetes. O consumo do açúcar e refrigerante é o que causa o diabetes. Sei que algumas pessoas fazem o acompanhamento para diabetes. É o problema cardiológico. Também, acredito que seja o consumo de gordura, comida gordurosa causa problema

---

<sup>45</sup> Ver Oliveira (s/d), Costa (2008), Oliveira *et al.* (2009), Beltrão (2010).

cardiológico. Não sei se causa isso, mas eu acredito que sim. Tem pessoas aqui que tem problema cardiológico. São poucas pessoas que fazem o tratamento para diabetes, que se preocupam em fazer o tratamento. Acredito que muito disso também é da base da alimentação que se passou a ser utilizada no decorrer do tempo, dos anos. Antes não se via tanto doença. Eu acho que as pessoas eram mais saudáveis, por causa da alimentação saudável que era utilizada antes. Era o peixe. Eram as frutas. Eram as verduras, abóbora, os maxixes, a melancia. Tudo isso a gente trazia da roça e hoje tudo é comprado. (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014)

A alimentação não deve ser pensada apenas em termos de quantidade, mas também de qualidade. Na medida em que os alimentos “mais saudáveis”, encontrados na própria comunidade, vêm sendo substituídos pelos industrializados, as pessoas passaram a adoecer mais. (Carneiro, 2014) Os produtos industrializados, com destaque para os enlatados e a mortadela, utilizada em substituição à proteína animal, são relacionados diretamente ao surgimento de obesidade e problema cardíaco. (Carneiro, 2014)

Os resultados encontrados por Carneiro (2014), assim como a relação que ela estabelece entre o acesso ao PBF e aumento do consumo de alimentos industrializados não saudáveis coincidem com o que aponta Daniela A. Soares e Sandhi M. Barreto (2014). Do estudo realizado em 10 CQ's de cinco distritos de Vitória da Conquista foi constatada prevalência elevada de sobrepeso e obesidade, porém as autoras afirmam que a determinação é multifatorial, devendo ser considerado sexo, escolaridade, idade, estado civil, entre outros. Porém, além da alimentação, o fator espiritual como a fé; e psicossociais como paz, amor próprio, respeito às pessoas, aos animais e às plantas, enfim a tudo que é vivo, também foram destacados pelas interlocutoras como necessários à saúde.

#### **4.3. “Mesmo se a pessoa não tiver sentindo nada, mas tem que ter paz”**

A frase da Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves ilustra a importância dada a sentimentos e comportamentos na produção de saúde-doença. Em algumas narrativas os sentimentos nutridos e comportamentos adotados em relação a pessoas, animais, plantas, enfim a tudo que é vivo, figuraram como importantes para produzir saúde-doença na própria pessoa ou em terceiros. A frase indica que a percepção sobre o próprio estado de saúde extrapola as manifestações sintomáticas no plano biológico, pois:

[p]ode ser que [a pessoa doente]melhore dos sintomas de uma perspectiva clínica, mas continue se sentindo mal. Isto não é devido totalmente à falta de conhecimento científico, mas sim às limitações dos princípios epistemológicos biomédicos que reduzem a doença aos processos biológicos materiais. (Langdon, 2003: p. 102)

Igualmente relevante é o conhecimento sobre o próprio corpo, o amor próprio e a outrem e a fé. O respeito à natureza, entenda-se plantas e animais, de tão importante que é para ajudar a ter saúde, é prescrito por especialistas locais, como informou José Luís S. de Souza:

eu estava sentindo umas coisas. [Que coisas?] Umas coisas aí... Então eu procurei uma senhora ali da Enseada, a Sr<sup>a</sup>. Amélia, e ela me disse que eu tinha que parar de matar os bichos pequenos que chegavam perto de mim. [Que tipo de bicho?] Qualquer pequeno, por exemplo, uma lagarta, aranha. Ela falou que se o bicho chega perto, menor do que eu, indefeso, eu não podia matar, porque era indefeso e eu sabia que não ia me fazer nenhum mal. Se eu continuasse matando, o problema comigo ia agravar. (Maio/2015)

Por isso os sentimentos e atitudes más devem ser evitados e os bons cultivados, pois assim as pessoas viverão mais e melhor, inclusive reduzindo, ou mesmo evitando problemas. Os animais e plantas, se respeitados e bem cuidados terão vigor e ainda ajudarão a cuidar da saúde humana e proteger os humanos de outros humanos mal intencionados e/ou que tenham o “olho ruim”. A expressão “olho ruim” foi utilizada por algumas interlocutoras para se referir a pessoas que transmitem no olhar os sentimentos ruins que porventura nutram contra algum morador da casa que foi visitada ou a qualquer pessoa do convívio contínuo ou circunstancial.

Para aplacar as influências negativas de tais pessoas, são cultivadas plantas que protegem as casas, inclusive de furtos, e garantem a seus moradores saúde e proteção espiritual. “A giboinha, se chegar alguém na casa que tiver olho ruim, ou que quiser roubar alguma coisa, fazer mal, ela vira um bicho, pode ser um cachorro grande, um bicho bravo, feio mesmo. A pessoa mesma se revela, ela fica assustada.” (Sr<sup>a</sup>. Mariza Alcântara Souza, maio/2015) Além da giboinha – fotografia 61 – foram mencionadas as plantas espada de São Jorge, espada de Joana D’Arc, chicote de índio, rio negro e comigo ninguém pode – fotografia 62. As plantas, também cultivadas nas outras comunidades, para surtir os efeitos que delas se espera precisam ser tratadas de tempos em tempos com sangue e/ou aguardente, a depender das preferências e dos acordos feitos com cada uma.



Foto 61 – Planta giboinha, cultivada em Deus me Ajude. 2015



Foto 62 – Planta comigo ninguém pode, cultivada em Pau Furado. 2015

Saúde, portanto, decorre da condição física, da relação ecológica estabelecida, mas também de fatores psicossociais. A esse respeito a Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes afirmou que:

mesmo se a pessoa não tiver sentindo nada, mas tem que ter paz, porque se a pessoa estiver com um problema, aí não, aí aquele problema já dá preocupação e a pessoa já não está com saúde. (Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves, agosto/2014)

A preocupação, como causa de adoecimento, também foi referida pela Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia Carneiro. A relação entre preocupação e saúde para ela reside no ficar acordada até que os filhos, quando saem “para o rumo duma festa”, retornem. Por isso para aplacar os efeitos da preocupação seria importante desenvolver alguma atividade de lazer.

Ah, um lazer. Um lazer que aqui a gente não tem também. Eu acho que isso ia ajudar muito a gente também. Ocupar a cabeça... Já levanta assim, já tá pensando no que que vai fazer. Aí ocupa a cabeça só naquilo lá. Ih! Tem que fazer isso, tem que fazer aquilo. Aí a gente fica, não tem como desaparecer [espairecer]. Aí eu acho que um lazer assim, não sei, ajudaria muito... [e o que faz a gente adoecer?] Eu acho que é preocupação. Preocupação, porque quando a gente fica preocupada com alguma coisa, principalmente nos filhos. Fica uma preocupação, os filhos da gente saem e a gente se preocupa. Eu acho que a gente adoece só pensando nos filhos, quando eles saem. Eu fico acordada, eu só durmo depois que chegam. Principalmente quando vão para o rumo duma festa... Graças a Deus aqui não tem violência. A preocupação é quando eles saem para fora da comunidade. A preocupação é quando saem... É uma preocupação. (Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia, agosto/2014)

O lazer, verbalizado unicamente pela Sr<sup>a</sup>. Maria Odinéia, foi considerado por ela como algo que ajudaria a dissipar preocupações próprias do dia-a-dia, pois “já levanta assim, já tá pensando no que que vai fazer.” Para alguém que chega à comunidade e se depara com igarapés de águas cristalinas, árvores frondosas cujas sombras se mostram lugares propícios para uma conversa ou uma simples parada; onde se ouve cantos de pássaros e cantiga de vento, pensar na necessidade de lazer era algo inimaginável. A narrativa me reportou à minha condição de forasteira em Pau Furado e sobre a necessidade de estranhamento. (Cardoso de Oliveira, 1998)

O amor próprio também figurou como requisito importante para ter saúde. Dialogando com a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento perguntei-lhe o que devemos fazer para ter saúde. De forma mais enfática, perguntei o que ela me aconselharia. Ela me olhou por alguns instantes e senti que eu estava sendo analisada. Depois, com calma me respondeu:

olha, o que falo para você, é o que eu falaria e falo para qualquer pessoa. Se amar é o principal. Se você não se ama, não ama ninguém. Quando a gente se ama, a gente não faz coisas contra a gente mesmo. Às vezes dizem, e a gente sabe que não pode fazer certa coisa, comer certa coisa que faz mal, mas a gente come, e faz. A gente tem que ouvir as pessoas que entendem mais do que a gente. (Abril/2016)

Do amor próprio, apontado como pré-requisito para amar a outrem, se espera um efeito prático, que se revela nas escolhas de alimentos e nas posturas. Embora a ênfase seja o amor próprio, das palavras da Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição também se depreende a obediência e valorização das pessoas que sabem mais do que nós, em linguagem oculta, as pessoas mais vividas. Não houve tempo para aprofundar o diálogo a fim de verificar a opinião dela sobre a existência de algum choque geracional acerca das práticas locais de cuidado, pois enquanto nós conversávamos outras pessoas a aguardavam. Por isso, nosso diálogo teve que ser encerrado, mas felizmente a porta ficou aberta.

A mesma pergunta foi feita ao Sr. Manoel de Souza Macêdo (Manduca) – o que devemos fazer para ter saúde? Ele ao responder introduziu novos elementos, como a prevenção e a proteção espiritual.

É preciso se prevenir. Se cuidar. Se proteger das coisas ruins. Consumir ervas antes de ficar doente, não enxergar só o caminho da saúde [quando fica doente]. Para ter boa saúde temos que atalhar [cortar] metade de certas coisas, por exemplo, o álcool. Qualquer corpo precisa de álcool, mas não em excesso. Também faz bem praticar exercício, fazer caminhada, aeróbica. (Abril/2016)

Percebe-se que além do cuidado com o corpo físico, por meio da prática de esportes e adoção de hábitos alimentares saudáveis, também é necessário cuidar da vida espiritual, se prevenindo “das coisas ruins.” O “não enxergar só o caminho da saúde” pode ser interpretado como a necessidade de prevenir, evitando a doença, pois só se busca o caminho da saúde quem a perdeu.

O sentimento de fé também foi referido explicitamente em algumas narrativas. Fé nutrida não apenas em relação às práticas locais ou a Deus, mas também nos remédios “do médico”. Em um dos diálogos com a Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores Leal, eu atenta a tudo que ela compartilhava sobre itinerários terapêuticos, variedade de plantas e remédios, ao mesmo tempo em que lhe dirigia o olhar, também fazia anotações no diário de campo.

A Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores havia descrito alguns itinerários terapêuticos, bem como mencionado uma variedade de plantas terapêuticas e remédios. Observando meu esforço para ouvi-la e, ao mesmo tempo fazer anotações, ela interrompeu o que dizia e afirmou:

não basta escrever os nomes das plantas. Isso que eu estou dizendo, serviu para uma pessoa, mas pode não servir para outra; para outra pode ser outra coisa, outra quantidade. Também tem que ter fé, não adianta só misturar as folhas. Tem que ter fé”. (Outubro/2015)

Na ocasião tive dois aprendizados simultâneos ou reiterarei conhecimentos ainda não introjetados, de fato: 1. É imprescindível colocar em prática o que se leva na bagagem antropológica, devendo os atos de ler, ouvir e escrever, serem desempenhados no devido tempo e lugar; e da melhor forma possível; (Cardoso de Oliveira, 1998) 2. A fé, um dos aspectos que integra a visão pluralista identificada entre as interlocutoras, é atribuída pelos(as) especialistas locais também em relação à medicina biomédica.

A Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores Leal narrou ter conhecido uma pessoa que, independente do sintoma que apresentasse ao corpo, só se sentia confiante se tomasse ao menos uma dose de soro, comprado em certa farmácia na Sede municipal. A fé em Deus, a confiança no remédio ou em quem o receitou remete à ideia de eficácia simbólica, a ser discutida no quinto Capítulo. No entanto, parafraseando a Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores Leal, talvez não baste só a fé ou a eficácia simbólica, mas há que se ter também habilidades para realizar técnicas corporais, manipular plantas e animais utilizados para fins terapêuticos.

A Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento também reitera a importância da fé para a cura, nos dias atuais e no passado. “Antigamente os tratamentos eram naturais e envolviam muita fé. Minha avó viveu mais de 100 anos e nunca foi ao médico.” Também a Sr<sup>a</sup>. Heloíza Alcântara Carneiro narrou em detalhes uma experiência vivenciada, que envolve episódios de demonstração de fé, que deve ser posta em prática para benefício próprio e de outrem:

tive que fazer uma cirurgia no hospital e quando estava aguardando na sala, no pré-operatório, começou a dar um desespero e eu comecei a fraquejar. Aí eu ouvi uma voz. Foi uma voz do lado direito. Era Deus, foi Deus, eu sabia que era Deus. [Mas porque o lado direito? O que tem a ver o lado direito?] É que quando a voz vem do

lado direito é porque é de Deus, do Espírito Santo. É do bem. Mais quando vem do lado esquerdo é do inimigo [do diabo] e a gente tem de repreender. Então Deus me disse “filha, você crê em mim?” Então eu disse “sim, eu creio Senhor, eu creio em ti”. Eu não vou chorar, eu não vou fraquejar, porque eu creio em ti”. Quando eu estava rezando chegou uma mulher que também ia operar [ser operada]. Ela estava muito nervosa e eu perguntei de que ela ia se operar. Ela disse que ia tirar algumas varizes. Aí eu disse “olha, eu vou tirar... E você vai tirar algumas varizes. Confia em Deus que tudo vai dar certo. Passaram uns minutos ela entrou e eu fiquei. Daí a pouco entrou uma outra. Ela estava mais nervosa que a primeira. Eu falei a mesma coisa, perguntei o que ia ser a [cirurgia] dela. Ela disse que ia fazer uma curetagem. Só que dessa vez eu perguntei a religião dela. Ela também era católica. Então eu falei para ela confiar em Deus. Que tudo ia correr bem e contei que eu ia tirar ... Quando a gente estava conversando abriram a porta e chamaram ela antes de mim. Aí eu fiquei sozinha na sala e rezando para não fraquejar na fé. Levaram outra mulher para ser operada e quando eu olhei para ela, vi que ela estava rezando, já entrou rezando. Então eu continuei rezando também e pensei que Deus me colocou naquela sala pra ajudar as outras duas a passar por aquilo. Ajudar elas a ficar tranquila. Eu falei, clamei a Deus, Senhor se tu achas que eu não fazia parte da tua vida, agora eu faço. Se for me dar a vida me ajuda a testemunhar. Mas falar que o Senhor é maravilhoso e que tudo deu certo é fácil. Difícil é a gente ter a coragem de dizer para as pessoas que o Senhor falou comigo. A fraqueza por não fazer é a da consciência pesada, por a gente não ter falado, feito aquilo que devia fazer”. (Sr<sup>a</sup>. Heloíza A. Carneiro, junho/2016)

A fé foi referida pela Sr<sup>a</sup>. Heloíza como sendo fundamental tanto para curar, quanto para prevenir doenças. A fé, em sua opinião, deve ser utilizada também para fortalecer a outros que estejam vivenciando situações desafiadoras e, semelhante a um dom, deve ser colocada à disposição de quem precisar. É importante testemunhar a outros sobre os efeitos da fé na própria vida e sobre os atributos de Deus, mas para isso é preciso também ter coragem, pois há o risco de ser mal interpretado. O silenciamento, a exemplo do que acontece com quem tem um dom e não o utiliza, pode causar consequências negativas, como a “consciência pesada”. Quanto à relação entre a lateralidade da voz e a qualidade da inspiração, do lado direito – benigna; do lado esquerdo – maligna, soa como revelação e careço de subsídio teórico para reflexão.

A narrativa também evidencia uma situação de espera, pois mesmo tendo recebido todos os preparativos necessários à cirurgia e estando na sala de cuidados pré-operatórios, a Sr<sup>a</sup>. Heloíza viu três mulheres que chegaram após ela, serem atendidas em sua frente. As três mulheres, que na percepção da Sr<sup>a</sup>. Heloíza fariam cirurgias mais simples que a dela tiveram prioridade, concedida por motivos sobre os quais não se pode fazer conjecturas, embora sejam corriqueiros no âmbito do SSO.

Pelas narrativas apresentadas, concluí que da fé e do amor próprio se deve esperar também um efeito prático, e não apenas, ou necessariamente, o contemplativo. O efeito prático se evidencia no cuidado dispensado a terceiros e na opção por hábitos saudáveis de vida. Quem tem fé, confiança no remédio e em quem o receitou vai seguir a indicação e será alcançado o resultado.

#### **4.4. Conhecimento sobre o corpo e autonomia também ajudam a ter saúde**

O conhecimento sobre o próprio corpo e sobre o corpo de outros também foi referido como fator importante na produção de saúde. Conforme refletiu Sr<sup>a</sup>. Maria Helena Chaves, parece que as pessoas “de hoje” não conhecem mais o próprio corpo e nem entendem o seu funcionamento, pois desde que “apareceram os médicos, ninguém sabe mais nada.” (Agosto/2014) A falta de conhecimento sobre o corpo dos filhos foi também problematizada pelo Sr. Manoel Silva Vasconcelos ao afirmar que “nos dias de hoje é só farmácia, as pessoas não sabem mais o que fazer quando os filhos ficam doentes.” (Sr. Manoel Vasconcelos, maio/2015)

A Sr<sup>a</sup>. Maria Joana dos Reis Assunção Sousa também afirma a importância da autonomia sobre o corpo, minimizada segundo ela, também por facilidades dos dias atuais, pois “do tempo que a gente se entendia, não tinha esse negócio de farmácia, médico, enfermeira e hospital.” (Maio/2015) Ela explicou que antigamente os moradores de Rosário que necessitavam atendimento médico, tinham que sair de casa às quatro e meia da manhã para tentar conseguir uma consulta em Soure, sendo a travessia feita em bote de vela.

Por volta de 1949 eles também passaram a utilizar um caminhão, identificado como ‘mandrongo’, trazido da Alemanha e que foi utilizado na segunda Guerra Mundial. Ao comparar os trajetos e meios de transporte utilizados no passado e os atuais a Sr<sup>a</sup>. Maria Joana concluiu que atualmente há mais facilidades, motivo que tem levado os mais jovens a abandonar o uso de práticas terapêuticas locais e a desconsiderar os conhecimentos dos mais vividos.

Os argumentos sobre a importância da autonomia sobre o corpo foram reiterados pela Sr<sup>a</sup>. Raimunda Nascimento (Sr<sup>a</sup>. Dica). A autonomia é um trunfo para ter saúde, possível de ser conquistada pelo conhecimento sobre o próprio corpo, sobre

o ambiente e seres vivos. A Sr<sup>a</sup>. Raimunda também afirmou que as facilidades de hoje atrapalham. As facilidades, segundo ela, seriam a existência de farmácias, a crença nos médicos, na “tal medicina” e o desenvolvimento de produtos industrializados, como os absorventes íntimos, muito criticados por ela. Os absorventes, conforme salientou, além de provocar doenças por causa do “abafamento”, ainda impedem que as mulheres acompanhem a saúde e higiene íntima.

A Sr<sup>a</sup>. Raimunda Nascimento explicou com riqueza de detalhes como eram higienizados os forros utilizados para conter o fluxo menstrual, processo acompanhado de perto pelas mães que cuidavam da saúde íntima das filhas e também controlavam a regularidade do fluxo. A depender da coloração, do tipo de secreção e intensidade se decidia pelo uso de banhos íntimos e de “garrafadas” e, na percepção da Sr<sup>a</sup>. Raimunda tais práticas são bem diferentes das adotadas usualmente.

A Sr<sup>a</sup>. Raimunda lamentou que hoje “as meninas novas” parecem ter nojo de si, usam os absorventes, tiram, enrolam e jogam fora, sem sequer olhar para o que sai de dentro delas e por isso vivem precisando de “estar no médico”. Ela contou com orgulho que sempre conheceu muito bem o próprio corpo e que, quando ia parir “não adiantava ninguém dizer que não era [hora], que eu sabia; arrumava as coisas e mandava chamar a parteira.” (Abril/2015)

Mesmo sem pronunciar a palavra ‘medicalização’ as interlocutoras mais vividas demonstraram rejeição ao que ela representa, o domínio da medicina biomédica sobre as várias dimensões da vida. Essa medicina foi “tornada diretriz de nossas condutas [...] estendendo seu monopólio bem além dos limites do domínio biológico. É ela que *ordena*[...] *prescreve*[...] *certifica*[...] *promete*[... e] que *ameaça*”. (Laplantine, 1991: p. 237 – grifos do autor) Na opinião da Sr<sup>a</sup>. Raimunda do Nascimento muitas doenças apareceram apenas depois que inventaram “a tal medicina”, pois antes disso as pessoas, em sua maioria, morriam apenas quando estavam em idade avançada. Quando morriam jovens, as principais causas eram “flechada de bicho por descuido, picada de cobra, quando comiam uma comida que não dava certo, uma ou outra coisa, [mas hoje] é tanta coisa, é câncer, é diabete, é pressão, é albumina.” (Sr<sup>a</sup>. Raimunda Nascimento, maio/2015)

#### **4.5. “Porque na comunidade as pessoas mais sábias são as mais velhas”**

A frase acima é de autoria da agente em etnodesenvolvimento, Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso, em resposta à pergunta sobre manipulação de plantas terapêuticas e preparação de remédios. Embora ela estivesse se referindo à CQ Bairro Alto, sua resposta é pertinente para as demais CQ's. A Sr<sup>a</sup>. Meire se referindo à realidade de Bairro Alto explicou que lá o uso de remédios caseiros é bastante comum, mas há alguns remédios que “só algumas pessoas sabem preparar, geralmente são as mais velhas. Porque na comunidade as pessoas mais sábias são as mais velhas.”

Certamente por isso a valorização e o respeito aos mais velhos e aos conhecimentos locais foram afirmados como fatores importantes no processo de saúde-doença. Alguns episódios de adoecimento, de modo geral, foram relacionados a comportamentos marcados pelo desrespeito aos antepassados e desobediência a seus conhecimentos. O respeito e a valorização, semelhante ao que se afirmou sobre os sentimentos de fé e confiança, têm uma razão de ser que extrapola a dimensão subjetiva. Espera-se um efeito prático. A obediência, por sua vez, não se relaciona à subordinação, mas ao reconhecimento de que os mais velhos têm um conhecimento acumulado. Princípio semelhante é observado entre os Baniwa (Arawak) que têm como fatores de agregação social a valorização e obediência aos conhecimentos dos mais velhos. (Garnelo & Buchillet, 2006)

A esse respeito Rachel Caspari (2013) afirma que o aumento da longevidade entre humanos modernos, iniciada cerca de 30 mil anos, foi decisiva para o crescimento populacional à época e para a diversificação de ferramentas e expressões artísticas verificadas na região que corresponde ao continente europeu na atualidade. Os mais velhos, afirma Caspari (2013) “reforçam conexões sociais complexas [...] transmitem outros tipos de conhecimento cultural” (2013: p. 41) relacionados à localização e manejo de bens da natureza e a tecnologias sociais. “[A] longevidade promoveu o acúmulo e a transferência de informações entre as gerações que incentivaram a formação de sistemas de parentesco intrincados e outras redes sociais.” (2013: p. 41)

Muitas interlocutoras afirmaram que nas CQ's, tanto o movimentar-se em lugares com interditos, quanto a negligência no consumo de dietas alimentares inadequadas podem provocar doenças, sendo ambos expressão de desobediência. Conforme narrado, quando os aprendizados são esquecidos ou desprezados, rápido se percebe os efeitos. Na opinião da Sr<sup>a</sup>. Maria Helena Chaves a principal causa de adoecimento tem sido a desobediência aos mais velhos e o abandono dos conhecimentos dos antepassados. A obediência e valorização dos conhecimentos devem ocorrer também em relação às prescrições de especialistas locais e, por meio de dois exemplos, ela explicou algumas das consequências do abandono e/ou da desobediência.

No primeiro, ela relacionou o aparecimento de “doenças do estômago”, a “pressão alta” (hipertensão arterial) e o “derrame” (AVC) à mudança do padrão alimentar. Recordando dos tempos passados ela relatou que os alimentos consumidos na comunidade eram naturais, em sua maioria. Praticamente não se consumia produtos industrializados e havia melhor aproveitamento dos recursos naturais e dos alimentos cultivados. Foi narrado que o café era plantado e torrado na própria comunidade; como não existia o pão ‘careca’ (pão francês) comia-se macaxeira cozida, beiju, biscoitos caseiros, paçoca de gergelim e mingau, principalmente de tapioca, e cruera. “Mas hoje em dia, o que a gente come? Come mingau de maizena.” (Agosto/2014)

O segundo exemplo da Sr<sup>a</sup>. Maria Helena deu-se em relação ao comportamento de algumas mães jovens, considerado por ela como inadequado. Além de desaprovar a exposição da barriga “no sol e na chuva”, as mães jovens, na percepção da Sr<sup>a</sup>. Maria Helena, não escutam as mulheres mais vividas, pois consomem alimentos indevidos após o parto, não guardam o resguardo e oferecem resistência para amamentar os filhos, o que repercute na saúde delas próprias e da criança. Entretanto, na percepção da Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus, contida no início deste Capítulo, talvez não se trate de resistência, mas de dificuldades para dar continuidade à amamentação por mais de quatro meses, inclusive motivadas por restrições financeiras.

Outro comportamento desaprovado é o uso de fraldas descartáveis. A Sr<sup>a</sup>. Maria Helena me incentivou a observar os lixos das casas onde há crianças pequenas para verificar a quantidade de fraldas descartáveis. O uso, considerado abusivo, além de causar infecção de urina e assaduras, problemas antes inexistentes entre as crianças da comunidade, ainda leva ao gasto desnecessário de dinheiro, que poderia ser utilizado para coisas mais importantes, como alimentos.

A Sr<sup>a</sup>. Maria Helena explicou que no “tempo dela” e até recentemente, as crianças utilizavam fraldas de pano. As redes e/ou os locais onde permaneciam e dormiam eram forrados com tecidos de algodão ou então com pedaços de redes em desuso. O gasto desnecessário foi relacionado também à compra do enxoval da criança, sendo a divisão de cores, rosa para meninas e azul para meninos, considerada pela Sr<sup>a</sup>. Maria Helena como uma bobagem pois, pelos valores locais, a única cor proibida a recém-nascidos era a vermelha.

Contudo, a relação obediência/desobediência deve ser observada também em relação a seres encantados, como narrou Sr<sup>a</sup>. Raimunda Nascimento ao explicar a causa do adoecimento e morte de seu irmão. Embora soubesse que não deveria andar em hora imprópria por determinado caminho, ele andou. Além disso, sem perceber, passou entre duas sombras, “levou flechada de bicho” e acabou falecendo. Ao explicar o ocorrido a Sr<sup>a</sup>. Raimunda foi enfática ao dizer que “tudo tem mãe e se nós temos mães, porque achamos que os outros não têm? Tudo que é vivo tem mãe, então a gente tem que respeitar as mães de tudo que é vivo.” (Março/2015)

A Vovó, protetora do igarapé da Vovó – fotografia 63, também foi referida como uma das muitas “mães de tudo que é vivo” e, portanto, devendo ser respeitada. Quando necessário, castiga com morte ou adoecimento passageiro, quem a desobedece. Dentre algumas narrativas a respeito, compartilho a seguinte:

um dia a professora ... da UFPA estava com suas alunas fazendo um trabalho de pesquisa aqui, indo para lá e para cá. Aí elas atravessaram o igarapé da Vovó. Passou um tempinho uma aluna dela começou sentir dor na cabeça e todo mundo ficou preocupado. Passou mal mesmo, com muita dor. Será que foi alguma coisa que ela comeu? Será que é a pressão? Gente, ninguém sabia o que era. Aí, por um acaso alguém lembrou que ela andou no igarapé e no reservado perguntaram para ela sobre a menstruação. Era esse o problema. Ela estava menstruada. Olha, ficou ruim, teve que ir embora. (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014)



**Foto 63 – Igarapé da Vovó. Sr<sup>a</sup>. Maria José A. Carneiro, 2016**

Diante da narrativa demonstrei surpresa ao saber que o dever de obediência era extensivo também às pessoas de fora e perguntei como a aluna poderia ter evitado a desobediência se ela desconhecia os valores locais. A Sr<sup>a</sup>. Maria José confirmou que todos estão sujeitos às consequências, mas que alguém da comunidade deve explicar sobre os valores com antecedência. Inclusive há o entendimento de que o castigo foi limitado apenas a dores de cabeça por que a aluna é de fora, por não ter conhecimento prévio sobre o procedimento correto e por não ter tido a intenção de desrespeitar a Vovó e seu igarapé. Caso contrário, poderia ter havido uma morte. Portanto, a produção de saúde é de responsabilidade coletiva.

Uiara (ou Uraia), referida em Pau Furado como protetora das águas e das matas foi responsabilizada por um arrebatamento que causou adoecimento em sua vítima. A Sr<sup>a</sup>. Maria Helena Chaves narrou que Uiara atraiu um morador para o fundo do rio, onde permaneceu por alguns dias, sem que ninguém soubesse notícias dele. O arrebatamento para o fundo deveu-se à entrada no rio em seguida a alguém que praticou algum mal feito. Estando na água, o morador sentiu fortes dores de cabeça e desfaleceu. Quando acordou e percebeu que estava no fundo do rio e na companhia de Uiara, lembrou-se que não deveria aceitar nada para comer ou beber, sob pena de nunca mais subir à tona. Tendo resistido, retornou às margens do rio e sobreviveu,

porém apresentando “problemas de cabeça”. (Agosto, 2014) Para Guimarães e Sousa (2014):

[a] crença das pessoas mais velhas de que nas matas existia um ser sobrenatural que protegia a floresta, por exemplo, remete a valores importantes, que hoje em dia podem não ser encontrados não necessariamente nas visagens ou nas histórias de Uíaras, mas no cuidado do manejo dos recursos naturais e na consciência de seu uso racional. (2014: p. 348)

O choque geracional, evidenciado nas narrativas das senhoras Raimunda Nascimento, Maria Helena Chaves, Maria das Dores Leal, Maria Joana Sousa, Prof<sup>a</sup>. Maria José Carneiro (mãe), Sr. Manoel Silva, entre outras, não pode ser considerado como regra nas comunidades. As narrativas de algumas interlocutoras jovens sugerem respeito e valorização dos conhecimentos locais que, sendo compartilhados, contribuem para o bem estar individual e coletivo. Uma dessas narrativas é de uma jovem Sr<sup>a</sup>., Macionila C. Carneiro, que assim se expressou sobre o que vê como necessário para ter saúde:

[t]em que cuidar da alma da gente e dos que já partiram [pois] alguns podem ficar vagando... Mas, primeiro a gente tem que se cuidar. Para ficar bem eu tenho que acreditar no que eu vejo e no que a senhora vê. A gente tem que acreditar na nossa religião e na religião dos outros, porque eu posso ver uma coisa e a senhora ver outra que eu não vejo. Por isso a gente tem que acreditar. (Abril/2016)

O acreditar no que se vê e no que o outro vê implica valorização dos conhecimentos e na sua difusão. Sendo assim, um aspecto considerado importante no processo de saúde-doença é a troca. Quanto ao saber cuidar dos filhos e a autonomia, a Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso faz análise diferente. Ela afirmou que por vezes, muitos tratamentos de saúde são realizados na própria unidade domiciliar, não necessariamente porque haja desvalorização das habilidades de um(a) especialista local ou mesmo por uma resistência em procurar alguma unidade de saúde. Os tratamentos são “feitos em casa porque as mães de lá [de Bairro Alto] já sabem os sintomas, por isso elas primeiro dão o remédio caseiro, tratam em casa; depois levam na benzedeira ou puxadeira, depende do caso. Aí só depois que procuram médico.” (Agosto/2014)

Embora a referência seja às mães de Bairro Alto, a mesma tendência foi observada nas demais comunidades. Como será demonstrado no sexto Capítulo, os cuidados em saúde são iniciados, na maioria das vezes, na própria casa da pessoa

doente, sendo os remédios caseiros os primeiros recursos terapêuticos utilizados. Talvez esta tendência, aliada ao fato que “as mães já sabem os sintomas”, pode ser uma condição geradora de autonomia também em relação às(as) especialistas locais, a depender do caso.

#### 4.6. É preciso “vizinhar” o que se sabe, se tem e se recebe

Na fotografia 64, a seguir, a jovem Vanessa Carneiro, moradora em Pau Furado, segura em suas mãos dois vidros contendo remédios caseiros. Ela esboça um sorriso, por não acreditar que os remédios, cujo uso é tão comum em sua família e comunidade, poderiam despertar interesse, a ponto de serem fotografados com ela.



Foto 64 – Vanessa Carneiro exibindo os remédios caseiros. 2014

Os vidros surgiram na cena após uma *Caba* (*Hymenoptera: Aculeata*) ter ferrado os dedos de uma criança que brincava perto de mim e de sua mãe, Sr<sup>a</sup> Claudiane de Jesus, enquanto nós conversávamos embaixo de uma ameixeira. Em seguida ao ocorrido, a Sr<sup>a</sup> Claudiane pediu à Vanessa que buscasse um álcool para ser passado nos dedos da criança, o que foi prontamente atendido por Vanessa, que entrou em casa às pressas para buscar. Vanessa retornou com dois vidros de remédio e, tão logo foram utilizados, a criança, aninhada no colo da mãe, foi parando de chorar e aquietou-se. Era só o que eu esperava para perguntar o que continha nos vidros e quem havia preparado.

Fui informada que o vidro à esquerda, de tampa vermelha, continha pétalas de rosa tudo ano e jucá, curtidos no álcool. O remédio foi preparado por uma pessoa da família e tem indicação para ferrada de bichos (insetos), dor de cabeça, e baques; o da direita, de tampa branca, continha catinga de mulata, priprioça e arruda. Além das indicações citadas acima, o remédio também é utilizado para o tratamento de ‘vento’, referido por interlocutoras como sendo o mesmo que ‘derrame’ (AVC). Como explicou a jovem Elizabete Carneiro, irmã da Vanessa:

[e]sse aqui ó [à direita] é lá de Belém, meu irmão foi para lá e uma senhora preparou para ele. Tem uma senhora que prepara e quando vai acabando a cachaça meu irmão vai pondo mais, até comprar outro. Mas o outro, esse aqui [à esquerda], foi minha mãe que preparou, aqui em casa mesmo.

A prática de “vizinhar” relacionada a remédios também foi referida pela Sr<sup>a</sup> Maria Joana Sousa. Ela narrou que “tempos atrás tinha uma médica muito boa em Salvaterra, que [lhe] dava vários tipos de remédio de farmácia [medicamentos alopáticos], principalmente para dor, febre e anti-inflamatório”. (Março/2015) A médica, reconhecendo a distância entre a CQ e o hospital e as dificuldades de acesso, lhe explicava as funções de cada remédio e as condições para o uso.

Conforme a Sr<sup>a</sup>. Maria Joana, tal prática foi muito importante para que ela aprendesse sobre como tratar “alguns problemas de saúde” e também para que pudesse auxiliar a quem necessitasse na comunidade. Não raras vezes foram descritos por interlocutoras que determinada “receita” de remédio foi incrementada por um ingrediente da farmácia, ou por uma planta, tendo sido o aprendizado adquirido de terceiros, não necessariamente dentro da CQ. Os novos conhecimentos podem vir tanto de alguém da própria comunidade, quanto de pessoas que vêm de perto, ou mesmo de longe. Podem vir inclusive de outros mundos, como do ‘fundo’ e do mundo espiritual.

Há os conhecimentos que são transmitidos por amigos, conhecidos, gente de fora; e por familiares, através de gerações. “Porque a minha vó fala: olha, eu me lembro que o Zé Piranha ensinou tal remédio. Então aquela sabedoria que ele tinha, ele deixou para nós e eu passo para os meus filhos a mesma coisa.” (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014) Perguntei à Sr<sup>a</sup>. Gildete dos Santos como ela havia aprendido a puxar barriga (abdômen). Ela afirmou que todas as mulheres da família faziam, tendo

sido tal prática transmitida de geração em geração. Inclusive ela também teve a barriga puxada quando ficava grávida.

Puxar barriga é uma técnica corporal aplicada em mulheres grávidas, definida pela Sr<sup>a</sup>. Gildete como “um jeito de dar alívio à gestante e à criança; às vezes a criança está mal posicionada e puxar ajuda a pôr no lugar. Então deixa a pessoa mais leve e dá um alívio”. (Maio/2016) Nas realidades analisadas por Nobre (2009) a puxação de barriga pode ser realizada em outros períodos que não o gestacional, podendo ser inclusive no resguardo (puerpério). A técnica, aplicada em outras partes do corpo, além da barriga, apresenta também outras 14 finalidades, envolvendo os membros superiores e inferiores, região torácica, virilha e escroto. (Nobre, 2009) Além desses, Soraia Fleischer (2008) também identificou entre especialistas de Melgaço, a puxação de cabelo e pele, entre outros.

Os conhecimentos transmitidos habilitaram Sr<sup>a</sup>. Gildete a também acertar o sexo de crianças, ainda no útero. Segundo ela, o acerto é possível com base na análise dos sintomas, pois “os homens puxam mais” e deixam as gestantes mais debilitadas. Concluiu que as puxações são feitas com óleo de andiroba e orações. A puxação de barriga durante a gravidez, todavia, não deve ser confundida com o acompanhamento feito por parteiras, sendo o objetivo aliviar alguns incômodos da gravidez. (Fleischer, 2008)

Há conhecimentos transmitidos pelos antepassados ou por caruanas (guias/entidades espirituais) que, “sopram nos ouvidos, que falam, conversam mesmo com a gente.” (Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, abril/2015) Tais aprendizados também foram referidos por algumas interlocutoras que, diferentemente da Sr<sup>a</sup>. Amélia, não foram ‘aprontadas’ (preparadas espiritualmente por alguém mais experiente) e nem tem a mesma experiência que ela, mas reconhecem e são reconhecidas como tendo um dom. Elas disseram sentir que são inspiradas a orientar alguém em dificuldade. Pode ser ensinando a preparar um chá, ou mesmo para interceder espiritualmente por alguém. “Eu sonho. Eu tive um sonho e alguém me disse que eu tenho o dom de curar e ajudar as pessoas. [E você exerce seus dons?] Sim, todos os dias, orando e dizendo uma boa palavra, ajudando. Todo mundo tem um dom.” (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, maio/2016)

Há, ainda, o conhecimento adquirido para o exercício profissional remunerado, buscado em instituição formal de ensino. De modo geral esse conhecimento tem sua importância reconhecida, porém, para algumas interlocutoras, não é o mais valorizado e nem o mais exato, porque está sujeito a erros, segundo algumas interlocutoras, por conectar-se e ser sustentado apenas em um dos mundos – “o que a gente vive”. O assunto será aprofundado no último Capítulo. As narrativas e noções sobre saúde aqui compartilhadas subsidiam a análise dos sistemas de saúde identificados em Salvaterra, sua pertinência, condições de acesso, possibilidades de complementariedade, intermedialidade ou integralidade.

## **5. “O remédio caseiro vai até certo ponto e o remédio do médico vai até certo ponto”**

Interpretações sobre saúde-doença, assim como respostas terapêuticas consoantes estão presentes em todas as sociedades humanas.<sup>46</sup> Esther J. Langdon e Flávio B. Wiik (2010) afirmam que todos os elementos que integram a dimensão simbólica acerca da saúde e da doença constituem um sistema de saúde, presente em todo e qualquer grupo social. É com base no sistema cultural que os grupos sociais organizam seus sistemas sociais de saúde ou sistemas de atenção à saúde, os quais:

engloba[m] todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes nesse “cenário”. (Langdon & Wiik. 2010: p. 178 – grifo dos autores)

Pelo exposto, conclui-se que sistemas culturais fornecem os parâmetros, princípios e diretrizes norteadores para o(s) sistema(s) social(is) de saúde que lhe(s) for(em) correspondente(s). Entretanto, a cultura, embora apresente alguns aspectos gerais, é muito mais um “caldeirão de controvérsias” (Barth, 2000: p. 112) do que um conjunto de traços e aspectos coerentes. Além do quê, tanto o compartilhamento da cultura, quanto a participação na vida comunitária ocorrem de formas distintas dentro de um mesmo grupo. (Barth, 2000; Laraia, 1986) Por isso, as narrativas e perspectivas

---

<sup>46</sup> Ver Laplantine (1991), Langdon e Wiik (2010).

sobre saúde, inclusive as que serão compartilhadas nesta tese, revelam diferentes modos que mulheres e homens pensam e experienciam os processos relacionados à saúde, doença, tratamento e cura.

As percepções sobre saúde-doença e sobre práticas terapêuticas, presentes em todas as sociedades, são produtos históricos e variam de acordo com contextos e sujeitos.<sup>47</sup> Sendo assim, modelos etiológicos (explicativos das causas ou origem das doenças) e modelos terapêuticos (explicativos das respostas formuladas para situações de adoecimento) também estão presentes e sofrem variações. (Laplantine, 1991)

Modelos etiológico-terapêuticos “são: construções teóricas de caráter operatório, ou seja, hipóteses de pesquisa elaboradas a partir de uma ruptura epistemológica com relação ao que é superado, e que não podem, portanto, substituir a realidade empírica.” (Laplantine, 1991: p. 34) Visando a demonstrar a existência de continuidades e permanências François Laplantine (1991), mesmo valorizando as variações, buscou identificar o que chamou de invariantes nas representações das doenças e das respostas terapêuticas formuladas em diferentes contextos históricos.

Definindo a própria sociedade francesa como ‘campo de estudo’ Laplantine (1991) entrevistou 81 sujeitos, entre médicos e pessoas que estavam doentes; analisou 152 obras científicas e técnicas relacionadas à saúde-doença e a respostas terapêuticas, além de outras 400 obras, em sua maioria romance. Os resultados do estudo culminaram, entre outros, na construção dos seguintes grupos de modelos, “organizados [...] por pares contrastantes: modelo etiológico – ontológico/relacional; exógeno/endógeno; subtrativo/aditivo e benéfico/maléfico; modelo terapêutico – alopático/homeopático; exorcista/adorcista; aditivo/subtrativo; sedativo/excitante.” (Laplantine, 1991: p. 38)

Embora a busca de invariantes tenha sido utilizada como procedimento metodológico se visou também contestar o que parece ter sido considerado por Laplantine (1991) como um excesso de variação. Assim se expressou o autor:

[s]e, com efeito, tudo varia – como parecem pensar certos autores –, não existe comparação possível, e é por essa razão que a condição prévia de um trabalho como o

---

<sup>47</sup> Ver Laplantine (1991), Langdon e Wiik (2010).

que aqui esboçamos é a crítica sem concessão do relativismo cultural que a etnologia não cessa de perseguir. (1991: p. 39)

Sendo assim, concluiu que apesar da variação que pode parecer evolutiva, os modelos não são inéditos e nem infinitos, porque as representações sobre saúde-doença e as respostas terapêuticas não o são, havendo, portanto, continuidades e permanências. Entretanto, considerando que a realidade empírica tem autonomia sobre as construções teóricas, foram tantas as variantes encontradas, que ao serem incorporadas aos modelos-matrizes sinalizaram inúmeras possibilidades de inter-relação e construção de outros tantos modelos. Ao analisar as concepções de saúde e doença apreendidas em campo, também identifiquei variação nas causalidades de doenças e nas possibilidades de respostas terapêuticas, como pôde ser verificado no Capítulo anterior. Por essa razão não sucumbi à tentação de encaixar as realidades empíricas dentro de nenhum modelo, preferindo interpretá-las, provisoriamente, como expressões de visões pluralistas.

Ao contrário, o que se observa no SSO é a adoção de apenas um modelo. A adoção se afirma com base no pressuposto de que os vários grupos sociais vivendo no país, a despeito das peculiaridades culturais, compartilham de “aspectos da cultura geral, abrigadas sob o que se convencionou chamar de *cultura brasileira*”. (Langdon & Wiik, 2010: p. 178 – grifos dos autores). Entretanto, por trás da noção da existência de apenas uma cultura brasileira, se encontram camufladas as relações de poder, “fator inerente à dinâmica das interações entre vários atores.” (Langdon, 2004: p. 45) Tais relações são exercidas nas várias instâncias institucionais e nos processos que se iniciam antes mesmo do reconhecimento legal de um direito social, e que atravessam a elaboração, planejamento e execução de políticas sociais. (Lima, 2008)

Por ser organizada supostamente a partir de aspectos culturais, ainda que aspectos gerais, Langdon e Wiik, (2010) afirmam que o SSO do Brasil é também um sistema “etnomédico”. Seguindo tal argumento e considerando o sentido etimológico do vocábulo “médico”, ou seja, alguém “que trata, que cura; mágico” (Machado, s/d), todo e qualquer sistema social de saúde seria etnomédico, porém orientando-se por racionalidades distintas.

Em sentido oposto, François Laplantine e Paul-Louis Rabeyron (1989), afirmam que a medicina biomédica não é uma etnomedicina, exatamente pela desconsideração da diversidade cultural e dos sistemas etnomédicos existentes, subjugados e marginalizados. Assim se expressam os autores:

[n]ossa medicina oficial é uma biomedicina e, de forma alguma, uma etnomedicina. Constitui-se como ciência objetiva a custas de uma descontextualização cultural da doença por libertação e autonomia do biomédico, isto é, pela sua emancipação em relação ao social e, em particular, à expressão do social, que se constitui no religioso ou mágico-religioso. (1989: p. 61)

João Pacheco de Oliveira (2004), valendo-se de argumentos semelhantes, afirma que o “olhar iluminista e impositivo [da biomedicina] apaga as diferenças culturais e descarta qualquer racionalidade que não seja a do domínio médico.” (2004: p. 27) Portanto também nega o caráter etnomédico do sistema de saúde orientado pelo modelo biomédico.

O modelo biomédico tem suas origens no movimento renascentista iniciado na Europa em fins do século XIV. Sob a “influência do paradigma cartesiano” (Koifman, 2001: p. 51) promoveu “o deslocamento epistemológico – e clínico – da medicina moderna de arte de curar indivíduos doentes para a disciplina das doenças.” (2001: p. 54) O deslocamento epistemológico afirmado por Lilian Koifman (2001) pode ser considerado uma das principais causas da desvinculação entre o biológico e o social.

Assim, sai de cena o sujeito doente (suas opiniões, sentimentos, cosmologia, experiências e histórias de vida), permanecendo apenas o seu corpo.<sup>48</sup> O corpo, a partir da visão mecanicista, típica do paradigma cartesiano, tem seu funcionamento comparado ao de uma máquina, passível de reparos nas suas várias partes, por quem tem o saber especializado, o médico. Por essa razão, entre outras, o modelo biomédico promove o afastamento entre “o *dono do corpo* e o *dono do saber*.”<sup>49</sup> (Koifman, 2001: p. 53 – grifos do original) O afastamento, por sua vez, parece gerar um sentimento dúbio em relação aos profissionais da saúde e aos espaços institucionais de referência em saúde, entre eles o hospital.

Observei em campo que, ao mesmo tempo em que se busca o acesso ao sistema oficial, muitas vezes interpretado como sendo o hospital, ocorre a contestação

---

<sup>48</sup> Ver Laplantine e Rabeyron (1989), Laplantine (1991), Buchilet (1991), Koifman (2001), entre outros.

<sup>49</sup> Para ampliar a discussão, ver Laplantine e Rabeyron (1989), Laplantine (1991), Buchilet (1991).

e rejeição de suas regras e rotinas, sendo também questionada a capacidade resolutive. Como afirmou Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, para ir ao hospital municipal de Salvaterra tem que “ter muito estômago”, ou seja, ter tolerância para ouvir insultos sem reagir e ter paciência para esperar. (Agosto/2014) O hospital também “é uma dificuldade. O dono do doente fica fora e se não for mulher para acompanhar, a pessoa fica só.” (Sr. Manoel Vasconcelos, março/2015) Em sua narrativa o Sr. Manoel explicou as dificuldades enfrentadas por um homem, para ser acompanhante da esposa que se encontrava internada em um hospital em Belém.

Considerando a diversidade cultural presente no país e em Salvaterra, deve ser reconhecida a existência de mais de um sistema social de saúde operando, ou nas palavras de Laplantine e Rabeyron (1989), de “medicinas paralelas”, coexistindo com a “oficial”. Há várias distinções entre ambas as medicinas, uma delas é a forma de intervenção médica (de cuidar, de tratar).

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controlá-los, as medicinas populares associam uma *resposta integral* a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. (Laplantine, 1991: p. 220 – grifos do autor)

Para ilustrar a diversidade de sistemas médicos existentes na França, Laplantine e Rabeyron (1989) utilizaram as expressões “medicina oficial” e “medicinas paralelas”, mesmo reconhecendo que a distinção não é suficiente para explicá-las. Não o é, segundo eles, porque no âmbito da medicina “oficial” há vários subsistemas cujas práticas são antinômicas; e entre as “medicinas paralelas” há antagonismo entre as várias práticas.

Porém, como não integra os objetivos desta tese identificar ou explicar os subsistemas da “medicina oficial” brasileira nem os antagonismos que porventura existam entre as “medicinas paralelas”; e, ainda, pela impossibilidade de esmiuçar e refletir sobre os vários arranjos, redes de relações e práticas terapêuticas presentes nas medicinas locais, considerarei como sendo apenas dois sistemas de saúde, ou seja, o sistema local ou as “medicinas paralelas” e o sistema oficial ou “medicina oficial”. Eles coexistem no município e, especificamente, no campo de estudo e serão analisados em tópicos mais adiante.

Entretanto, por eliminação de características, posso afirmar que o Sistema de Saúde Local (SSL) não se orienta pelo modelo biomédico, embora possam ocorrer apropriações pontuais de conhecimentos que contribuem para o mosaico de visões identificado. Portanto, ao invés de considerar possibilidades de continuidades e permanências de modelos etiológico-terapêuticos, arrisco a pensar em possibilidades de apropriação, troca e interseção de conhecimentos em ambos os sistemas aqui tratados.

### **5.1. Possibilidades de interseção entre os sistemas de saúde**

Uma das possibilidades de interseção entre os sistemas talvez advenha da “cientificização dos conhecimentos e práticas” (Follér, 2004: p. 133) existentes que, após apropriação retornam (ou não...) aos grupos que lhes deram origem, em forma de medicamentos e práticas terapêuticas.<sup>50</sup> Um exemplo emblemático é a inserção no SUS de práticas tidas como complementares e integrativas, mas que se sabe, são muito anteriores ao sistema médico oficial. (MS, 2006) A apropriação, embora em proporção infinitamente menor, pode também ocorrer no sentido inverso, sendo alguns conhecimentos e produtos incorporados nas práticas terapêuticas locais, como salientou Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento:

antes eu tratava os meus filhos e as crianças que eu benzia só com os remédios caseiros mesmo, mas quando entrei para a Pastoral da Saúde e depois me tornei agente de saúde, fui aprendendo outras coisas e usando. Quando conheci o soro caseiro ‘salva vidas’ passei a usar, a benzer e ensinar as mães a fazer o soro. Fora isso a gente vai aprendendo nos livros, na prática e também com o que vem de Deus, dos santos. (Abril/2016)

O ir ‘aprendendo nos livros’, na experiência da Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição, ocorreu pela educação formal, pelos aprendizados no exercício profissional como ACS e sanitaria e também informalmente, por meio de leituras complementares, reportagens, e programas de rádio e televisão. De certa forma, a trajetória percorrida

---

<sup>50</sup> Ver Beltrão (2004), Figueiredo (2003), Pimenta Salgado (2003).

pela Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição a aproxima ao que Martin A. Ibañez-Novión *et al.* (s/d) define como anatomista popular, que:

se vale tanto de técnicas e praxes consagradas apenas pela tradição como de procederes e métodos de cura assimilados (ao Sistema Médico Ocidental). [...] Domina seu ofício através de uma aprendizagem informal em bases tradicionais; [...] recorre a obras didático-científicas e de divulgação sobre medicina e saúde. (s/d.: p. 90)

Outra possibilidade de interseção vem da subjetividade dos sujeitos em interação. A dimensão subjetiva, o “cada um é cada um”, como afirmado pelo técnico de enfermagem Sr. Hamilton Corrêa Carneiro, trouxe à memória algumas narrativas de interlocutoras oriundas de famílias de especialistas locais que, também tendo algum dom para cura, os busca desenvolver no âmbito do SSO.

O “cada um é cada um” pode ilustrar esse movimento de especialistas locais rumo ao sistema oficial, para onde levam e utilizam os seus dons e conhecimentos. Assim, não é possível afirmar com certeza que nunca se foi benzido, enquanto se buscava tratamento no SSO; ou que nunca se foi tratado sob a inspiração de um ‘caruana’. (Sr<sup>a</sup>. Amélia Rodrigues Paraense; Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento)

Ainda a esse respeito, a Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, que se apresentou como pajé de nascença, narrou que em sua juventude trabalhou em duas unidades de saúde de Belém e, em uma delas, na Fundação Santa Casa de Misericórdia, ela ajudou a realizar vários partos. Ela também narrou que, por ser pajé de nascença, convive com seus companheiros (caruanas, guias espirituais, cavalheiros) desde a infância, os quais a instruíram em tudo o que precisava aprender para desenvolver e praticar o seu dom. Sendo assim, os partos que realizou, ainda que tenha sido em espaços institucionais, organizados supostamente apenas pela racionalidade biomédica, provavelmente foram acompanhados de perto e, talvez realizados de fato, por seres que se orientam por outras racionalidades.

Interseções também podem vir de sensibilidades médicas, que buscam “soluções que se sucedem por discontinuidades significativas ou que, pelo contrário, combinam-se entre si, fazendo surgir assim, ao mesmo tempo, rupturas e permanências. [...] Fazem-no, porém, sempre a partir de alguns grupos genéricos.” (Laplantine, 1991: p. 45) Pelo exposto, não se pode afirmar que os sistemas de saúde, aqui tratados, sejam herméticos.

Todavia a “relação Intermédica” (Greene, 1998: p. 652) não se desenvolve, via de regra, pelas mesmas razões e interesses. Na perspectiva biomédica, a “relação intermédica” poderia contribuir para “cientificar” as medicinas não ocidentais. Nas perspectivas de praticantes dessas medicinas e, no caso específico analisado por Greene (1998), dos shamans Aguaruna, a apropriação de procedimentos biomédicos tende a legitimar e revalidar a “crença social” nas práticas shamânicas. A apropriação de procedimentos biomédicos e a valorização da educação formal também foram demonstradas em campo, embora não possa ser afirmado tratar-se das mesmas intenções dos shamans Aguaruna.

Situada no âmbito da colaboração, a intermedicalidade também tem sido “definida e interpretada [como] zona de contato específica, construída em um determinado loco – o encontro entre diferentes tradições médicas”. (Follér, 2004: p. 133) Porém, a colaboração que possibilitaria a intermedicalidade é permeada por assimetrias que delegam aos sujeitos envolvidos diferentes posições e papéis.<sup>51</sup> Mas talvez, devido às assimetrias impostas, o “encontro” se configure muito mais como um desencontro.

O estudo realizado por Pedro Paulo F. Piani (2007) na CQ Mangueiras, situada em Salvaterra é o único sobre o qual tomei conhecimento, que reflete sobre intermedicalidade ou integralidade de conhecimentos e práticas terapêuticas em territórios quilombolas. O objetivo do autor foi “refletir sobre práticas integrativas no campo da Saúde, a partir do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde [e verificar] sua efetivação.” (2007: p. 12) Para isso, além da observação participante, o pesquisador dialogou com profissionais da saúde das áreas meio (técnica, administrativa, e gestão) e fim (assistência à saúde), com especialistas locais atuantes em Mangueiras e também com moradores, visando compreender as representações sobre a existência de integralidade. (Piani, 2007, 2010)

Encaradas com sentimento ambíguo, as práticas terapêuticas foram vistas por uma interlocutora de Piani (2007) como “um problema né, não tanto aqui na zona urbana, mas na zona rural eles ainda usam muito.” (2007: p. 116) Entretanto, a mesma interlocutora reconheceu posteriormente que o uso de remédios caseiros e a atuação

---

<sup>51</sup> Consultar Greene (1998), Silveira (2004), Landgon (2004), Follér (2004).

das benzedeadas são proveitosos para o sistema oficial. Em sua opinião, “isso aí vale a pena porque muitos né não vêm ao hospital porque resolvem o seu problema lá com o seu remédio caseiro e também nessa parte aí das benzedeadas”. (2007: p. 116) Outra interlocutora, embora não verbalize que o uso das práticas terapêuticas seja “um problema”, ela questiona os ‘pacientes’ que demoram a buscar tratamento no hospital por estarem tomando remédios caseiros.

Então eu digo assim: você demorou uma semana pra vir pro hospital? [...] porque que a senhora demorou tanto pra vir para o hospital? Então primeiro eles vão tomar essas ervas, esses medicamentos pra depois procurar o médico e isso às vezes agrava a saúde das pessoas. (Piani, 2007: p. 117)

Piani (2007) concluiu que todos os profissionais da saúde com os quais dialogou têm conhecimento do uso das práticas terapêuticas locais por parte dos moradores de Mangueiras. As práticas, mesmo sendo conhecidas por muitos profissionais da saúde; mesmo sendo respeitadas e, inclusive utilizadas por alguns, permanecem à margem do SSO. Portanto, embora envolvendo sujeitos diferentes e em contextos distintos a integralidade, como denominado por Piani (2007, 2010), e a intermedicalidade,<sup>52</sup> são permeadas pelas mesmas assimetrias. Afinal, o SSO, o SUS, inclusive adjetivado como único, é organizado oficialmente por apenas um modelo, o biomédico.

Entretanto, da mesma forma que divergências individuais acerca de identidades étnicas não podem invalidar a identidade coletiva, variações e divergências acerca da saúde-doença não deslegitimam a importância, por exemplo, de uma prática local em relação à outra; ou mesmo em relação às práticas inerentes ao SSO. O mesmo se aplica em relação às preferências e percepções acerca dos(as) especialistas locais e profissionais da saúde.

## 5.2. Distinções entre especialista local e profissional da saúde

Faço distinção entre profissional da saúde e especialista local com base nos parâmetros definidos por Ibañez-Novión *et al.* (s/d), por interlocutoras, entre elas, Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro e por especialistas locais, entre os(as) quais D. Amélia R. Paraense e os Srs. Manoel Cipriano Leal e Manoel de Souza Macedo (Manduca). Ibañez-Novión *et al.* (s/d) elencam uma série de características que, em suas opiniões, definem um

<sup>52</sup> Consultar Greene (1998), Silveira (2004), Landgon (2004), Follér (2004).

“profissional da medicina popular” ou “profissional da saúde” sendo a primeira delas a de ser “detentor de um conhecimento médico especializado”. (s/d: p. 89) Outra característica é o desenvolvimento, tanto de práticas terapêuticas de manipulação direta no corpo da pessoa doente, quanto simbólicas, como rezas e cantos e a diversificação de fontes de aprendizagem, provenientes de “bases tradicionais [...] didático-científicas [e] de divulgação sobre medicina e saúde.” (s/d: p. 90) Uma terceira característica, entre outras, é a dedicação exclusiva.

Algumas das características listadas foram observadas nas narrativas dos(as) especialistas e sobre eles(as), especificamente acerca: a) do conhecimento especializado, compreendido como “aquele cuja obtenção se faz através de uma aprendizagem *secundária* (acessível apenas a indivíduos que optam pelo exercício de certos papéis, correlacionados a identidades adquiridas desta maneira).” (Ibañez-Novion *et al.*, s/d: p. 89 – grifo dos autores) E, b) das práticas terapêuticas, interpretadas como sendo toda prática simbólica, de manipulação do corpo, de plantas e de animais para fins terapêuticos.

Os outros dois critérios, o aprendizado em “bases didático-científicas” e dedicação exclusiva não se constituem regra entre os(as) especialistas. Ao contrário, eles(elas) atuam profissionalmente como pescadores, construtores de embarcações, agricultores familiares, vereadora e funcionária pública, entre outras. A exceção de uma especialista os(as) demais tiveram fontes de aprendizagem bem distintas das “didático-científicas” afirmadas por Ibañez-Novion *et al.* (s/d). Outra razão que me leva a declinar de considerar como equivalente especialista e profissional da saúde é o significado negativo, por vezes atribuído a este último, diante de atos de descaso, negligência e preconceito praticados.

Além do mais, há que atentar para as autoapresentações observadas em campo, feitas inclusive a partir dos próprios dons e habilidades. Embora o Sr. Manoel Cipriano Leal seja classificado por terceiros como pajé, quando o indaguei sobre a melhor forma de me referir a ele, recebi a seguinte resposta: “eu sou curandeiro da terra. Curo flechada de bicho, tiro bruxaria, quebranto, mau olhado; curo baque, rasgadura da carne. Faço emplastro, ventosa, curo espinhela caída”. (Agosto/2016) Tendo argumentado que várias pessoas com as quais dialoguei se referiam a ele como

pajé ele esclareceu que um pajé e um curandeiro são equivalentes, mas ele se denominava um curandeiro. “Um pajé ou curandeiro benze e cura”. Mas e uma benzedeira? Indaguei. “Benze”, ele respondeu. (Agosto/2016)

Divergências entre auto e hetero-classificação foram verificadas em relação a outros(as) especialistas locais e serão aqui tratadas. Tais divergências também foram identificadas por Piani (2007) na CQ Mangueiras, onde os(as) especialistas “são denominados e também se auto-denominam de diferentes formas e de acordo com os seus ofícios.” (2007: p. 96) Antes, porém, de adentrar na questão é pertinente discutir sobre o termo ‘pajé’, ainda que na medida necessária para o esclarecimento. O termo que origina-se do Tupi, foi catalogado no século XVI em referência a determinado grupo de indivíduos tidos como “muito dados a agouros, & feitiços, & deste officio há entrelles homẽms, & molheres a que chamão pagés, ahos quaes crem tudo ho que dizẽ, & hos tem em muita estima.” (Machado, s/d)

A partir de meados do século XX o termo pajé vem sendo utilizado para designar os que “tem o poder de curar doenças naturais, assim como tem o domínio de técnicas para lidar com sobrenaturais e, mesmo, controlá-los para benefício do homem.” (Galvão, 1955: p. 118) Foi ainda Eduardo Galvão (1955), baseado em estudos realizados em Gurupá, estado do Pará, quem identificou equivalência de significados das práticas terapêuticas realizadas por curandeiros e pajés. “Curador, o mesmo que pajé, [é] indivíduo dotado de poderes sobrenaturais, capazes de controlar os companheiros do fundo e utilizar seus poderes para a cura de doenças.” (1955: p. 197) Ao comparar as finalidades das ações de pajés e de santos católicos, Galvão (1955) afirma que as ações dos santos têm dimensão coletiva e as dos pajés um caráter individual. Entretanto, pondera que os santos não têm o mesmo poder de cura que pajés.

A ‘pajelança’, derivação do termo pajé, diz respeito à prática mediúnica na qual entidades sobrenaturais, denominadas de ‘encantados’ ou ‘caruanas’, incorporam nos pajés. (Maués, 1990, 1994, 2002) Com origens no xamanismo indígena de povos Tupi, a ‘pajelança’, ainda que, igualmente ao xamanismo, seja destinada à cura de doenças, distingue-se por “não possui[r] autonomia ou identidade própria, como outras manifestações religiosas.” (2002: p. 54) Consiste, portanto, em uma prática ritualística

mediúnica que integra influências indígenas, do catolicismo, do kardecismo e de religiões de matriz africana, especialmente a Umbanda, todavia, não se pode afirmar a existência de sincretismo. (Maués, 1990, 1994, 2002)

Embora as atividades terapêuticas de curandeiros e de benzedeadas, não consistam em uma religião, todos(as) os(as) especialistas locais com os(as) quais dialoguei, sem exceção fizeram menção a Deus, numa perspectiva cristã. Inclusive houve o reconhecimento de ser Ele, Ser supremo, quem reparte os dons. A Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, antes de ser fotografada teve o cuidado de colocar um terço em seu pescoço; e a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento, como se vê na fotografia 65 desejou exibir as imagens de Jesus Cristo e de Nossa Senhora da Conceição.



Foto 65 – Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento. 2016

Alguns(mas) especialistas mencionaram, ainda, buscar orientação em santos e santas católicas, mantendo em suas casas imagens de santos, cartazes alusivos a eventos religiosos, como o Círio e altares. Vínculos de especialistas locais com o catolicismo foram também identificados por Maués (1994, 2002, 2008) em outras localidades, o que lhe permitiu afirmar que “se inquiridos a respeito de sua identidade religiosa, tanto curadores ou pajés, quanto os participantes locais dos cultos de pajelança, dirão sempre que são católicos.” (Maués, 2002: p. 54)

Apesar das influências recebidas de religiões de matriz africana, do kardecismo e do catolicismo, a ‘pajelança cabocla’ vem sendo considerada como parte do ‘catolicismo popular’ pela expressiva “participação nas crenças e práticas”. (2002: p. 54) A expressão ‘catolicismo popular’ não tem conotação de classe social, sendo utilizada pelo autor para designar um conjunto de práticas desenvolvidas por leigos católicos, que se opõem ou destoam dos cânones oficiais. Algumas dessas influências foram observadas em campo e podem ser identificadas nas narrativas, especialmente as que serão apresentadas no tópico que aborda o SSL.

Entretanto, a Umbanda, mencionada por Maués como uma das principais bases religiosas da pajelança, teve sua influência negada por interlocutoras, inclusive se fez distinção marcante entre pajé e ‘batuqueiros’. Estes últimos foram referidos como praticantes da Umbanda, “de outra linha, outra coisa”, cujas práticas não se confundem com as de um(a) pajé ou curandeiro.

Considerando as peculiaridades apresentadas pelos rituais da ‘pajelança’ na Amazônia, uma delas, as maiores ocorrências em áreas rurais ou envolvendo pessoas oriundas dessas áreas, Maués (2008) a adjetivou de ‘cabocla’ ou ‘rural’. Outra razão são as várias influências da pajelança onde é praticada, que podem equipará-la a um fato social total. (Maués, 2008) A pajelança cabocla ou rural, portanto, “se apresenta como um sistema terapêutico, integrado a um sistema mais amplo de várias formas de medicinas populares, que compõem o sistema médico global em que se integram populações rurais ou de origem rural.” (Maués, 2008: p. 121) Sendo assim, o pajé não é o único especialista atuando no sistema médico, embora possa exercer as funções de uma benzedeira, parteira – se for uma pajé, de um(a) experiente – conhecedor da

fauna e flora. O contrário, todavia, não pode ocorrer, porque só o pajé é inspirado. (Maués, 1999, 1994, 2008)

Retornando às divergências entre auto e hetero-classificação, também indaguei ao Sr. Manoel de Souza Macedo (Manduca) sobre a melhor forma de se referir a ele e como ele se definia e, mais uma vez, a resposta foi dada a partir das habilidades e dons. Assim se expressou o Sr. Manoel: “sou curandeiro, cirurgião [sorijão], porque eu trato de sacadura [deslocamento de osso]... Mas eu também atendo pessoas com baque, gripe, dor de cabeça, febre...” (Abril/2016)

A Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, também indagada a respeito se definiu como “benzedeira e parteira”, embora não tenha mais partejado, devido à idade, recém-completados, 89 anos. Ela justificou que atuou como pajé ao longo de praticamente toda a vida, mas devido à idade avançada havia deixado de atuar, tendo sido há algum tempo apenas benzedeira. (Abril/2016) Ao ser indagada sobre as diferenças entre pajé, ‘bate-costa’, benzedeira e curandeiro ela explicou tratar-se de rituais e formas de atuação e não, como erroneamente eu pensava, de níveis hierárquicos definidos pelo poder espiritual.

Se bem entendi, há equivalência entre um(a) pajé ou ‘bate-costas’, sendo a denominação bate-costas, feita com base na posição que o(a) especialista espera e recebe seus companheiros espirituais, sentado(a) em um banco, batendo as costas na parede. Há necessidade de concentração, preparação e purificação do corpo, que é emprestado para os seres do ‘fundo’ – animais de várias espécies e índios. O ‘fundo’ foi referido por interlocutoras como sendo a morada dos encantados, podendo ser igarapé, rio ou mar. Pena, maracá e assobios fazem parte do ritual. (Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, abril/2016) Curandeiros e benzedeira, ainda de acordo com a Sr<sup>a</sup>. Amélia e, conforme compreendido por mim, diferem de pajés e ‘bate-costas’, por não emprestarem os corpos aos seres do ‘fundo’, embora recebam orientações e influências indiretas pelos “olhos da fé.”

Diante das divergências observadas, busquei em Maués (2002) subsídios teóricos, todavia, sem a menor intenção de questionar os discursos dos especialistas em foco ou o direito legítimo de se declararem como bem desejarem. O fiz, tão somente objetivando, a partir de uma perspectiva antropológica, trazer em questão

mais um elemento que, não se contrapondo ao que foi dito, soma-se a ele, talvez revelando o não dito. Para Maués (2002), os termos pajé e pajelança têm um sentido pejorativo que desagradam os(as) oficiantes. Quanto ao termo pajelança, afirma o autor tratar-se de “um rótulo utilizado pelos antropólogos e por pessoas das cidades maiores que eventualmente freqüentam esses cultos.” (Maués, 2002: p. 54)

Mas além da auto-apresentação, há as hetero-classificações sobre o ser um profissional da saúde, um(a) pajé, curandeiro ou uma benzedeira, portanto um(a) especialista. Quem explica as diferenças é a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro.

O pajé, o benzedeiro tem o dom de cuidar da saúde, o médico é só um profissional. Quem tem dom faz com amor e respeita as pessoas [...] larga a roça, tudo o que tiver fazendo e sai de casa qualquer hora do dia ou da noite para acudir, mas a consulta médica você tem que marcar.” (Agosto/2014)

Não só as práticas terapêuticas, mas também a conduta no trato de pessoas doentes e de seus familiares, bem como as posturas adotadas diante da dor do outro são vistas como divisores entre o ser um profissional da saúde e o ser curandeiro ou benzedeira. “O pajé? O que? A gente nem precisa pedir [...] Quando minha filha ficou doente eles [Srs. Manoel Cipriano e Manoel Macêdo] ensinavam os remédios e ainda mandavam as folhas. Eu nem precisei pedir. Eles são assim.” (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014)

Além das diferenças estabelecidas entre profissionais da saúde e especialistas benzedeiras e curandeiros, foram observadas hetero-classificações acerca da capacidade de resolutividade destes últimos. A idéia da existência de hierarquia entre especialistas locais, baseada nos seus poderes e, portanto, no poder de efeito de suas práticas, foi externada por algumas interlocutoras não especialistas, sendo hierarquizados os atos de uma benzedeira e de um curandeiro.

Uma benzedeira resolveria apenas problemas simples e um curandeiro, como o próprio nome sugere, pode curar qualquer doença. Um(a) pajé de nascença teria mais poder de cura do que um(a) pajé de ‘agrado’ (que recebeu o dom por herança ou agraciamento de algum caruana). Uma parteira tem poder para benzer, mas uma benzedeira, não necessariamente, teria capacidade para partejar (realizar partos). Ou, ainda, uma parteira de dom ou de guia teria mais poder do que uma parteira que só tem as habilidades técnicas; por sua vez esta teria maior capacidade resolutiva do que

a curiosa que só apara as crianças ao nascer. O ‘aparar’ é utilizado pelas pessoas do lugar como sendo o segurar a criança quando nasce; ou então, em referência ao parto, propriamente dito, quando se ajuda diretamente a parturiente e a criança que está nascendo. Sobre as diferentes classificações de parteiras é a Sr<sup>a</sup>. Raimunda de Jesus Corrêa Carneiro quem vai nos explicar:

parteira de guia é quando traz o dom de nascimento, é parteira de fundo, que nasce com o dom; a curiosa é aquela que aprendeu observando e ajuda, apara criança, mas não resolve tudo; tem parteira que não tem dom de nascença, mas que aprende a fazer tudo; também tem parteira que trabalha, que faz tudo, mas alguém orientando. (Maio/2015)

Ressalta-se que nenhum dos(as) especialistas locais com os(as) quais dialoguei confirmou a existência de algum tipo de hierarquia entre eles(as), embora reconheçam que há especialidades e/ou práticas terapêuticas permitidas ou não, com base nos dons e no consentimento dos guias ou companheiros espirituais. Até onde foi possível observar, a diferenciação não é hierarquizante, porque as práticas não são hierarquizadas. Ao contrário, a importância de todas elas é legitimada dentro do SSL.

Por exemplo, a função de um(a) ‘servente’ é essencial durante os trabalhos mediúnicos, pois é o(a) servente quem auxilia diretamente o curandeiro (pajé ou ‘bate-costas’), fazendo anotações, servindo-lhe bebida, cigarro e tomando quaisquer providências que se façam necessárias. Igualmente uma parteira, ainda que seja a ‘curiosa’, pois em uma situação de parto é ela a especialista que pode dar resolutividade e não um curandeiro, devido a restrições para partejar.

Também não foi mencionada nenhuma hierarquia entre os seres do ‘fundo’ ou do ‘ar’, por exemplo. Visando ao melhor compreender as diferenças entre os denominados ‘bate-costas’ e ‘batuqueiros’, perguntei à Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense se suas práticas seriam equivalentes e se ela mantinha proximidade com estes últimos. Em resposta explicou que ‘ar’ e ‘fundo’ são mundos diferentes e embora não conviva com pessoas do ‘batuque’ eles se respeitam.

Acerca da diferença entre os dois mundos mencionados, Francilene de Aguiar Parente (2009) identificou situação diferente nas CQ’s África e Laranjituba, situadas no município de Moju, no Pará. Bem ao contrário do identificado em Salvaterra, onde se faz distinção entre curandeiros e “pessoas do batuque”, Parente (2009) encontrou em

campo o “seu Messias” que reúne ambas as práticas. “Ele trabalha com pena e maracá e umbanda, que para ele é a mesma coisa; ao perguntar por que considerava os dois a mesma coisa, ele respondeu por que era.” (2009: p. 20)

As diferentes formas de percepção acerca das práticas terapêuticas e de seus praticantes, assim como de autoapresentação e hetero-classificação podem indicar a diversidade de expressões da ‘pajelança’. Em relação a esta questão Didier de Laveleye (2008) afirma que “[e]xistem tantas pajelanças quantos povos diferentes existem no Norte do Brasil, tanto nas sociedades indígenas quanto no mundo “caboclo” ou camponês.” (2008: p. 113 – grifo do autor) Laveleye critica a tendência, segundo ele, “clássica em Antropologia” (2008: p. 114) de se buscar a unidade etnográfica, isso feito, muitas vezes a custas do apagamento da própria diversidade, que deveria ser alvo de estudos e atenção. Em se tratando do SSO, muito mais do que uma tendência, se tem a concretização do apagamento.

Considerando que “o sistema de atenção à saúde é um modelo conceitual e analítico, não uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda” (Langdon & Wiik, 2010: p. 179), tentarei demonstrar nos tópicos a seguir alguns dos aspectos que podem explicar e diferenciar ambos os sistemas. Ambos, enquanto “modelo[s] conceitua[is] e analítico[s]” se materializam através de uma gama de arranjos e relações sociais que, mesmo marcadas por distintas perspectivas sobre saúde-doença, por vezes se interconectam.

### **5.3. “Olha, a saúde aqui na comunidade está crítica”: configurações do SSO**

A Constituição de 1988 estabeleceu no âmbito jurídico formal, bases legais de cidadania, que se expressam, dentre outros, pelo reconhecimento da saúde como direito fundamental. A efetivação desse direito deve ser via SUS, por meio do qual as políticas de saúde, ou ações programáticas de saúde devem ser operacionalizadas. O Sistema é fruto de lutas políticas protagonizadas por segmentos da classe trabalhadora ao longo de três décadas. Neste ativismo ganharam destaque os movimentos: Popular em Saúde (MOPS), Médico e o Reforma Sanitária (MRS), que iniciados nos primeiros

anos da ditadura militar, configuraram o movimento social em prol da saúde no contexto da época.<sup>53</sup>

Como resultado do movimento social pela saúde, o SUS foi concebido com base em princípios éticos dos quais se destaca a universalidade e igualdade de acesso, participação e controle social, resolutividade e integralidade. Princípios cuja consolidação depende da implementação de padrões organizacionais diferenciados dos que vigoravam, no âmbito da política pública de saúde, antes do SUS. Se antes prevalecia o modelo médico curativo e hospitalocêntrico, com práticas de cuidado individualizadas, os termos inscritos na CF/1988 impuseram a necessidade de alteração dos padrões até então vigentes. Por isso a Lei Orgânica da Saúde (LOS) prevê ações individuais e coletivas, com ênfase na prevenção de doenças e agravos, na promoção e recuperação da saúde das populações. Visando à concretização dos princípios éticos foram estabelecidos os princípios organizacionais, com destaque para a descentralização político-administrativa e a regionalização, a fim de aproximar usuários do SUS aos serviços e ações de saúde, sob o pressuposto de que o conhecimento das demandas reais contribuiria para a formulação de respostas mais rápidas e eficazes, aumentando os níveis de resolutividade.

Outro princípio aprovado – hierarquização das ações e serviços – instituiu níveis de atenção à saúde de acordo com a complexidade – alta, média e baixa, devendo o Estado os disponibilizar a quem deles necessitar, independente do local de moradia, sexo, raça, idade, condição socioeconômica. É no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que são organizadas e operacionalizadas todas as ações e serviços de baixa complexidade, que constituem o primeiro nível de atenção, denominado de Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS).

Embora ambos os termos refiram ao primeiro nível de atenção, as práticas de APS desenvolvidas no Brasil desde a década de 1940 e o termo APS foram “associad[os] ao enfoque restrito, predominante nos processos de reforma da América Latina e das agências internacionais. Tal visão, hegemônica no plano internacional, era incompatível com os princípios de universalidade e integralidade do SUS.” (Castro &

---

<sup>53</sup> Teixeira e Mendonça (1995), Gerschman (2004), Paim (2009), entre outros.

Fausto, 2012: p. 173) Por isso o termo Atenção Básica é mais utilizado no Brasil, em detrimento do APS, mais utilizado em âmbito internacional. (Castro & Fausto, 2012)

Esse nível é considerado a ‘porta de entrada’ para o SUS, devendo a PNAB ser efetivada em todos os municípios e junto a todas as populações. (Carvalho & Santos, 1992) A PNAB organiza e operacionaliza todas as ações e serviços de baixa complexidade, que constituem o primeiro nível de atenção. É a Política que, em tese, tem maior capilaridade no âmbito do SUS, pela qual deveria ocorrer a transversalidade com as Políticas Nacionais de Educação e de Assistência Social, inclusive para efeitos de avaliação do Programa Bolsa Família (PBF). Portanto, por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde deveriam estar à ‘porta’ de qualquer brasileiro e de estrangeiros vivendo no país. (Carvalho & Santos, 1992)

Tomada em seu conjunto, a CF/1988 ao reconhecer direitos sociais a determinados coletivos, indiretamente também instituiu o princípio da equidade. Como referido, os artigos 215 e 216, ao mesmo tempo em que inauguraram o reconhecimento de direitos culturais a grupos etnicamente diferenciados vivendo no país, impuseram ao Estado o dever de ser o guardião dos direitos desses grupos, a exemplo dos coletivos aqui tratados. Porém, equidade no âmbito da política de saúde parece pensada apenas em relação ao acesso às ações e serviços organizados pela lógica biomédica, não necessariamente, abarcando as várias concepções e práticas locais de cuidado, como foi abordado no item 2.6.

O SUS em Salvaterra, igualmente como ocorre em outras regiões do país, é operacionalizado por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). (MS, 2011-a) A RAS, também denominada por Jairnilson P. Paim (2009) de “subsistema do *sistema de saúde*, [é integrado por um] conjunto de *agentes* e *agências*, públicos ou privados, que se relacionam entre si, [visando] à atenção à saúde dos indivíduos e das populações.” (2009: p. 17 – grifos do autor)

O SUS pode ser considerado como sistema hegemônico no país, entretanto, a hegemonia, ao menos em Salvaterra, se baseia apenas no fato de ser o sistema oficial e não, necessariamente, pela universalidade do acesso e resolutividade. A quantidade de especialistas locais em atuação e o acesso restrito não deixam dúvidas sobre o

caráter apenas formal dessa hegemonia. Além dos(as) seis especialistas referidos(as) nesta tese e sobre outros(as) tantos(as) que se ouviu falar, há os(as) que foram identificados(as) nos estudos realizados por Piani (2007) – sete, apenas na CQ Mangueiras em Salvaterra; por Thamirys Di Paula C. Matos (2015) – nove, sendo três em Salvaterra e seis em Soure; e por Patrícia C. Cavalcante (2008) – seis, apenas na Vila Condeixa em Salvaterra.

Em 2012 e 2013 a SESPA realizou trabalhos de auditoria em Salvaterra, que envolveram quatro unidades de saúde da Atenção Básica e a própria Secretaria Municipal de Saúde. Em 2014 e 2015 o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) também realizou dois trabalhos no município, um em cada ano. Todos os sete relatórios das auditorias indicaram inconformidades. A auditoria realizada pelo DENASUS em 2014 teve por objetivo avaliar todos os serviços e programas da Atenção Básica e a aplicação de recursos. A maioria das justificativas apresentadas pela Secretária de Saúde, Sr<sup>a</sup>. Leila Cristina Freitas Maia, para as inconformidades identificadas foi recusada pelos auditores. (MS, 2014) Em 2015 a finalidade da auditoria foi “avaliar a política de atenção integral à saúde quilombola,” (MS, 2015-b) especificamente a implementação de ações para populações quilombolas; oito dos nove quesitos avaliados destoavam do normativo e, para nenhum deles a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sequer formulou justificativa.

A frase que intitula este tópico foi proferida pela Sr<sup>a</sup>. *Jindu* em referência à política pública de saúde e não à situação de saúde dos moradores. A narrativa, compartilhada mais adiante, é emblemática para ilustrar fatos que acontecem não apenas em Pau Furado, mas também nos demais CQ's do estudo. A narrativa revela a (des)organização dos serviços públicos de saúde e põe em xeque a veracidade de dados disponibilizados pelo Poder Público, ainda que não tenham sido essas as intenções da Sr<sup>a</sup>. *Jindu*.

Consta no Cadastro de Estabelecimentos Nacionais de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde (MS) que há em Salvaterra 15 estabelecimentos públicos de saúde, assim classificados: um hospital municipal, a Secretaria Municipal de Saúde, cinco Unidades de Saúde da Família (USF) e oito Postos de Saúde, dos quais seis localizam-se nos territórios quilombolas – Bairro Alto, Caldeirão, Bacabal, Campinas,

Mangueiras e Rosário. (MS, 2016-a) O hospital é a única unidade de referência para toda a população residente no município. Porém, mesmo sendo um lugar para atendimento de urgência e emergência, há que se ter uma ficha para atendimento.

As demais unidades organizam o atendimento da população por adscrição. “A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado”. (Brasil, 2011-b) Nessa lógica a população quilombola do estudo está referenciada da seguinte forma: USF Passagem Grande – Pau Furado, Bairro Alto, Santa Luzia, Deus me Ajude, Bacabal e Salvar; USF Jubim – Rosário.

Dos estabelecimentos cadastrados, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) é o único que deve desenvolver funções apenas burocráticas, referentes à própria gestão da Política de Saúde, ou voltadas diretamente ao usuário, em situações pontuais, por exemplo, encaminhamentos oficiais para realização de algum tratamento em Belém ou outro município com o qual se tenha pactuação. Cada posto de saúde geralmente tem apenas um profissional de nível médio cadastrado, em sua maioria, auxiliar ou técnico de enfermagem, embora devam contar com o apoio de um Agente Comunitário de Saúde (ACS), geralmente lotado na Unidade de Saúde da Família (USF’s) de referência.

Dando seqüência à sua frase – “a situação da saúde aqui está crítica” – Sr<sup>a</sup>. *Jindu* narrou que “antes tinha uma agente de saúde que vinha aqui. Ela é lá do Bairro Alto. Como ela se candidatou [e foi eleita para o cargo de] vereadora ela não vem mais”. (Agosto/2014) A ACS a qual Sr<sup>a</sup>. *Jindu* se refere é a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento, que também é benzedeira e está fazendo uso do direito legal de se afastar das funções para cumprir mandato político. Foi reiterado que a ACS, quando estava no efetivo exercício do cargo visitava as casas com regularidade e ajudava a todos na marcação de consultas, exames e no que mais se fizesse necessário. Ocorre que a profissional não foi substituída durante o afastamento, ficando a comunidade desprovida.

O posto de saúde em Bairro Alto, referência para Pau Furado, conta com dois profissionais, um técnico de enfermagem, Sr. Roberto César Araújo Souza e uma auxiliar de serviços gerais, Sr<sup>a</sup>. Gildete dos Santos; são eles que desenvolvem as

funções do ACS. “Ele [Sr. Roberto Souza] vai nas casas, dá os avisos, tudinho. E eu vou junto”. (Sr<sup>a</sup>. Gildete dos Santos, maio/2016)

Como não há Postos em todas as comunidades, uma das estratégias comumente utilizadas por gestores da Política de Saúde é a designação de um ACS para atuar onde não há sequer um “postinho”.<sup>54</sup> A estratégia simula uma cobertura da população; uma garantia de acesso ao SUS; enfim, simula o cumprimento dos princípios de descentralização e de equidade. É o que acontece em Santa Luzia, Deus me Ajude e Salvar; e em Pau Furado nem isso acontece.

Em Pau Furado “não, não tem [ACS]. Que nada. [Já veio algum enfermeiro do posto de saúde, fora o Sr. Hamilton, para visitar as casas?]. Só para dar vacina e mais nada”. (Sr<sup>a</sup>. Jindu, agosto/2014) Registre-se que a situação continuava exatamente da mesma forma quando estive em campo pela última vez, em agosto de 2016.

Outra estratégia utilizada é a destinação de equipes multiprofissionais para atender esporadicamente em forma de mutirão, semelhante ao modelo campanhista que predominou oficialmente no país e, pelo visto, vigora em realidades quilombolas, não apenas em Salvaterra. (Oliveira, 2011) Pode ocorrer também o deslocamento esporádico apenas do profissional de enfermagem só para vacinar. Como narrado pela Sr<sup>a</sup>. Izabeli da Silva Leal, os mutirões são “só para dizer que fez. Eles não resolvem muita coisa.” (Maio/2015)

A Sr<sup>a</sup>. Izabeli da S. Leal narrou que ela e a irmã tentaram atendimento no último mutirão realizado em Bacabal, cuja data não foi lembrada. Ambas se deslocaram de Santa Luzia, cada uma em uma bicicleta, conduzindo algumas das crianças da casa. Em Bacabal foram informadas que as fichas para o mutirão estavam esgotadas e que não foram suficientes sequer para os de Bacabal. Inconformadas elas protestaram e questionaram a organização e o sentido de se fazer mutirões seguindo a mesma lógica utilizada na USF, ou seja, com limitação de fichas. Por que protestaram, sofreram acusações de serem “barraqueiras” e foram recriminadas por moradores de Bacabal por que estariam “fazendo bagunça na comunidade deles.” (Sr<sup>a</sup>. Izabeli Leal, maio/2015)

---

<sup>54</sup> Ver Piani (2007), Borges (2010, Cavalcante (2011-a), Oliveira (2011).

Algo que foi muito reiterado nas narrativas e que parece naturalizado é a disposição, quase em tempo integral, dos profissionais da saúde que moram nas comunidades para atender a quem os procura. Foi narrado que eles atendem a qualquer chamado mesmo fora do horário oficial de trabalho. Em Pau Furado presenciei o Sr. Hamilton Carneiro sair às pressas em seu dia de folga para socorrer moradores. Certamente por isso ele foi considerado por vários moradores, entre eles a Sr<sup>a</sup>. *Jindu*, como “a única pessoa que dá atenção para gente aqui, quando a gente precisa é ali, o rapaz ali. Quando a gente está doente, às vezes com febre, ele vem aplicar [injeção] e também não cobra nada.” (Agosto/2014)

Em Bacabal foi informado que a técnica de enfermagem do posto de saúde, Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Santos do Nascimento também procede assim. Inclusive, segundo interlocutoras, ela adaptou um cômodo de sua casa para atender usuários, enquanto o Posto passava por reformas. A adaptação ocorreu para que não houvesse a suspensão do atendimento, portanto, para não prejudicar os moradores. Ainda em Bacabal, a Sr<sup>a</sup>. Alcemira Cristina da Conceição, ex-funcionária da Prefeitura que antecedeu a Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia S. do Nascimento no mesmo cargo, mesmo tendo sido demitida há seis anos, quando necessário, continua utilizando suas habilidades profissionais junto aos moradores, quer seja aplicando injeção, quer fazendo curativos, entre outras práticas.

Em Bairro Alto a Sr<sup>a</sup>. Gildete dos Santos também foi referida como alguém que contribui e sempre contribuiu nas situações de adoecimento, mesmo quando não trabalhava no Posto em Bairro Alto. Ela é filha de Bairro Alto e descende de uma família que tem como tradição o cuidar da saúde, inclusive a avó era parteira e uma de suas irmãs, a Sr<sup>a</sup>. Maria Gilda dos Santos é referência no cultivo de plantas terapêuticas e preparação de remédios. “Eu nasci aqui e conheço todo mundo daqui.” Concluiu Sr<sup>a</sup>. Gildete quando lhe indaguei sobre os motivos de sua dedicação e solidariedade. O “conheço todo mundo” foi percebido como sentimento de familiaridade, afeto e solidariedade com as pessoas do lugar.

O técnico de enfermagem, Sr. Roberto Souza não mora em Bairro Alto. Ele é nascido em Salvaterra e trabalha na comunidade e nas áreas adscritas ao Posto por quase seis anos. Por isso, quando necessário e, não se podendo contar com uma

ambulância, o próprio técnico de enfermagem conduz em sua motocicleta, quem estiver precisando do atendimento. Então, são eles que dão o jeito. (Maio/2016)

Em várias narrativas foi referido que a infraestrutura dos “postinhos” que há nas CQ’s é mínima e os profissionais, mesmo sem ter condições efetivas para trabalhar dão o “seu jeito”. Foi narrado que houve situações em que não se tinha nem álcool ou algodão para fazer uma simples higienização de um ferimento ou um curativo e só se pôde contar com a boa vontade do profissional. As partes internas do posto de saúde em Bairro Alto – fotografia 66 – foram consideradas inapropriadas pelo DENASUS, (MS 2014, 2015-b) mas o leitor pode chegar às próprias conclusões acerca da infraestrutura e condições de trabalho.



**Foto 66 – Parte interna do Posto de saúde de Bairro Alto. 2016**

Estando na sala de procedimentos do Posto, olhei em volta e perguntei aos profissionais o que, na opinião deles, seria necessário para aumentar a resolutividade. Eles também olharam ao redor e, em consenso responderam que seria um meio de transporte para conduzir pessoas, quando a capacidade resolutiva do Posto chega ao limite. Em se tratando de material para o dia-a-dia, disseram que seguiriam administrando a situação, pois as demandas que apareciam, geralmente eram pertinentes à capacidade instalada, exceto, para alguns casos de acidentes de trabalho ou outros emergenciais que exigem maior capacidade resolutiva só disponibilizada na USF ou no hospital municipal.

Em nenhum momento os comentários feitos pelos profissionais ganharam ares de reclamação, pelo contrário, eles entendem que, diante da necessidade devem fazer o que vem fazendo. Ambos justificaram que os moradores não têm culpa dos contratemplos que ocorrem na área da Saúde e afirmaram que continuarão à disposição dos comunitários, ainda que não recebam nenhum acréscimo nos salários, ou que sejam recompensados de outra forma. A dedicação ao trabalho foi justificada pelo senso de responsabilidade, amor ao trabalho e ao desenvolvimento de um dom para servir. Tais sentimentos foram externados também pelos senhores Hamilton T. Carneiro, Lucivaldo Leal, que é ACS vinculado à UBS de Bacabal e pela Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia Santos do Nascimento. Na ocasião a Sr<sup>a</sup>. Gildete dos Santos e o Sr. Roberto Souza estavam planejando a próxima reunião com o grupo que faz controle da pressão arterial e diabetes. Os profissionais planejavam oferecer um café da manhã saudável, para animar o grupo e quebrar a rotina. Porém, os ingredientes seriam custeados por ambos.

Na mesma ocasião tivemos a oportunidade de presenciar a realização de uma ação educativa sobre saúde bucal, realizada pelo odontólogo Elder Monteiro do Nascimento. A ação aconteceu no prédio da escola de ensino fundamental I, que funciona ao lado do Posto e foi destinada às crianças do Fundamental menor (1<sup>a</sup> à 4<sup>a</sup> série) – fotografia 67. O odontólogo fez explicações sobre cuidados bucais e sobre técnicas de escovação e entregou a cada criança um kit contendo uma escova de dente e um tubo de creme dental. Soubemos que fazia muito tempo que esse tipo de atividade não acontecia e que, a partir de então, deveria acontecer com mais regularidade, inclusive havia a expectativa por parte de algumas mães que, de uma próxima vez, fossem realizados pequenos procedimentos bucais.



**Foto 67 – Ação educativa realizada em Bairro Alto. 2016**

Enquanto a atividade acontecia, algumas mães de alunos, pessoas que aguardavam atendimento no Posto, e outras que como eu queria saber do que se tratava, olhávamos pela janela da sala de aula. As crianças ouviam atentamente e, quando provocadas com alguma pergunta, respondiam em coro, visivelmente envolvidas na atividade. Observei que há uma rotina de trabalho no Posto, que é conhecida em detalhes pelos moradores e, pelo que pareceu, é também legitimada por eles; ao menos, por aqueles com os quais conversei na ocasião. Quando o Sr. Elder M. do Nascimento encerrou a atividade, ele se dirigiu ao Posto, sinalizando que estava liberado para partir. Então pudemos constatar que ele seria conduzido até a USF pelo Sr. Roberto Souza, quem o havia buscado de motocicleta no início da manhã.

Quando retornei em campo no mês de agosto/2016 tive conhecimento que outras duas ações haviam acontecido em Bairro Alto, inclusive com atividades de aplicação de flúor; uma ação educativa em Bacabal e outra em Pau Furado. Foi narrado que as atividades têm se resumido a ações educativas porque os materiais e equipamentos odontológicos necessários para o tratamento bucal têm que ser divididos entre as USF's Passagem Grande e Condeixas. Ressalte-se que também nas duas CQ's referidas a condução do odontólogo foi providenciada por moradores ou pelos profissionais responsáveis pelos postos.

Ao longo de aproximadamente dois anos e seis meses dialogando com as interlocutoras, pude constatar que serviços odontológicos são ainda menos acessíveis

do que os demais da Saúde, pois a odontologia parece centralizada na figura do odontólogo. Ao contrário, algumas ações importantes de caráter preventivo, curativo e de promoção da saúde podem e são realizadas por ACS's, técnicos ou auxiliares de enfermagem e enfermeiros. São esses os profissionais com os quais os moradores das CQ's têm mais contato e proximidade.

Inclusive o único serviço e Programa que foi elogiado é o Hiperdia, destinado ao controle da hipertensão e diabetes, que tem à frente um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Os participantes do programa são pessoas vivendo com hipertensão e/ou diabetes e por frequentarem a USF com certa regularidade, no mínimo uma vez por mês acabam construindo vínculos. Por essa razão se tem acesso aos números dos telefones pessoais da coordenadora do programa e/ou de outros membros da equipe de saúde. Interlocutoras em Pau Furado afirmaram se valerem da proximidade que tem com integrantes da equipe do programa para tentar marcar consultas ou confirmar a realização de procedimentos na USF Passagem Grande.

O CNES indica que, dos postos existentes nas CQ's apenas o de Bairro Alto teria um médico clínico, além do técnico de enfermagem. (MS, 2016-b) O mesmo cadastro informa que o médico, com lotação no Posto de Bairro Alto desde setembro de 2015, tem jornada semanal de 40 horas. Ainda conforme o cadastro, a partir de maio de 2016 o médico cumpre 40 horas semanais tanto no posto de saúde de Bairro Alto, em Salvaterra, quanto na USF Tapanã I, em Belém. Em meio à suposta onipresença do médico, ou o descuido de quem atualiza o cadastro, *Sr<sup>a</sup>. Jindu* segue narrando:

[e o médico, já veio aqui na comunidade?]. Não. O doutor... é que chegava ali, naquele colégio [Escola-polo] lá, né, só para consultar. Mas de lá ele ia embora. Atendia às vezes dez fichas e ia embora. [E ele vinha de quanto em quanto tempo?] Era época de dois em dois meses, mas agora não vem mais. Não quer vir mais para cá. [Quando ele veio pela última vez?] Olha, a última vez que doutor... veio, ô minha senhora... [ficou tentando lembrar, mas como não conseguiu, então falou:] as molecas devem se lembrar, espera lá [espera aí] que eu vou perguntar. [E gritou:] ei, [chamou um nome; fulana; fu-la-na] vem cá... [se dirigiu até as meninas e fez a pergunta; retornou até mim com a resposta] Não teve mais. De jeito nenhum. Olha, tem mais de dois anos. [Então tem mais de dois anos??] Tem mais de dois anos que não vem e não teve mais para cá, porque, antes era assim, ele era o médico das comunidades. Só que agora não teve mais para cá, para zona rural. [Ele era o médico...] da comunidade. [Era do Saúde da Família?] Era. Tinha mês que ele vinha para cá, aí já no outro mês, já ia para banda do Bairro Alto. Lá do Bairro Alto já era roteiro para ele ir para Bacabal. Era assim. Só que agora eles não querem vir mais. Agora é só na Passagem Grande. (Agosto/2014)

A ausência da equipe da ESF é fato também nas outras CQ's, principalmente médicos e enfermeiros. A ausência dos profissionais e das suas ações na comunidade é tão grande que os moradores nem se lembram de quando foi o último atendimento. O esquecimento também pode revelar o grau de importância atribuído ao SSO. Sempre que perguntei sobre a periodicidade da visita do médico na comunidade e a última vez em que houve ações de saúde, as respostas eram desconhecidas. A mudança na gestão do município foi referida como o divisor de águas da presença de médicos nas comunidades, como afirmou o Sr. *Olatunde*.

Na gestão do Juca [prefeito José Maria Gomes de Araújo] tinha um médico que ia uma vez por mês para cada comunidade. Vinha um para cá. Mas na do Valentim [Valentim Lucas de Oliveira, atual prefeito] está assim. Vieram só duas vezes [em quase quatro anos?] É, só vieram aqui quando foi mutirão e nunca mais. (Agosto/2016)

A portaria N° 1434/2004 do MS estabelece o reajuste de 50% nos incentivos do Programa Saúde da Família e Saúde Bucal de municípios que tenham em seus territórios populações quilombolas e assentadas. A contrapartida municipal deve ser o atendimento a tais populações visando à equidade. Porém, como apurado pelo DENASUS, até abril de 2015 o município de Salvaterra não havia aderido a ações programáticas da política de saúde destinadas às populações quilombolas. (MS, 2015-b) Em 2016 o CNES apontava que três das cinco Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) em Salvaterra atendiam exclusivamente populações quilombolas e escolares. (CNES, 2016-a)

Ainda não foi possível identificar em quais comunidades se daria a atuação das equipes, pois como reiterado pelas interlocutoras, as equipes só se deslocam para as CQ's nas ocasiões dos mutirões. Os profissionais médicos, mais raros ainda, atendem de forma programada nas USF's, para onde tem que se deslocar quem necessita de cuidados específicos desses profissionais. As ações odontológicas, como foi narrado, acontecem esporadicamente em algumas escolas, mas não são extensivas ao universo de moradores e tem se resumido a atividades educativas. Portanto "o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas [e a equidade]" (MS, 2011-a: p. 3) ainda precisa ser efetivado.

O Decreto 7.508/2011 ao regulamentar o SUS, reitera a hierarquização dos níveis de complexidade (atenção básica, média, alta) previstos na Lei 8080/90 (Brasil,

1990-a) e especifica como “portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços: I. de atenção primária; II. de atenção de urgência e emergência; III. de atenção psicossocial e IV. especiais de acesso aberto”. (Brasil, 2011-b) A atenção primária, que também é organizada internamente por níveis de complexidade de infraestrutura, ações e serviços, tem o posto de saúde ou a Unidade Básica de Saúde como primeiro nível.

Portanto, se os moradores fossem cumprir o fluxo oficialmente determinado na hierarquia do acesso, teriam que se deslocar primeiramente até o posto de saúde de referência que pode estar localizado dentro da própria CQ, como ocorre em Bairro Alto, Rosário e Bacabal; ou então se dirigir à outra localidade, quando a ‘porta de entrada’ inexistente na própria comunidade, como é o caso de Pau Furado, Santa Luzia, Deus me Ajude e Salvar. Seguindo o fluxo instituído, a depender da avaliação do técnico de enfermagem, se faria encaminhamento para a USF Passagem Grande ou Jubim (no caso da CQ Rosário).

Posteriormente, a depender da situação, o encaminhamento pode ser redirecionado para a USF Lauro Souza, que, embora seja uma USF, vem desenvolvendo atividades também de uma Unidade Mista, desde que o hospital entrou em reforma a mais de três anos. Em último caso se encaminha para algum hospital de especialidades médicas ou de pronto-socorro de Belém. Entretanto, em se tratando de urgência ou emergência se pode procurar diretamente a unidade de saúde que tenha serviços do maior nível de complexidade. Vejamos na figura 9, a seguir, uma simulação de fluxo, ilustrando a situação exposta.



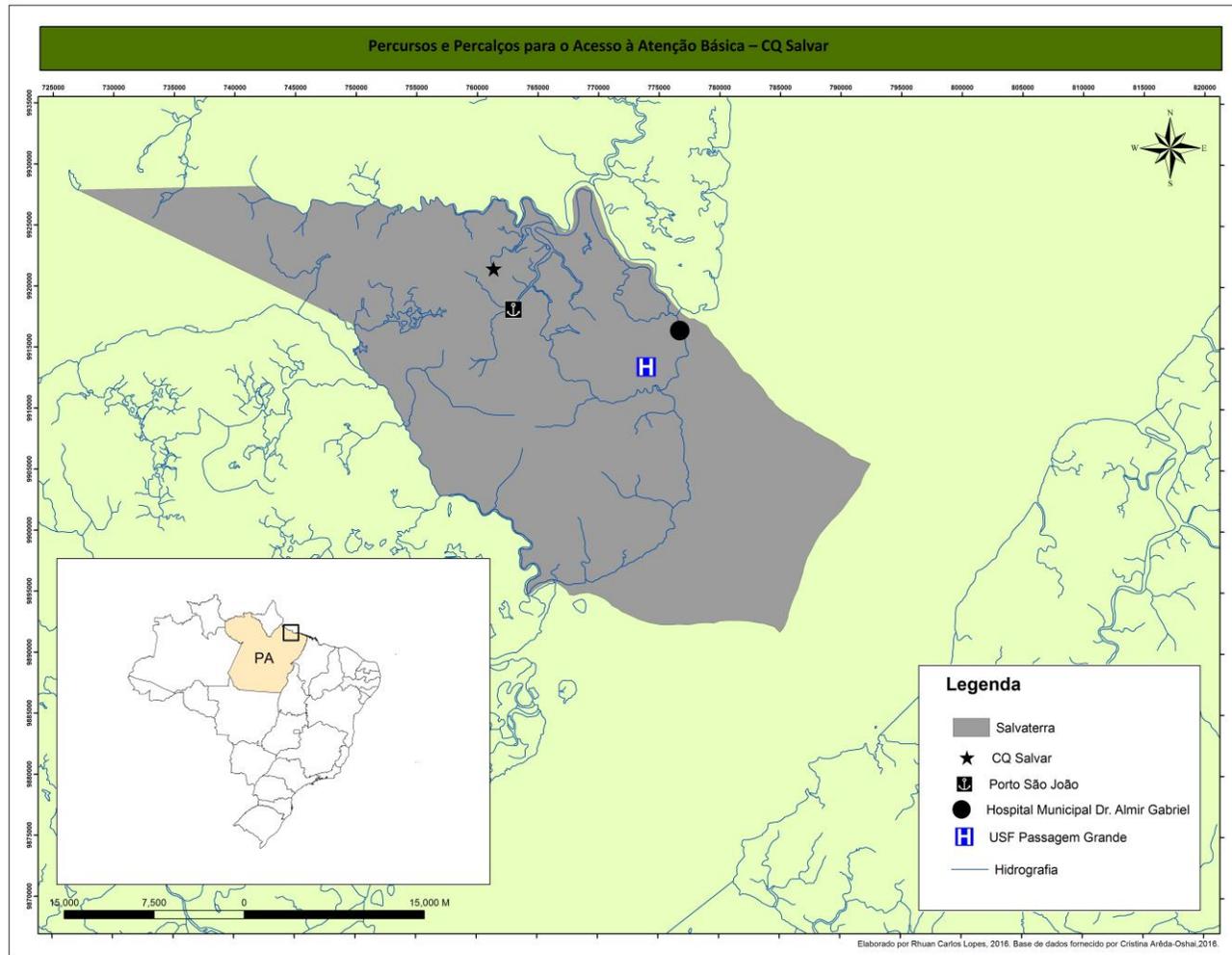
### Figura 9 – Simulação de fluxo no Sistema Único de Saúde

Conforme consta na Portaria 2.488/2011 o fluxo dos usuários é uma das atividades que integram a função de “coordenar o cuidado”, atribuída à Atenção Básica. O fluxo, considerado como necessário para a regulação do acesso deve ser norteado pela equidade. (MS, 2011-a) Assim, exatamente com base no princípio da equidade também deveriam ser consideradas as condições adequadas para o acesso, portanto, de acessibilidade. Nesse sentido a adscrição dos usuários deveria também compatibilizar a instalação das unidades de saúde com as localidades de moradia, o que não acontece em Salvaterra.

Sem transporte público regular os deslocamentos dos moradores além de dispendiosos são por vezes improvisados, sendo que pessoas doentes ou mesmo profissionais da saúde precisaram se valer do transporte em búfalos, motocicletas e bicicletas. Redes de dormir, sustentadas por familiares e/ou amigos de pessoas doentes, também são utilizadas para conduzir pessoas adoentadas até se chegar às margens do rio Paracauari. (Piani, 2007)

Moradores de Salvar, por exemplo, para chegarem à USF Passagem Grande, onde se espera maior capacidade de resolutividade na Atenção Básica, precisam caminhar em atalhos por aproximadamente uma hora e vinte minutos a pé até a CQ Mangueiras; de lá é preciso atravessar o rio Paracauari no sentido Mangueiras-fazenda Dallas. Feita a travessia em pequenos barcos ou em uma balsa, há que se percorrer aproximadamente 35 kms pela estrada Passagem Grande que corta fazendas, várias CQ's e vilarejos, findando na rodovia PA 154, onde se localiza a USF em questão. A localização de Salvar e os meios de transportes necessários para o acesso potencializam as dificuldades para se chegar à USF, se comparado às demais comunidades, como pode ser verificado no Mapa 2, a seguir.

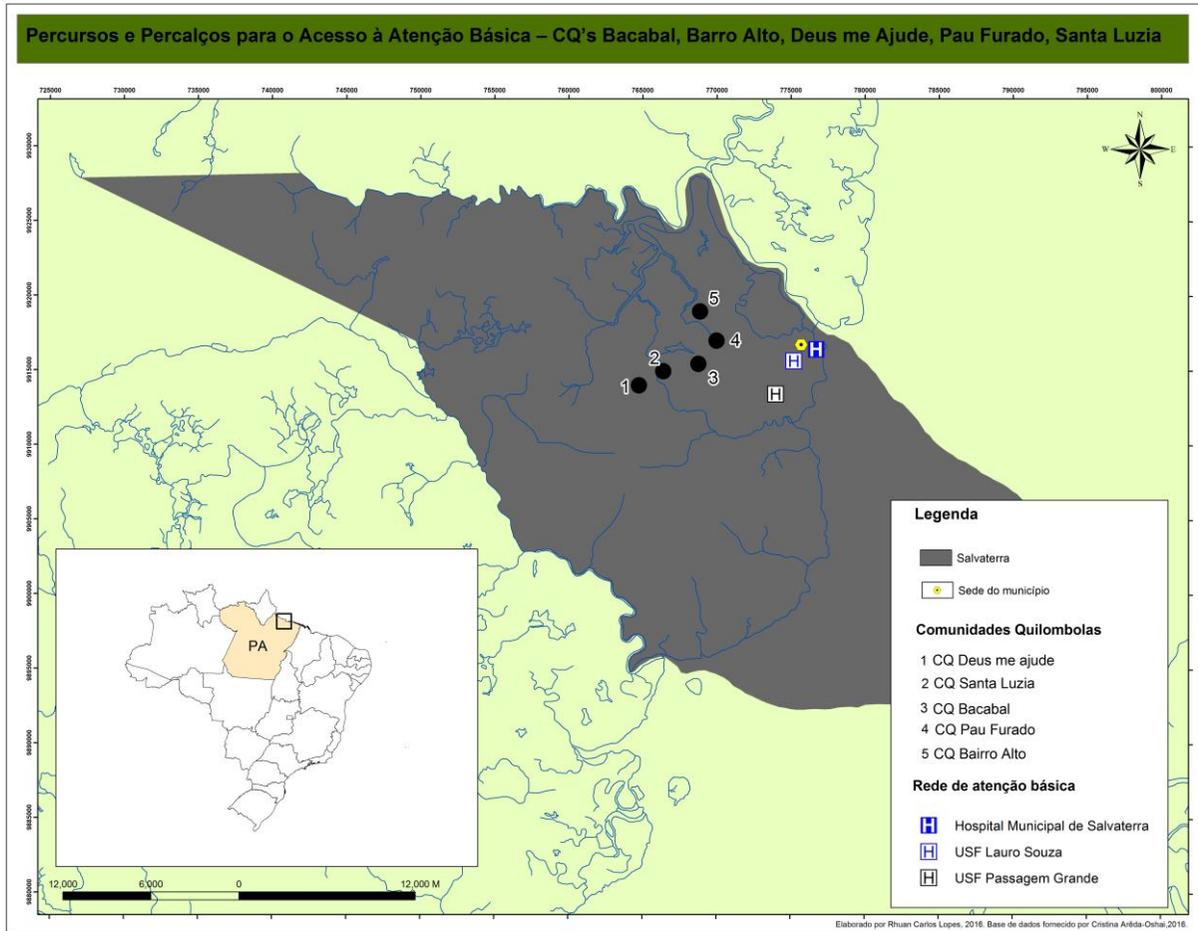




Mapa 2 – Percursos e percalços para o acesso à Atenção Básica – Salvar

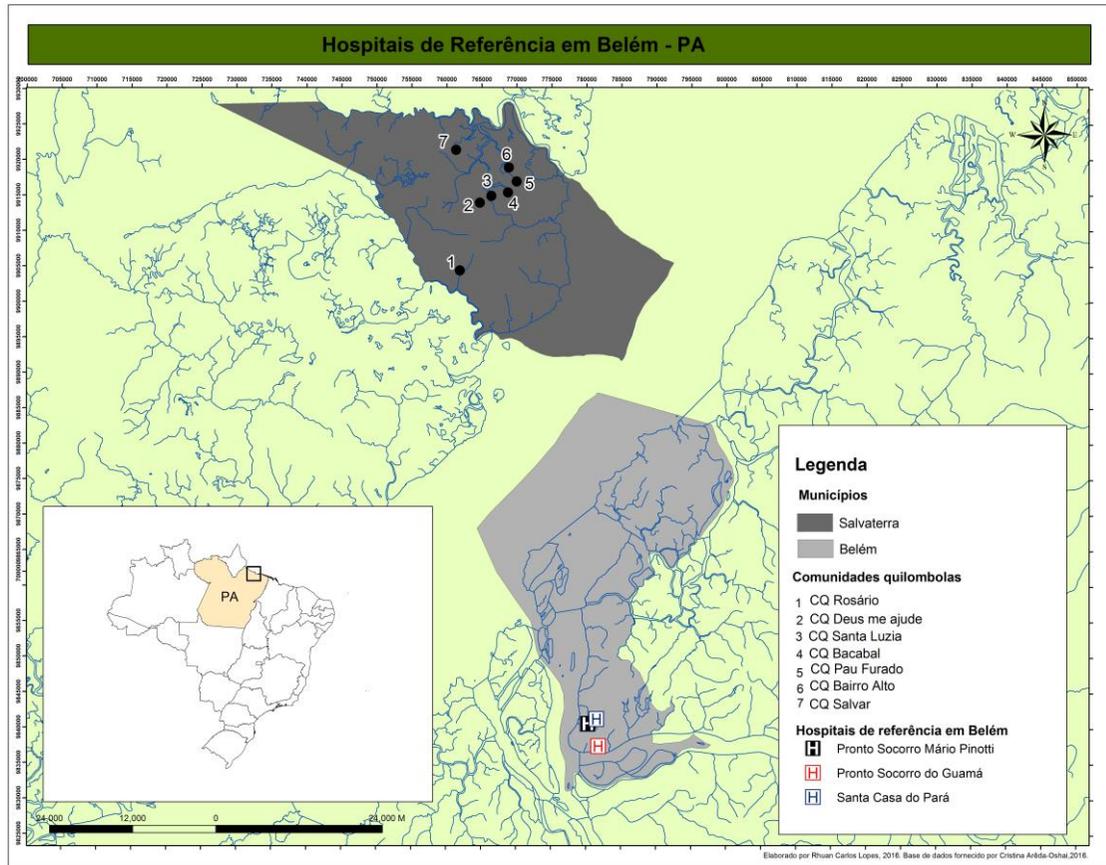
Os moradores de Pau Furado, mesmo vivendo mais próximos da Sede municipal, também têm suas dificuldades para os deslocamentos em situações de adoecimento, inclusive o hospital, inserido em nível de maior complexidade, está mais próximo do que a própria USF Passagem Grande. Portanto, partindo-se de Pau Furado, e se for seguido o trâmite oficial, mesmo no âmbito da Atenção Básica, calcula-se uma distância de aproximadamente 9 kms que devem ser percorridos até à USF.

Entretanto, não só os moradores de Pau Furado, mas também os de Santa Luzia, Bacabal e Bairro Alto precisam percorrer longa distância para chegar à USF de referência, localizada em sentido contrário à Sede municipal. O Mapa 3, a seguir, ilustra os percursos trilhados e os percalços encontrados por moradores de todas as CQ's em busca de tratamento na Atenção Básica, exceto Rosário, referenciada para outra USF.



Mapa 3 – Percursos e percalços para o acesso à Atenção Básica

Ao contrário da tão propalada descentralização da Política de Saúde, o que se constata é a concentração de serviços e ações na USF Passagem Grande ou no hospital municipal. As unidades da Saúde da Família de referência foram consideradas por interlocutoras de todas as CQ's como "fora de mão", e muito longe. Interlocutoras das comunidades demonstradas no Mapa 3 se mostraram indignadas por terem que passar na frente da USF Lauro Souza, referência para moradores da área urbana, e não poder ser atendidos. No entanto, quando se esgotam os recursos terapêuticos no âmbito do SSO em Salvaterra, além de todos os percursos trilhados internamente no município, se faz necessário atravessar a Baía do Guajará rumo à Belém, como demonstrado no Mapa 4.



**Mapa 4 – Hospitais de referência em Belém**

A distância, todavia, não é o único problema que se interpõe no acesso aos serviços de Saúde, especialmente quando se trata de consulta médica e/ou de procedimentos de complexidade mais elevada. A chegada em Belém, mesmo com encaminhamento oficial da SMS, não garante o atendimento imediato, como foi constatado por Antoniel de Jesus e por sua mãe, quando ele fraturou o punho e precisou ser atendido em um hospital de Belém.

Quando o acidente ocorreu estávamos na comunidade Pau Furado e nos dispusemos a levá-los ao hospital para um atendimento de urgência. Porém, foi dito que naquela hora, por volta de 16h, “não adianta ir ao hospital porque não tem médico lá”. Sendo assim Antoniel, após nos mostrar o punho e dizer que sentia dores, voltou a deitar-se na rede para esperar o dia seguinte. Se por um lado, a atitude de esperar até o dia seguinte demonstra naturalização do não acesso, também evidencia o descrédito no SSO.

No dia seguinte, aproveitando o transporte coletivo, mãe e filho foram até o hospital municipal e esperaram praticamente por um dia inteiro, por um profissional médico que não compareceu. Por isso a iniciativa para realizar um exame de Raios-X foi de um profissional que não é médico. Também foi dele a decisão de encaminhar Antoniel à capital ao constatar a necessidade de intervenção cirúrgica. Ao final da longa espera, receberam o encaminhamento para um hospital de Belém, porém ao chegar em casa, perceberam que o nome do jovem foi escrito incorretamente. Esses equívocos foram referidos por moradores como sendo intencionais, sendo utilizados para “cansar as pessoas” e desestimular a procura.

Devido ao suposto equívoco, uma pessoa da família precisou retornar ao hospital no dia seguinte para a correção do documento e, devido ao horário de saída do barco durante a semana, só foi possível viajar no próximo dia à tarde, pois ainda teriam que aguardar o transporte público. Portanto, somente no quarto dia após o acidente, Antoniel e sua mãe seguiram para Belém com encaminhamento para um hospital de pronto-socorro. Viajaram utilizando recursos financeiros próprios, apesar de Antoniel ter sido encaminhado oficialmente e, nesta condição, ter direito a receber apoio financeiro para cobrir despesas de transporte, hospedagem e alimentação, para

si e para a acompanhante legal,<sup>55</sup> conforme estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). (Brasil, 1990-b)

Em Belém, ele e sua mãe permaneceram por aproximadamente 24 horas internados no corredor do Hospital Pronto-socorro Municipal Mário Pinotti, onde ambos dividiram uma maca para descansar e acomodar os pertences de uso pessoal. Eles foram informados da necessidade de aguardar um leito em um hospital especializado em Trauma, o que estava previsto para acontecer em qualquer dia da semana seguinte. Foi diante de tais circunstâncias que a senhora sua mãe afirmou que “se eu soubesse que seria assim, teria tratado na comunidade mesmo”. As informações prestadas por eles, todos os argumentos utilizados e as possibilidades de tratamento e cura existentes nas CQ’s, até então desconhecidas por mim, levaram a reformulação do objetivo do estudo. Por isso a afirmação de que eu fui fazer campo, mas o campo foi me fazendo, me fez.

Dois dias após a internação um leito foi liberado e a cirurgia foi realizada. No dia seguinte Antoniel recebeu alta e foram avisados que deveriam retornar a Belém após 30 dias para finalizar o tratamento. Assim procederam no dia e horário marcados, em uma segunda-feira no início da manhã. Porém, após aguardarem até por volta das 15h, inclusive sem receber almoço ou qualquer tipo de alimento, foram surpreendidos com o adiamento da cirurgia para “talvez na sexta-feira da mesma semana; ou senão, talvez na próxima segunda-feira.”

A justificativa para o não atendimento foi a não apresentação de cópias de documentos (comprovante de residência, certidão de nascimento, cartão do SUS), entregues no hospital na ocasião da primeira cirurgia, e que não foram solicitadas para apresentação no retorno. Enquanto aguardavam, foi possível observar que outras pessoas também foram dispensadas, algumas pelo mesmo motivo e outras por razões diferentes. Entretanto, ficou evidente que todas as pessoas dispensadas seriam operadas pela mesma médica que, por coincidência, não se encontrava no hospital naquele dia. Mais uma vez, custeando as despesas com recursos próprios, Antoniel e

---

<sup>55</sup> Em acordo com a Portaria do Ministério da Saúde Nº 55/1999, que regulamenta o Programa Tratamento Fora de Domicílio. (MS, 1999)

sua mãe retornaram a Salvaterra, para, na nova data agendada, voltar a Belém a fim de encerrar o tratamento.

O uso de recursos próprios para a compra de produtos, como medicamentos que deveriam ser disponibilizados no SUS; pagamento por serviços de saúde a exemplo de consultas e exames; para custear despesas com deslocamentos e a permanência em outros municípios, quando isso se faz necessário à recuperação da saúde, pode ser considerado como uma forma de privatização da saúde. O uso de recursos próprios para tais finalidades foi recorrente em várias narrativas, tendo sido identificado também entre outros CQ's.<sup>56</sup>

A privatização também foi evidenciada na troca de votos por realização de exames e procedimentos cirúrgicos envolvendo políticos que também são médicos, ou que se articulam com esses profissionais. A esse respeito a Sr<sup>a</sup>. *Chimamanda* narrou que uma pessoa de sua família só conseguiu realizar uma cirurgia porque um político havia intercedido. O político condicionou o apoio à realização dos exames pré-operatórios em sua clínica. “Só que o doutor... não cobrou consulta nem nada, só os exames mesmo, que ela fez na clínica dele. Entao ele falou com os amigos dele do hospital... [mas foi pelo SUS?] A gente não sabe. Eu não sei.” (Maio/2015)

A privatização nem sempre é percebida como um desvio ou como um pagamento duplo, mas como um facilitador do acesso à saúde. O político, por sua vez, ou quem quer que facilite o acesso tem a gentileza exaltada. A interlocutora ao dizer que não sabe se o tratamento foi pelo SUS, indiretamente leva a pensar que se acredita ter sido integralmente particular e que a cobrança dos serviços foi apenas parcial, “não cobrou consulta nem nada.”

Muitas interlocutoras relataram que geralmente os exames de sangue, fezes e urina, quando realizados no hospital municipal, apresentam sempre os mesmos resultados a qualquer época que se faça. Resultados que se repetem para pessoas diferentes. Por isso há pouca credibilidade na exatidão dos exames realizados no hospital, havendo a tendência a se buscar serviços de saúde no setor privado, onde,

---

<sup>56</sup> Ver Piani (2007), Beltrão (2010), Borges (2010), Cavalcante (2011-a), Oliveira *et al.* (2013), Gomes *et al.* (2013).

por ironia, são de propriedade de determinados profissionais da saúde, os mesmos que atendem, ou deveriam atender nas unidades de saúde.

Os percalços enfrentados por Antoniel, principalmente as idas e vindas, são vivenciados por moradores que buscam atendimento em unidades de saúde dentro do próprio município de Salvaterra. Chegar a uma USF, ainda que nos dias e horários estipulados, não assegura o atendimento, sendo preciso contar com a sorte, por exemplo, de encontrar fichas disponíveis para consultar com um profissional médico. Foi narrado que o médico atende apenas três tardes na semana (segunda, quarta e sexta-feira), sendo disponibilizado um determinado número de fichas, sobre o qual não há consenso. Algumas interlocutoras informaram que seriam 10; outras que seriam 15 fichas; e outras interlocutoras não souberam estimar. Outra peculiaridade é a limitação de fichas por família, pois havendo mais de uma pessoa necessitando atendimento médico, é exigido que “a gente escolha quem vai consultar”. (Sr<sup>a</sup>. Izabeli da S. Leal, maio/2015)

Em se tratando da imprecisão da quantidade de fichas supõe-se que possa revelar muito mais flexibilidade na organização interna da USF do que desconhecimento por parte dos usuários. Assim, fatores como disponibilidade do profissional, tráfico de influência, acordos internos, entre outros, influenciam na quantidade de fichas disponibilizadas diariamente. A esse respeito os auditores do DENASUS constataram que:

[a]lém da dificuldade do acesso, são disponibilizadas diariamente, em cada USF [Jubim, Condeixas, Passagem Grande] 05 fichas para consulta médica e 05 de atendimento odontológico para toda a zona rural, onde existem, além das Comunidades Quilombolas, outras comunidades sem esta característica... As condições relatadas constituíram a principal dificuldade apontada pelos usuários entrevistados nas Comunidades Quilombolas e impossibilitam o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, bem como o pleno desenvolvimento das ações pertinentes aos Programas de Saúde da Atenção Básica e estão em desconformidade com os Fundamentos e Diretrizes da Atenção Básica, do anexo da Portaria GM/MS nº 2.488, de 24/10/2011. (MS, 2015-b: p. 8)

Ou seja, nem 10, nem 15, mas somente cinco fichas e para toda a população adscrita à cada USF em questão, não apenas a quilombola. Portanto, além de outras comunidades rurais, a USF Passagem Grande é referência para as seguintes CQ's: Pau Furado, Santa Luzia, Bairro Alto, Bacabal, Mangueiras, Salvar, Deus me Ajude, Siricari,

Boa Vista, Paixão, Providência, São Benedito da Ponta. O número de habitantes nessas CQ's não é consensual, sendo estimados 4.222 e 3.478, pela Fundação Cultural Palmares (FCP) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), respectivamente. (MS, 2015- b) Se for calculada a média tem-se 3.850 habitantes, potenciais usuários da USF. No entanto, além do acesso racionado pelo número de fichas e de dias de atendimento reduzidos, ocorre ainda, a suspensão de atendimento, como demonstram os avisos afixados na USF Passagem Grande – fotografias 68 e 69.



Foto 68 – USF Passagem Grande. 2016

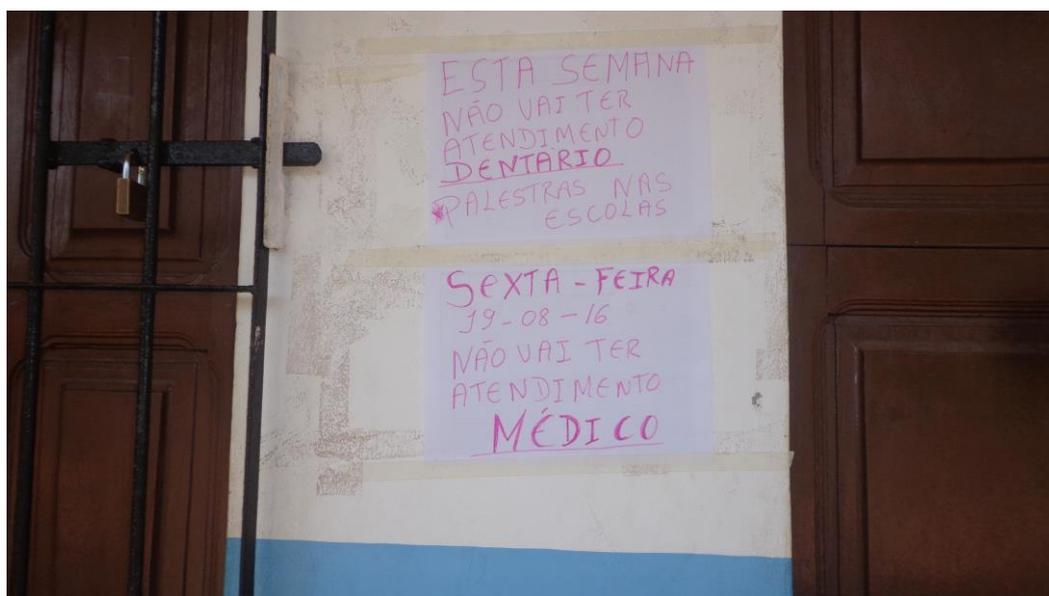


Foto 69 – “Não vai ter atendimento dentário e médico” na USF Passagem Grande. 2016

Quando vacinação de crianças é o serviço procurado, há também que se ter sorte para encontrar na USF a quantidade de crianças, compatível com as doses da ampola da vacina que foi aberta e, ainda, quem a possa aplicar. A Sr<sup>a</sup>. *Ifeoma* narrou que uma criança da família foi levada por três vezes até a USF Passagem Grande, mas não foi vacinada. Na primeira vez não havia o tipo de vacina. Na segunda vez tinha a vacina, mas não havia quem a aplicasse. Na terceira vez, a vacina estava sendo aplicada, mas quando o primeiro grupo de crianças foi vacinado e o conteúdo da ampola acabou, foi avaliado que a quantidade de crianças que aguardava estaria aquém da dosagem constante em uma ampola nova e por isso, para “não desperdiçar a vacina, tinha que voltar em outro dia. Aí a senhora já viu. É difícil para ir, é longe e ninguém tem assim dinheiro para ficar indo e vindo.” (Sr<sup>a</sup>. *Ifeoma*, maio/2015)

Pelo observado, as condições de acesso ao SSO não são consideradas pelo Poder Público em Salvaterra. Fato identificado também em CQ's de outros municípios.<sup>57</sup> Outra evidência é que o Poder Público se faz presente nos territórios quilombolas, na maioria das vezes, somente através dos profissionais da saúde que atuam nas comunidades. Mesmo assim, há que se considerar que só há “postinhos” em apenas seis das 19, havendo ainda as que não contam sequer com a cobertura de um ACS, a exemplo de Pau Furado.

Há, ainda, as propagandas de obras e/ou de serviços a ser prestados no futuro, como demonstra a fotografia 70. As obras, mesmo inacabadas, parecem trazer alento para a situação de não acesso. A placa apresenta informações básicas sobre a obra de ampliação do posto de saúde de Bairro Alto, indicando o dia 11/03/2015 como data prevista para a conclusão da obra. Entretanto, as fotografias 71 e 72, tiradas respectivamente nos dias 08.03.2015 e 22.08.2016 indicam que a obra ainda não havia sido concluída.

---

<sup>57</sup> Consultar Piani (2007), Cavalcante (2011-a), Oliveira (2011).



Foto 70 – Aviso sobre obra de construção da UBS de Bairro Alto. 2015



Foto 71 – Estágio da obra de construção da UBS de Bairro Alto – 08.03.2015. 2015



**Foto 72 – Estágio da obra de construção da UBS de Bairro Alto – 22.08.2016. 2016**

Há grande expectativa por parte dos moradores para a conclusão da obra, pois há promessas de que a UBS, quando em funcionamento, contará com equipe ampliada, diferentemente do que ocorre nos dias atuais. Se a promessa for concretizada, os moradores de Bairro Alto, Pau Furado, Santa Luzia, Bacabal e também os de outras áreas adstritas não precisarão se deslocar até a USF Passagem Grande, quando necessitarem de serviços básicos não disponíveis nos “postinhos”.

Os profissionais da saúde moradores nas CQ's e os que, mesmo não sendo moradores se solidarizam com os quilombolas, desenvolvem um papel extremamente importante para as comunidades. E, diria, mais ainda para o gestor do município, na medida em que, à custa da solidariedade que os profissionais mantêm com os moradores, trabalham nas horas que seriam livres, portanto, não pagas, evitando que uma série de problemas venha a tensionar o SSO.

Esses trabalhadores, sendo as únicas referências do SSO, atendem a qualquer hora em que são chamados e, a exemplo dos(as) especialistas locais, cumprem, de fato, as funções sociais que têm os seus dons e habilidades profissionais. Contudo, o compromisso e solidariedade tenham sido mencionados pela maioria das interlocutoras, algumas queixas foram feitas em relação a alguns profissionais da saúde, portanto, não se deve romantizar as relações sociais e as posturas profissionais, ainda que estes também sejam sujeitos quilombolas ou expressem compromisso no plano do discurso.

#### 5.4. Nem tanto ao simbólico, nem tanto ao técnico: eficácia simbólica e técnica

Talvez cause estranheza a discussão sobre SSL e, especificamente sobre práticas de cura e benzeção, estar dissociada de uma discussão sobre religião. Estudos sobre “sistemas médicos não-ocidentais, enfocando cosmologias, teorias das doenças, processos de cura, seus especialistas.” (Canesqui, 1994: p. 16) iniciados na década de 1970, contribuíram para a configuração de um sub-campo da Antropologia Social – a Antropologia da Religião e não, necessariamente, a Antropologia Médica, apesar dos temas tratados envolverem questões de saúde-doença. (Canesqui, 1994)

Shane Greene (1998) argumenta que ‘medicinas indígenas’ (sistemas médicos não ocidentais) não foram negligenciados no âmbito da Antropologia, o que se comprova pelo volume de publicações sobre o assunto a partir de meados de 1970. Todavia, a percepção de que tais medicinas, comparadas à biomedicina ocidental, eram primitivas e “essencialmente um fenômeno mágico-religioso, baseada em tradições locais, concebidas como sendo culturalmente e historicamente estáticas [...] eliminou a possibilidade de encontrar algum tipo de medicalidade presente nessas medicinas.” (1998: p. 635)

Segundo Laplantine (1991) “a distinção de um objeto que se originaria na antropologia médica e de outro que originaria na antropologia religiosa [consiste] em uma compreensão eminentemente etnocêntrica”. (1991: p. 213) Compreensão, a priori comprometida ou partidária de um determinado modelo de ciência que “mantêm a ilusão de uma ruptura entre a doença e o social.” (1991: p. 225)

Considera o autor que “todo fenômeno, quer se apresente ostensivamente religioso [...] ou como declaradamente médico, é sempre um *fenômeno social total* que demanda o esclarecimento de vários procedimentos sucessivos”, (Laplantine, 1991: p. 214 – grifos do autor) cabendo à antropologia analisar os vários aspectos que interferem no fenômeno, o fazendo a partir de diferentes perspectivas. Pois a depender, um fenômeno, aparentemente religioso pode ser interpretado como sendo puramente médico ou o contrário. O que se tem de concreto é a interseção entre ‘práticas médicas’ e ‘mágico-religiosas’ – entre a doença e o sagrado, embora nem

sempre seja perceptível a dimensão religiosa da medicina biomédica, que se expressa, entre outras formas na promessa de cura de todas as doenças por meio da medicalização da vida. (Laplantine, 1991)

A intersecção entre ambos os tipos de práticas pode ser ainda ilustrada a partir da ideia de 'eficácia simbólica' desenvolvida por Lévi-Strauss (2003) em torno de uma experiência de parto vivenciada por uma mulher indígena da etnia Cuna. Tanto o fato narrado, quanto os desdobramentos foram minuciosamente registrados por um homem Cuna em um texto, fonte dos dados analisados por Lévi-Strauss (2003). Por vivenciar a experiência de um parto difícil, sem que a parteira pudesse dar a resolutividade esperada, a mulher em trabalho de parto necessitou das habilidades de um xamã para ajudá-la. Ao analisar uma das práticas de cura utilizadas pelo xamã, o canto, Lévi-Strauss (2003) concluiu:

que a mitologia do xamã não corresponda a uma realidade objetiva, não tem importância: a doente acredita nela, e ela é membro de uma sociedade que acredita. Os espíritos protetores e os espíritos malfazejos, os monstros sobrenaturais e os animais mágicos fazem parte de um sistema coerente que fundamenta a concepção indígena do universo. A doente os aceita, ou, mais exatamente, ela não os pôs jamais em dúvida. (2003: p. 228).

Portanto, a aceitação, a crença, ou, como expressa François Laplantine e Paul-Louis Rabeyron (1989: p. 110) os "termos afetivos" que permeiam a relação estabelecida entre os envolvidos nos processos de tratamento, de fato são importantes para o efeito pretendido, ou seja, a cura. A eficácia simbólica, portanto, se concretizaria a partir da percepção de coerência entre práticas terapêuticas e o sistema cultural em que se vive e da aceitação dos valores que o constituem. Nessa ótica, a eficácia simbólica manifestar-se-ia em todos os sistemas culturais e em relação aos vários modelos médicos existentes.

Laplantine e Rabeyron (1989) afirmam que quando se ignora o "intercâmbio simbólico" entre os envolvidos nos processos de tratamento, "o ato médico, qualquer que seja, fica reduzido a apenas um ato técnico despojado de qualquer suporte humano." (1989: p. 111) No entanto, há que se evitar os extremos. Nem tanto ao simbólico, nem tanto ao técnico, pois:

ao considerar-se apenas como operante a eficácia simbólica, ignora-se, ao contrário, aquilo que na realidade, não está sob controle do simbólico: destino biológico, no

tocante ao paciente; eficácia própria dos medicamentos e técnicas empregadas, no tocante ao clínico [...] O crítico ignora a eficácia biológica própria das técnicas paralelas, reduzindo-as a uma eficácia apenas simbólica, e o defensor cego facilmente ignora a dimensão simbólica por reduzir a eficácia apenas à sua técnica. (Laplantine & Rabeyron, 1989: p. 112)

A narrativa da Sr<sup>a</sup>. Claudiane Figueiredo de Jesus, a seguir, ilustra bem o quanto o nosso destino biológico está sujeito a forças não necessariamente simbólicas. Muito embora desdobramentos do plano biológico também sejam considerados e tratados mediante as forças simbólicas.

Um dia eu vi uma reportagem, que um bichinho que eu nunca pensava que fizesse mal à saúde, mas faz, que é aqueles caracolzinhos. Por que disse [na reportagem] que às vezes ele passa nos alimentos e tem gente que não se acostuma lavar. Aí deixa tipo uma gosmazinha e tem gente que não lava, corta assim mesmo né, e coloca na comida e vai comendo. Por isso que a gente tem os pipirá [mal estar] pelo fato da gente comer as coisas e não lavar. Às vezes não lavar as mãos. A criança mesmo. Criança pega no chão, mete na boca, passa o cachorro, passa o gato, deixa tudo aquelas bacteriazinhas na terra e a gente não percebe. Às vezes mete o dedo dentro do nariz e começa espirrar, fica gripada, dá tosse, inflama a garganta. (Agosto/2014)

As práticas terapêuticas e os critérios adotados pela Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento para obter um diagnóstico, também demonstram a interseção de fatores que permeiam a eficácia simbólica e técnica. Em nosso diálogo ela explicou como diagnosticava e tratava algumas das doenças para as quais é especialista, entre elas a ‘espinhela caída’.

Espinhela é um tipo de apêndice xifóide [um dos componentes do osso esterno]. Parece osso mole. Só que osso pela ciência não pode ser mole. Então, só para vocês entenderem vou dizer que é um osso mole ou um nervo duro. A espinhela parece uma colherzinha que fica aqui [entre os seios]. Quando a pessoa carrega muito peso, faz muita força, varre casa, o osso desloca. Se afasta de onde nasceu. O sintoma é canseira. E não deixa engordar. Quando se afasta, vira peito aberto. Então da espinhela caída, vira peito aberto, que vira coisa ruim. Uma fraqueza geral que leva à morte. Fraqueza nos braços... Para tratamento é reza, mas também tem que emplastrar, tomar gemada e fortificante. (Abril/2016)

O diagnóstico, portanto, é feito com base no diálogo entre as pessoas envolvidas, na escuta atenta e análise dos sintomas. O diagnóstico envolve, ainda, o exame e o uso de técnicas de manipulação do corpo de quem busca o tratamento. O tratamento feito pela especialista envolve rezas, que estão no domínio do simbólico. Mas também envolve manipulação do corpo que se situam no domínio da técnica. Portanto, é partindo desta perspectiva que será apresentado o SSL, a seguir.

### 5.5. “Não é só médico que cura”: configurações do SSL

A visão que, em teoria, norteia a LOS, estabelece ‘saúde’ como um estado de “bem-estar físico, mental e social” determinado por fatores biológicos, sócio-ambientais e políticos. (Brasil, 1990-a) Visão semelhante foi identificada entre as interlocutoras, porém não se encontrando definidas em leis e portarias. Apesar da semelhança, a visão contida na LOS espelha um ideal a ser alcançado, tendo um sentido muito mais utópico que real, pois a própria lógica biomédica que norteia o SSO, acaba inviabilizando a concretização de tal visão, na medida em que além de fragmentar, prioriza e valoriza a dimensão biológica em detrimento das demais. Ao contrário, as concepções sobre saúde-doença presentes no âmbito do SSL, embora não estejam escritas, são vivenciadas no dia-a-dia. (Laplantine, 1991)

As fragmentações se manifestam tanto nas especialidades médicas, embora tenha sido desafiador o acesso a consultas mesmo com médicos generalistas, quanto na pulverização de locais para atendimento em saúde, a exemplo dos postos/UBS’s, USF’s, unidade mista, hospital geral, hospital de especialidades. A especialização dos(as) terapeutas locais não se confunde com a especialização no âmbito do SSO, focada em determinadas partes do corpo ou em doenças específicas, ainda que alguns(mas) dos(as) especialistas afirmem tratar de problemas específicos.

A especialidade no SSL envolve cuidado integral que considera todas as dimensões do humano: biológica, psicossocial, socioambiental, espiritual, inclusive envolvendo as interações com outros seres vivos. Por exemplo, espinhela caída, vento caído, rasgadura, são intercorrências identificadas no corpo, portanto têm uma dimensão biológica. Ainda assim, além de dietas alimentares, mudança de comportamentos e/ou alteração de rotina, faz parte do tratamento o uso de técnicas corporais, a benzeção por meio de rezas e outros cuidados espirituais.

As relações interpessoais nesse sistema envolvem “o contato e a proximidade física; tocar; apalpar, cheirar e sentir, às vezes até em seu próprio corpo (“apropriando-se do mal”), as dores do doente.” (Laplantine & Rabeyron, 1989: p. 53 – grifos dos autores) As práticas de apropriação do mal foram referidas por interlocutoras tendo sido um dos episódios protagonizado pelo Sr. Manoel Cipriano

Leal. Certa vez ele foi procurado pelo Sr. *Akintunde* que sofria há muito tempo com dores no estômago. Após a avaliação foi constatado que os infortúnios vinham sendo provocados por certa quantidade de cabelo que se encontrava no estômago do Sr. *Akintunde*. O cabelo foi retirado pela boca por sucção e o tratamento foi completado com um copo de leite, ofertado ao Sr. *Akintunde* para se recuperar do desmaio que teve, quando viu um bolo de cabelos serem sugados de seu estômago.

Não só a proximidade e o contato físico, mas as afinidades entre os(as) que cuidam e quem busca o cuidado, o respeito, o desejo de servir (ou obrigação), entre outros fatores, fazem com que o tratamento seja personalizado. O tratamento é outro aspecto bastante distinto entre ambos os sistemas. No SSL ocorre em um “continuum estabelecido formalmente, [neste caso] entre a parteira e a parturiente, onde a primeira assume seu papel.” (Beltrão, 1988: p. 132) O compromisso formal envolve a responsabilidade pelo cuidado integral até que seja alcançado o objetivo principal, ou seja, “um bom parto.” (1988: p. 132)

Mas, de acordo com a Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus pode ser afirmado que esse compromisso nem sempre é assumido por todos os profissionais da saúde que atuam no SSO onde o cuidado é fragmentado entre as várias especialidades técnicas. Segundo ela, “o médico só faz o parto se for cesariana. Se for parto normal, é a enfermeira mesmo que faz. Aí, assim, ele só vai no outro dia para ver a melhora, para assinar os papéis, dar a alta e passar os remédios.” (Agosto/2014)

Em sintonia com Beltrão (1988), a Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores da Silva Leal é quem, a partir da própria vivência, define o que julgamos ser um modelo ideal de tratamento e, pelas várias narrativas parece ser o que acontece, de modo geral, no âmbito do SSL. Ela assim se define quando, na condição de cuidadora, é responsável por realizar algum tratamento:

eu sou muito enjoada com meus doentes. Quando eu estou cuidando de um doente, *ih*, eu sou muito enjoada. Eu observo como a pessoa está, se tem melhora ou se piorou. Olho, fico observando se o remédio está fazendo efeito. Eu acho que quem cuida de uma pessoa doente, tem que acompanhar seu doente. Tem que ver se a pessoa está alimentando direito, se tem alguma reação. (Agosto/2016)

Porém, não apenas a conduta no tratamento se distingue, mas também quanto aos produtos utilizados, a começar pelos medicamentos que, no SSO são

invariavelmente industrializados e, na maioria das vezes precisam ser comprados. Ao contrário, no SSL, predomina o uso de remédios preparados a partir de plantas, cuja variedade encontrada nos territórios permite que sejam manipuladas diferentes plantas e preparados diferentes remédios para um mesmo tipo de infortúnio. Também são utilizados produtos de origem animal, como banhas, carnes, fel; e de partes de animais, tais como rabo de tatu, canela de veado, cabeça de paca, língua de pirarucu. Larvas, como a que sobrevive no coco tucumã e o turu também são muito utilizadas, além de óleos vegetais como andiroba, copaíba, coco; e 'leites' vegetais como do amapá e de anani, entre outros.

Aberto e permeável, talvez uma rede de pesca, tão familiar na região, seja uma boa forma de ilustração do observado empiricamente como sendo a materialização do SSL. O emaranhado de 'nós' da rede pode ilustrar os vários vínculos e a capilaridade dos conhecimentos locais que não são, necessariamente, de prerrogativa apenas de especialistas locais. Portanto, o movimento dos conhecimentos, por meio das trocas, também contribui para alimentar o sistema. A narrativa da Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, moradora em Pau Furado ilustra bem a afirmativa. Então vejamos:

se por acaso aqui, alguém souber que fulana está doente, imediatamente vem o pessoal e diz, olha faz tal coisa, faz tal chá. Se a gente olhar agora, não vê ninguém, mas se tiver a notícia que fulana está doente, aí vem gente de tudo quanto é lado e não demora a casa está chapada de gente. Todo mundo falando faz isso, faz aquilo, dá o remédio tal. (Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, agosto/2014)

O "todo mundo" pode incluir alguém que seja especialista local, profissionais da saúde e/ou outras pessoas que não se enquadram nestas categorias. As mobilizações, no caso específico como narrado pela Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, ocorrem quando alguém é acometido por um mal-estar súbito, por um acidente ou pelo agravamento do estado de saúde, pois:

[a] doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. (Revel & Peter, 1976: p. 144)

Portanto, a doença ou um episódio de adoecimento ao mesmo tempo em que desorganiza e reorganiza o grupo, também o mobiliza. A mobilização tanto deriva dos sentimentos de solidariedade e pertencimento, quanto reafirma tais sentimentos e a

própria imagem do grupo, como foi afirmado pela Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, “somos todos uma família”.

As mobilizações são e foram realizadas em outras circunstâncias, por exemplo, quando se fez necessário buscar tratamento complementar no SSO, que seja muito dispendioso. Ou então, quando o deslocamento até Belém é inevitável, devido à falta de capacidade instalada em Salvaterra, e/ou pela falta de competências e/ou de habilidades técnica e política na gestão de pessoas e serviços públicos existentes no município.

Os tratamentos que exigem maior complexidade no SSO, ao contrário do que ocorre no SSL, invariavelmente envolvem a compra de remédios industrializados e a realização de exames diagnósticos, que na maioria das vezes não são disponibilizados no SUS. Por isso as mobilizações são necessárias e costumam ser intercomunitárias, sendo as rifas, os torneios de futebol e os bingos as principais estratégias para angariar recursos financeiros. Os brindes variam entre animais, como o porco; eletrodomésticos, bicicletas, entre outros, a depender do tipo de ‘brincadeira’.

A permeabilidade do SSL permite o movimento de alguns profissionais da saúde que moram ou apenas trabalham nas comunidades quilombolas. Além de intervenções feitas na intermediação do acesso a níveis mais elevados de complexidade do sistema oficial, alguns profissionais da saúde também fazem encaminhamentos para o sistema local. Agindo assim eles contribuem para a promoção da interação entre conhecimentos locais e os científicos, como são referidos os conhecimentos acadêmicos em distinção aos ‘da terra’, locais. A integração de conhecimentos sugere uma intermedicalidade, no entanto, a intermedicalidade se limita às relações interpessoais pontuais e extraoficiais.

Narrativas indicam que os(as) especialistas locais, independente dos locais de moradia se deslocam para onde são requisitados(as) e por isso os nomes de alguns(as) especialistas locais se repetiam nas comunidades. Era assim no passado e continua sendo no presente. Em Pau Furado, no passado se podia contar com a parteira Sr<sup>a</sup>. Maria Benedita, também conhecida como Sr<sup>a</sup>. Mariinha, cujo nome completo não consegui ter informação. Cabe ressalva ao uso de apelidos ou diminutivos de nomes próprios que entre CQ’s pareceu não ter a mesma conotação negativa atribuída em

ambientes institucionais como os acadêmicos. A insistência para obtenção dos nomes completos ou de sobrenomes inclusive causa estranheza e, por vezes, até desconfiança.

A Sr<sup>a</sup>. Maria Benedita (Sr<sup>a</sup>. Mariinha) morava em Bacabal, mas cuidava de mulheres em Pau Furado, para onde se mudava, quando se fazia necessário acompanhar alguma parturiente. (Sr. Guilherme de Jesus Corrêa, agosto/2016) Além da Sr<sup>a</sup>. Maria Benedita houve outros(as) especialistas que mesmo não sendo moradores(as) em Pau Furado, para lá se dirigiam quando necessário. Entre eles, os pajés, Sr. Manoel, mais conhecido por Duca Mucuim e o Tio Ruxo ou Ruxinho, cujos nomes completos nenhum interlocutor soube informar. (Sr. Guilherme de Jesus Corrêa, agosto/2016)

Apesar de ter sido recorrentemente afirmado que em Pau Furado nunca morou curandeiro, benzedeira ou 'consertador', mas tão somente parteira e pessoas que sabem manipular plantas e animais para fins terapêuticos, ouvi narrativa de três mulheres afirmando o contrário. Duas delas mencionaram que nasceram com um dom para cuidar de pessoas, mas que seus pais mandaram retirar. Uma delas inclusive afirmou que seu dom era para ser pajé e lamentou que o tenha perdido para um irmão.

A retirada do dom, conforme foi identificado por Maria Angélica Motta-Maués e Gisela M. Villacorta (2008) em estudos realizados no município de Colares, no Pará, deve-se às representações sociais sobre os papéis de gênero, não cabendo às mulheres o envolvimento em práticas de prestígio, como têm os que podem curar doenças, desfazer feitiços e ter acesso ao sobrenatural. Mulheres podem benzer e partejar, mas quando insistiam em desenvolver seus dons de pajés, eram "associad[as] ao lado negativo da *pajelança*, surgindo na figura de personagens malfazejas, como a feiticeira e a 'Matintaperera', que são dotadas de poderes sobrenaturais, porém maléficos". (Motta-Maués & Villacorta, 2008: p. 333)

Outra interlocutora narrou não sentir-se à vontade para utilizar o dom que tem para benzer, devido ao preconceito das pessoas da comunidade. Ela hesita entre assumir o dom e entre buscar apoio em alguma igreja evangélica para lidar com os sintomas que se apresentam no corpo, supostamente pela negação do dom. Sendo

assim, não há consenso em Pau Furado sobre a (in)existência de benzedeiros, pois embora em minoria, algumas interlocutoras afirmaram ter havido e haver na comunidade uma benzedeira, mas o assunto é abordado com reservas.

Santa Luzia, Bacabal, Bairro Alto e Rosário são comunidades cujas narrativas de interlocutoras confirmam atuação diversificada de especialistas locais, no passado e no presente, a exemplo de benzedeiros e curandeiros, que são moradores(as) das próprias comunidades. Inclusive tive a oportunidade de dialogar com alguns(mas) deles(as). No entanto, conforme algumas interlocutoras, a ação de especialistas locais vem se reduzindo, tanto por fenômenos naturais, quanto por ações preconceituosas e discriminatórias. Situações dessa natureza foram narradas por interlocutoras de todas as comunidades, exceto de Salvar, onde foi informado não haver especialistas locais em atuação.

Em Santa Luzia, as práticas terapêuticas locais fazem parte da história de fundação da comunidade, tendo sido a filha do casal fundador a primeira pajé da comunidade. A ela sucederam outros especialistas locais, como foi narrado e escrito por uma das descendentes, Izabeli Leal (2012). Inclusive a comunidade, diferente das demais que integram o campo de estudo, é a única sobre a qual se afirmou a existência e atuação de mulheres, referidas como 'pajés'.

Santa Luzia teve como um de seus primeiros ocupantes o casal José Experição e Maria Idalina e seus 06 (seis) filhos – Bermira, Benvinda, Antônio, Ilarina, Cícero e Juvenal.

Bermira era pajé, e estava nos seus tempos de mulher quando foi lavar roupa a beira do rio Siricari. Ao passar alguns meses ela se sentiu gestante, mas não sabia do que era e muito menos o que era, que ela tinha no ventre.

Então a levaram a um pajé muito conhecido que era o seu "Modesto", e ele falou que ela estava grávida de uma cobra, que assim que desse dor, era para pegar uma bacia virgem, colocar leite de gado e algumas cobrinhas dentro e depois soltar no cargo do coqueiro que era a cabeceira do igarapé. Assim fizeram. Eram duas cobras, um macho e uma fêmea; o macho sumiu e a fêmea hoje é mãe do Porto Santa Luzia e baixa no pajé da comunidade.

Ilarina era mãe de Lurdes que era doceira e festejava a festa de Santa Luzia.

Antônia casou-se com Pedro Angelim e teve dois filhos que era Manoel Pedro e José Paula, Antônia morreu enfeitada, o feitiço estava no quindim que era pro seu esposo, ele rejeitou dizendo que não iria comer, sendo o doce que ela adorava ela comeu e começou a se sentir mal e morreu.

Pedro Angelim fazia sangria, benzia e puxava sacaduras, depois que ficou viúvo casou-se com Tereza Chaves que era viúva de João Leal, que era filho de Isolino Leal e Domingas Leal, nascido em Bacabal e a família "Leal" foi uns dos primeiros ocupantes

de Santa Luzia. Tereza Chaves era benzedeira, puxava barriga e era pajé, e tinha dois filhos com o João Leal, que era Manoel Sebastião, ele era deficiente, mas fazia tudo o que um bom faz, como roçava, capinava, fazia celas, bolsas, perecatas [chinelos], cintos, carteiras, bainhas, muchos, e tudo que se pode imaginar. Era o mestre dos reis dos mestres, morreu deixando sua esposa e onze filhos.

Izolino outro filho de Tereza, morreu deixando sua esposa e quatro filhos, sendo duas mulheres e dois homens. Um herdou o dom da sua avó que foi Manoel Cipriano que é o pajé da comunidade. (Leal, 2012)

A história de Santa Luzia, narrada por Leal (2012), ao mesmo tempo em que revela os nomes de seus fundadores, suas características e habilidades pessoais e as relações sociais e de parentesco estabelecidas com pessoas de outras localidades, revela também aspectos peculiares ao SSL, como a interação entre humanos e não humanos, ou entre humanos, porém sob a roupagem ou corpo não humano. (Viveiros de Castro, 1996) Os fatos narrados tais como a gestação de duas cobras, uma delas a mãe e protetora do porto da comunidade e a morte por feitiço não se constituem, ou têm relação com “uma crença sobre o mundo, mas com uma condição de ser no mundo”. (Ingold, 2013: p. 12)

Essa “condição de ser no mundo” implica na sensibilidade para perceber o dinamismo do ambiente e “estar vivo para o mundo”. (Ingold, 2013: p. 12) Essa condição foi explicitada por meio de atitudes e narrativas, entre elas a da Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores da S. Leal, de quem ouvi pela primeira vez a palavra ‘miruana’, designando alguém cujo dom para pajé não foi desenvolvido; ou que não foi preparado para ser pajé. A palavra ‘miruana’, portanto, designa outra categoria de pajé – além de nascença e de agrado – e foi utilizada em relação à sua avó paterna, a Sr<sup>a</sup>. Tereza Chaves. Mas porque ela não foi preparada? Perguntei.

Porque ela não gostava e não queria ter o dom. O dom foi dado por um caruana de um pajé de Cachoeira do Arari, que teve muito dó dela. [Mas porque dó?] Porque ela morava com uma família, que a maltratava muito. Então deram o dom para ela. Ela era pajé de agrado, mas como não foi preparada, ela só ensinava remédio, puxava barriga, benzia. (Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores da S. Leal, outubro/2015)

A narrativa demonstra que “esse mundo aqui” é palco de confluências, mas também de divergências entre seres vivos que tenham substância material ou não.<sup>58</sup> A confluência se manifesta no sentimento de compaixão de um caruana por uma mulher que vivia sob a condição de maus tratos e exploração. Mesmo

---

<sup>58</sup> Ver Maués (1990), Viveiros de Castro (1996), Lima (2008) Sena, Santos e Barros (2014).

pertencente a outro mundo – o do ‘fundo’, o caruana foi capaz de desenvolver alteridade. A compaixão fez com que ele presenteasse à Sr<sup>a</sup>. Tereza Chaves com um dom, cujas habilidades poderiam atribuir-lhe prestígio. (Laplantine & Rabeyron, 1989; Maués, 1990)

Divergindo da intenção do caruana, Sr<sup>a</sup>. Tereza Chaves não se alegrou com o dom recebido. Ainda assim, mesmo sendo ‘miruana’ os conhecimentos recebidos foram aplicados, afinal ela “ensinava remédio, puxava barriga, benzia”. Portanto, não são apenas as divergências e/ou convergências que estão em questão, mas também a interação entre os seres vivos que fazem movimentar vários conhecimentos. Talvez sejam essas as condições necessárias à continuidade e permanência do SSL, as confluências, divergências, interações e movimento de seres e conhecimentos.

Oportuno explicar que só contatei os(as) especialistas que foram referidos(as) por interlocutoras de Pau Furado, pelas razões elencadas no primeiro Capítulo. Porém, o movimento pelas outras comunidades me supria de informações acerca dos(as) especialistas locais, que subsidiavam as abordagens junto às interlocutoras em Pau Furado. Uma dessas informações diz respeito à Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, cujo nome ainda não havia sido mencionado por ninguém em Pau Furado, embora o lugar onde ela mora, a Enseada, o tivesse sido. Comecei a receber informações sobre ela nas outras CQ’s e, ao relacionar seu nome ao lugar, constatei tratar-se da mesma pessoa. Assim, nos próximos diálogos com interlocutoras em Pau Furado, as referências feitas passaram a ser abertas. A Sr<sup>a</sup>. Amélia foi mencionada por interlocutoras de todas as comunidades e o Sr. Manoel Cipriano Leal o foi, na maioria delas.

Outra situação que cabe registro diz respeito a especialistas adeptos(as) supostamente da Umbanda, cuja procura e contato não foi verbalizado pelas interlocutoras, exceto por uma, que não se sentiu à vontade para identificar o especialista. Porém, soube através de terceiros que a procura era feita por um e outro morador. Diante do impasse e não havendo a mesma transparência como observado em relação à Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, aos senhores Manoel de Souza Macêdo (Manduca) e Manoel Cipriano Leal, achei por bem não insistir. Entretanto, o assunto instiga a realização de estudo no futuro.

Então, passei a refletir se o silenciamento ou segredo decorreria do constrangimento, diante de uma suposta ambigüidade dos(as) especialistas da Umbanda no uso de seus dons. Conforme afirmaram algumas interlocutoras, eles(as), os(as) 'batuqueiros', podem trabalhar tanto para o bem, quanto para o mal, sendo esta característica um diferencial entre estes(as) e os(as) pajés. Entretanto, Maués (1990) identificou em outra localidade, narrativas semelhantes sobre a existência de ambigüidade no uso dos dons, porém em relação a pajés. Mas nas CQ's do estudo a ambigüidade não é atribuída a curandeiros ou pajés. dani

Ainda que não haja correspondência entre as práticas locais em saúde identificadas nos CQ's e as práticas de magia e feitiçaria identificadas por Evans-Pritchard (2005) junto aos Azande, entendo como pertinente a sua análise sobre a preferência dos Azande pela magia 'branca' em detrimento da feitiçaria. Para Evans-Pritchard "[ao] diferenciar a magia 'branca' da feitiçaria, os Azande não estigmatizam esta última apenas porque destrói a saúde e a propriedade alheias, mas porque transgride as regras morais e legais." (Evans-Pritchard, 2005: p. 196 – grifo meu)

No início dos trabalhos de campo costumava ouvir que alguém que estava ou esteve doente havia sido levado "numa pessoa para resolver o problema". Quando eu indagava sobre que pessoa seria essa, qual o seu nome, ou onde morava, as respostas eram evasivas. Por vezes o nome não era lembrado, ou as explicações sobre o local de moradia eram demasiadamente detalhadas para alguém que era recém-chegada; ou, ao contrário, só se dizia que a pessoa "mora em Salvaterra", ou é "lá de Bairro Alto", ou de qualquer outra localidade. Ao contrário, relativamente em pouco tempo tive informações sobre benzedeadas e curandeiros que residem em CQ's.

Algumas especialistas, a exemplo das parteiras Sr<sup>a</sup>. Marcionila Gonçalves dos Santos, moradora em Bairro Alto; Sr<sup>a</sup>. Tereza Santos do Nascimento e Sr<sup>a</sup>. Osvaldina da Silva, moradoras em Bacabal, foram muito mencionadas, mas não foi possível o diálogo com nenhuma delas, por não estarem em condições físicas ou por terem se ausentado temporariamente da comunidade. Outros(as) foram muito lembradas(os), a exemplo da pajé Sr<sup>a</sup>. Tereza Chaves, moradora de Santa Luzia; das parteiras Sr<sup>a</sup>. Rosa Gonçalves, Sr<sup>a</sup>. Luci Carmem e Sr<sup>a</sup>. Conchita, moradoras de Bacabal; Sr<sup>a</sup>. Maria

Benedita (Sr<sup>a</sup>. Mariinha); e dos pajés senhores Modesto, Manoel Caraparu, Tio Ruxo, Manoel (Duca Mucuí). Todas(os) já falecidos,

A abertura e a permeabilidade do SSL, mencionadas antes, além de solidariedade, também comportam a contradição. Foi narrado que algumas pessoas que se denominam evangélicas, ao mesmo tempo em que discriminam benzedeiras e curandeiros por suas práticas, realizam e/ou convivem com práticas semelhantes no âmbito de igrejas. Porém, considerando a própria permeabilidade do SSL, que possibilita a interação de sujeitos com visões de mundo diferenciadas, a contradição deve ser pensada como característica e não como desvio.

Segundo interlocutoras, entre evangélicos e determinado grupo de católicos não há pessoas específicas para desenvolver práticas terapêuticas, podendo ser qualquer “irmã ou irmão”, um dirigente de uma reunião de oração ou um pastor. Um dos interlocutores explicou que “nós somos apenas os instrumentos de Deus. Qualquer irmã ou irmão pode fazer cura e libertação, porque é Deus que age, mas só acontece se a pessoa tiver fé.” (*Ike*, agosto/2016) A libertação, referida em alguns diálogos, seria a “retirada do mal da vida que tá entranhado, do peso, da tristeza que a gente sente e não sabe o por quê. É libertação de mal de geração, de situação de obra direcionada para aquelas pessoas.” (*Ike*, abril/2015) O mal de geração, por sua vez, foi relacionado exatamente às visões de mundo que dinamizam o SSL.

Pela inespecificidade de quem desenvolve práticas terapêuticas, a “irmã ou irmão” que teve alguma cura atribuída às suas orações, não foi considerada(o) especialista local. Especialistas locais, ao que foi possível observar, além da inspiração de Deus, constroem um corpo de conhecimento e habilidades que os(as) distinguem dos demais, ainda que todos(as) sejam instrumentos de Deus. Além disso, eles(as) em alguma circunstância, no passado ou no presente, foram ou são legitimados como tais, se constituindo como referências.

Em alguns diálogos, igrejas católicas e evangélicas foram representadas por ambigüidades. Igrejas são percebidas como espaços de discriminação e intolerância, mas também como espaços onde se promove a cura de doenças; ou, como também foi mencionado, faz a libertação, inclusive de especialistas locais, que agiriam sob as influências diabólicas. “Como eles vão curar, tirar feitiço? Aquele que põe não pode

fazer o bem. Não pode servir a dois deuses ao mesmo tempo. Ou serve a Deus, ou serve ao demônio.” (*Ike*, abril/2015)

No entanto, igrejas também foram apresentadas como sendo uma alternativa e um lugar a mais de cura. Esta postura foi observada entre famílias de Pau Furado, com as quais pude conviver por maior tempo, especialmente, as da Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro (mãe e filha), Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento, Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves, entre outras. Por essa razão, dois itinerários terapêuticos envolvendo igrejas estão descritos no tópico específico. Algumas das igrejas também estão representadas no Mapa 5 que está exposto ao final do Capítulo. A seguir, serão apresentados(as) os(as) especialistas locais com os quais(as) dialoguei, sendo obedecida a ordem cronológica dos diálogos.

## **5.6. Apresentação dos(as) especialistas locais**

Embora os processos terapêuticos sejam protagonizados pelos que cuidam e pelos que buscam os cuidados em saúde, este tópico é dedicado aos que cuidam. Quanto aos que buscam os cuidados, o sexto Capítulo lhes foi reservado para a discussão. Como não foi elaborado um roteiro de perguntas, não se deve esperar um padrão nas apresentações. Os diálogos foram fluindo nos moldes da técnica de entretista-em-profundidade, ficando o(a) especialista à vontade para dizer o que achasse relevante de si e de suas práticas o que, ao meu ver, enriqueceu o trabalho pelo mosaico de características e experiências que foi construído.

### **5.6.1. Senhora Raimunda de Jesus Corrêa Carneiro (Vó Diquinha)**

A Sr<sup>a</sup>. Raimunda – fotografia 73 – era filha de Pau Furado, onde viveu até seu falecimento, ocorrido no dia 27.09.2015. Herdeira direta dos fundadores da comunidade, ela não se denominava benzedeira nem parteira, mas narrou ter realizado partos; segundo ela, “só fiz alguns partos, porque não deu tempo. A parteira era a Sr<sup>a</sup>. Mariinha, parteira de guia, mas não deu tempo. Então eu tive que aparar.”



**Foto 73 – Sr.ª. Raimunda Carneiro (Vó Diquinha). 2015**

Com certa melancolia, Vó Diquinha comentou que ela nasceu com um dom, que tendo sido retirado dela com a permissão de seu pai, foi transferido para um de seus irmãos. A Sr.ª. Raimunda também cultivava plantas e auxiliava na avaliação do quadro de saúde de pessoas da comunidade; não apenas ensinava, mas também preparava remédios e doava a quem solicitasse. Foi, ao longo de sua vida, e certamente seguirá sendo nas memórias, uma referência importante na vida comunitária. Além dos documentos das terras que abrigam Pau Furado, Sr.ª. Raimunda foi também guardiã de histórias e conhecimentos que ajudavam aos mais novos a (re)afirmar suas identidades e pertenças. Por isso, visitas freqüentes eram feitas a ela, como a que aconteceu no dia 26 de maio de 2015.

A visita das crianças do Ensino Fundamental I – fotografia 74 – foi uma das atividades previstas na Semana da Saúde, realizada entre os dias 25 a 29 de maio de 2015.



Foto 74 – Uma visita à Vó Diquinha. 2015

A visita, coordenada pelo professor e agente em etnodesenvolvimento, Sr. Fernando Vaz, foi a última realizada pela Escola à Sr<sup>a</sup>. Raimunda Carneiro, pois após quatro meses ela faleceu. Sentados em um semicírculo ouvimos as explicações da Vó Diquinha sobre os cuidados com os poços de água para que não haja contaminação; sobre o respeito aos bens da natureza e aos conhecimentos dos mais vividos. Histórias e experiências, inclusive pessoais, foram narradas envolvendo a ‘Matinta Pereira’ e o ‘Soca-soca’, um ser antropomorfo, metade homem, metade bode que costumava socar, supostamente sem motivo aparente, em volta das casas.

Ao final da visita a Sr<sup>a</sup>. Raimunda lamentou pela tendência à desvalorização dos mais vividos, dos seus conhecimentos e de algumas práticas antigas, principalmente as que envolvem o ambiente e as ‘mães da natureza’ (nome dado aos seres que protegem igarapés, rios e matas). A Sr<sup>a</sup>. Raimunda afirmou que “não fala mais nada,

porque ninguém liga mais para isso. Fazem é rir da gente. Então eu fico calada.”. Perguntei-lhe sobre o que seria necessário para melhorar o atendimento em saúde e ela concluiu afirmando que: “tinha que ter um posto na comunidade, ou ao menos um agente de saúde. Mas não tinha que ter só um posto ou um agente de saúde, tinha que ter também uma benzedeira.” (Maio/2015) Com isso ela expressou sua percepção sobre saúde que extrapola a visão biomédica.

#### **5.6.2. Senhora Maria Gilda dos Santos (Sr<sup>a</sup>. Gilda)**

A Sr<sup>a</sup>. Maria Gilda – fotografia 75 – é filha de Bairro Alto e descendente de uma família de especialistas locais. A avó e a mãe foram parteiras, que não apenas aparavam crianças, mas também cuidavam das mulheres durante a gravidez; sua irmã, a Sr<sup>a</sup>. Gildete dos Santos, embora não parteje, aprendeu com as antepassadas a puxar barriga. De poucas palavras, a Sr<sup>a</sup>. Maria Gilda concilia o trabalho na roça com o cultivo de plantas ornamentais e terapêuticas, e se define como “alguém que gosta de plantar e de cuidar das plantas”.



**Foto 75 – Sr.ª. Maria Gilda dos Santos. 2016**

Identificada como uma erveira que conhece as plantas e sabe preparar remédios, a Sr.ª. Maria Gilda foi muito mencionada por interlocutoras de Pau Furado e Bairro Alto. As suas habilidades para o cultivo de plantas terapêuticas e preparação de remédios, enfim sua importância para os cuidados em saúde foram reconhecidas em um estudo recente. (Barroso, 2014)

Em sua casa, Sr.ª. Gilda nos mostrou (além de mim, para a Sr.ª. Maria José Carneiro, à Prof.ª. Lívia Maria O. de Azevedo e ao Maik Carneiro) enorme variedade de plantas, cujo cultivo, segundo ela, é motivado não só por gosto, mas também para se ter reservadas as plantas que ajudam a curar. Destacou, entretanto, que nem todas as plantas podem ser cultivadas nos quintais e jardins, pois algumas só crescem nas

matas e, quando necessário é preciso ir buscar. Perguntamos de onde vieram tantas plantas e mudas e ela nos informou que tanto ganha, quanto dá suas mudas. Enquanto caminhávamos em seu quintal e por vezes manifestávamos admiração por uma ou outra planta, ela se dispunha a doar uma muda.

A ocasião foi propícia para a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro informar sobre o desenvolvimento das plantas, cujas mudas lhes foram confiadas pela Sr<sup>a</sup>. Gilda tempos atrás. A cada demonstração de bom cuidado, a Sr<sup>a</sup>. Gilda oferecia outra muda de planta para a Sr<sup>a</sup>. Maria José e a nós outros. Ela dizia que se quiséssemos também poderíamos levar mudas. Eu então pedi a ela que escolhesse e me desse conforme a sua vontade. Recebi não uma muda de planta, mas a flor de uma planta chamada de bolsa da fortuna que deve ser guardada na bolsa, para nunca faltar dinheiro. Agradei e, ao final da caminhada me senti à vontade para pedir uma muda de hortelã e, além da que pedi, recebi outras mudas – de pirarucu e ampicilina.

### **5.6.3. Senhor Manoel de Souza Macedo (Manduca)**

O Sr. Manoel se apresentou como “curandeiro, cirurgião [sorijão], porque eu trato de sacadura [deslocamento de osso], nervo torcido...”. (Abril/2016) Profissionalmente ele é agricultor, pescador e também prepara e comercializa um tipo de beiju, que é uma especialidade de sua família e muito apreciado no município. Além da venda regular de beijus na Sede municipal, o Sr. Manoel recebe muitas encomendas que, segundo ele, nem sempre podem ser atendidas. Inclusive no dia em que estivemos em sua casa, ele estava trabalhando para atender uma encomenda. Na ocasião Maik Carneiro e eu ficamos aguardando o retorno do Sr. Manoel, que havia entrado na mata para buscar folhas, utilizadas para enrolar os beijus.

Quando estávamos para desistir da espera, ele retornou e nos recebeu por pura gentileza, pois nossa visita não era esperada e ele tinha muito trabalho a realizar. Nosso diálogo foi rápido e, pelas circunstâncias apresentadas, não me senti à vontade para o aprofundamento. Ainda assim, o Sr. Manoel compartilhou ensinamentos sobre os cuidados em saúde, entre os quais o seguinte:

nós somos a planta do nosso espírito. Temos que dar o alimento da nossa alma. Olhar com [ou para] ela com mais atenção. Olhar para as ervas que vão nos sustentar. Nós

somos a planta, mas dependemos do espírito. Nossa energia, metade está no espírito, metade está nos nervos e na mente. (Abril/2016)

As análises ressaltam a integração entre corpo biológico, corpo espiritual (alma ou espírito) e ambiente, a ser considerada nas ações de prevenção da saúde e tratamento de doenças. Em outro trecho da narrativa, descrito no quarto Capítulo o Sr. Manoel nos orienta a atalhar (cortar) determinados tipos de alimentos e hábitos ruins, praticar esportes e se “prevenir de coisas ruins”, estas em alusão a influências e efeitos de forças espirituais.

Finalizando o diálogo e, em resposta à pergunta sobre procedimentos importantes no cuidado da saúde, ele nos ensinou que esporadicamente se pode ingerir uma colher de andiroba ou óleo de bicho (*Speciomerus ruficornis Germar*) para purificar partes do corpo. A casca da caxinguba fervida com chá, leite ou café, também pode ser utilizada para se evitar ou tratar de verminose. Esses são procedimentos simples que ajudam na prevenção de problemas mais sérios, concluiu.

#### **5.6.4. Senhora Amélia Rodrigues Paraense**

A Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense é bastante conhecida e não apenas em Salvaterra, onde reside na localidade Enseada. Ela foi muito referida por moradores em todas as comunidades do estudo e muitas curas lhe foram atribuídas. A Sr<sup>a</sup>. Amélia se definiu como benzedeira e parteira, embora tenha atuado como pajé na maior parte de sua vida – fotografia 76. Ela trata ‘quebradura’ (fratura de ossos), sacadura, ‘peito aberto’ (agravamento de espinhela caída), puxa barriga, entre outros problemas.



**Foto 76 – Sr<sup>a</sup>. Amélia Rodrigues Paraense. 2016**

Há 11 anos a Sr<sup>a</sup>. Amélia sofreu um Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por meio do autocuidado se recuperou e não apresentava nenhuma sequela. O tratamento foi feito com gergelim, priprioca, arruda, catinga de mulata. Devido à sua idade (89 anos), completados em 30 de março de 2016, ela afirmou não ter mais condições físicas de atuar como pajé, como também não tem partejado, pelos mesmos motivos.

Ressaltou, no entanto, que havendo situação emergencial ela poderia até realizar parto, porém não mais procedendo como sempre fez. Ela lembrou que precisava se mudar para a casa da parturiente, permanecendo entre oito e 15 dias, cuidando da mãe e da criança recém-nascida. Aos 17 anos teve o primeiro dos 310

filhos, dois dos quais ela os teve sozinha, portanto, realizou os próprios partos. Sentada em minha frente ela demonstrou como fez para aparar os filhos sem que viessem a cair no chão; como cortou os cordões umbilicais e adotou os demais procedimentos necessários.

A Sr<sup>a</sup>. Amélia narrou que partejou por 62 anos, tendo iniciado a trajetória na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), onde trabalhou por seis meses. Ela mencionou que adquiriu certo conhecimento com uma enfermeira a quem se referiu como “Cris”, mas que na ocasião já sabia que tinha um dom, pois nascera com ele. Por não ter diploma de parteira Sr<sup>a</sup>. Amélia, ainda na FSCMP, foi transferida para o setor de lavanderia, onde sofreu um acidente de trabalho, motivo de sua demissão. Posteriormente, ainda trabalhou por três meses em outra unidade de saúde pública no Bairro de São Braz em Belém e, a partir de então decidiu se dedicar a cuidar da saúde das pessoas fora desses espaços institucionais. Atende pessoas em sua casa a qualquer hora do dia ou da noite, mas também se desloca até onde a pessoa doente estiver de acordo com a necessidade e conveniência.

Tendo sido impedida de freqüentar uma escola formal e aprender a ler, Sr<sup>a</sup>. Amélia afirmou não ter feito falta, nem a escola, nem a leitura, pois ela compreendia o que era necessário. Ao ser indagada sobre quem a teria impedido, houve certo embaraço e rapidamente eu me desculpei pela pergunta, afirmando que havia compreendido. Ela, com um sorriso nos lábios e tranquilamente disse que, mesmo não sabendo ler ou escrever, ela sabia demais. Fez referência a um livro cujos ensinamentos contidos podem ser utilizados para práticas benéficas ou maléficas, a depender da intenção; e quando se tem um dom, como o dela, há a precaução e cuidado por parte de quem, ela não pôde revelar, para que não se corra o risco das escolhas.

A Sr<sup>a</sup>. Amélia afirmou sentir muita alegria, orgulho e ser grata a Deus por nunca ter ocorrido nenhuma morte de criança ou de parturiente em suas mãos. Tais sentimentos são nutridos também por ela nunca ter ajudado nenhuma mulher a praticar aborto; ato, segundo ela, incompatível com quem cuida da saúde, cura e salva vidas. Disse ser impossível se lembrar de quantos tratamentos fez para ajudar mulheres a segurarem seus filhos na barriga e a parir, mas jamais para interromper

uma gravidez. No exato momento em que eu ia lhe perguntar sobre a estimativa da quantidade de partos realizados, ou se teria um caderno, ela, como que lendo meus pensamentos disse: “pena que eu não tenho mais meu livro com as anotações dos partos. [Gente, eu ia perguntar isso para a senhora]. Ele se perdeu”. Sorrindo ela completou: “mas foram muitos...”. (Abril/2016)

Embora tenha dedicado toda sua vida no tratamento e cura de pessoas, a Sr<sup>a</sup>. Amélia afirmou que passou a se comover ainda mais com quem passa por experiências de adoecimento, quando uma pessoa de sua família teve uma doença grave, um câncer de colo de útero. A experiência de cuidar de alguém da família com diagnóstico dessa natureza era inédita e lhe trouxe muita angústia; e, até mesmo a sensação de não saber o que fazer.

Passado o susto ela narrou ter buscado orientação com o médico falecido, Dr. Camilo Salgado e pediu que ele a instruisse, mostrando-lhe o que fazer. O pedido foi atendido e ele a mostrou as árvores de miraió e de anani. A pessoa que desenganada estava da medicina, foi totalmente curada no âmbito do SSL e só não nos foi apresentada, porque estava envolvida em afazeres domésticos um pouco distante de onde estávamos.

A Sr<sup>a</sup>. Amélia afirmou e reafirmou o potencial de cura das plantas, da fé e dos dons e comentou desejar concluir a construção de um santuário das plantas nas dependências de sua casa. Na ocasião também referiu a banha da bôta que, utilizada na vagina e nas costas das parturientes tem excelente efeito anestésico. Álcool e vinagres aromáticos também foram referidos como auxiliares nas práticas terapêuticas; obviamente, além de uma série de plantas, utilizadas em forma de chás, banhos, emplastos, entre outros.

Amava a vida e sentia-se feliz por ajudar as pessoas a cuidarem da saúde, inclusive, fazia parte de sua lista uma variedade de pessoas, entre elas, médicos, enfermeiros e padres. Alegrando-se por ter excelente saúde, a Sr<sup>a</sup>. Amélia queixou-se apenas de estar com a visão reduzida e, em tempos recentes, vir sentindo um “nervoso”. Perguntei-lhe sobre como seria esse “nervoso” se haveria alguma razão específica e ela justificou que seria “por ficar, o tempo todo, sabendo de muita coisa...”.

Morte? Para a Sr<sup>a</sup>. Amélia isso não era motivo de tristeza, ao menos a dela. Inclusive, fez recomendações à filha Sr<sup>a</sup>. Lúcia e a outros familiares sobre a organização do seu velório, que deveria ser animado com hinos evangélicos e forró. Ela disse dispensar choro e lamentação e estar certa que se divertiria observando quem a fosse prestigiar. Ao final do diálogo, perguntei se eu poderia a fotografar. Ela consentiu, mas pediu que eu aguardasse alguns instantes adentrando-se em um quarto. Quando retornou, estava com aparência diferente, pois havia mudado o penteado, tendo feito duas tranças soltas, uma de cada lado da cabeça. No pescoço, trouxe um terço com um crucifixo, enfim como ilustrado na fotografia 76. No dia 19 de julho de 2017 ela faleceu deixando um enorme vazio.

#### **5.6.5. Senhora Maria da Conceição Sarmiento dos Santos**

A Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição – fotografia 77 – é filha de Bairro Alto e sempre se envolveu na vida comunitária, quer como liderança, quer desenvolvendo outras atividades de apoio a pessoas da comunidade e redondeza. Foi presidenta da Associação Quilombola de Bairro Alto, mas sua atuação política extrapola os limites da comunidade. Por três vezes concorreu à Câmara de Vereadores de Salvaterra, mas:

só ganhei na terceira. Dinheiro eu não tive, ajuda de partido também não. Primeiro ganhei pela ajuda de Deus; depois o conhecimento, a amizade e o meu destaque, não por ser melhor, mas às vezes por ter mostrado alegria na vida de alguém quando estava com algum problema. Eu acho que eu fiquei na vida deles. (Abril/2016)



Foto 77 – Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento. 2016

Iniciou a carreira docente com 16 anos idade e por 14 anos foi uma das principais responsáveis pela educação formal de jovens e crianças moradores de Bairro Alto e adjacências. Em 1986 começou a atuar como agente de saúde da Pastoral da Saúde, tendo permanecido na Pastoral por 14 anos. Em 1991 foi contratada como ACS pela Prefeitura de Salvaterra para ajudar no combate à epidemia da cólera, vínculo mantido até os dias atuais. Desde 2013 encontra-se licenciada para cumprir mandato de vereadora. Concomitante às atividades profissionais a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição atua no SSL, em suas palavras, como “benzedeira”. “Eu não me considero pajé porque eu não canto, nem faço outras coisas. Eu como católica, tenho os meus santos, N. Sra.

Conceição, N. Sra. do Bom Remédio; Espírito Santo e Deus. Quando sou chamada eu vou pelo caminho orando, pedindo iluminação.” (Abril/2016)

A Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição narrou ter adquirido muitos conhecimentos vindos da medicina ‘científica’, oportunizados pelo cargo de ACS e também pelo curso Magistério que concluiu, apesar das muitas dificuldades enfrentadas, entre elas ter que conciliar os estudos com a vida familiar e os cuidados com os filhos. Tais conhecimentos, entretanto, não se confundem com os que ela adquiriu por meio do dom que tem.

Ela relatou que, não raras às vezes, é abordada na rua para receber agradecimentos por um algum tratamento que foi bem sucedido. Por vezes, as pessoas comentam sobre o tratamento que foi recomendado por ela, muitos dos quais ela não se lembra. “Eu não sei explicar o que acontece. As coisas vão falando para mim, por mim. Às vezes eu fico pensando como eu falo certas coisas, e faço certas coisas. Coisas que eu nunca fiz e nem sei.” (Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento, abril/2016) Na medida em que ia comentando sobre algumas das doenças ou problemas que trata – quebranto, vento caído, rasgadura, espinhela caída, peito aberto – ela teve a preocupação de explicar as características principais e como realizava os tratamentos.

Ela explicou que vento caído é uma doença que acomete apenas as crianças, sendo o principal sintoma, uma diarreia que não pára. Mas como saber se é vento caído? Perguntei. Em resposta Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição afirmou ser necessário examinar o corpo da criança, deitando-a de barriga para cima. “Em uma criança de meses, é normal do umbigo para cima, tufar tipo um dedo por cima da pele. Então se não tufar e se tiver com diarreia, é vento caído.” (Abril/2016) Para tratar “a gente vira a criança de cabeça para baixo; o pé da criança deve ser encostado na soleira da porta”, e tem que rezar três dias. Vento caído, como foi explicado, pode ser evitado com alguns cuidados, tais como, não assustar a criança e nem bater em suas nádegas e, ainda, não passar a criança acima da cabeça do adulto.

A rasgadura da carne, conforme foi explicado, acontece quando se carrega peso excessivo ao próprio corpo, ou então quando o peso, ainda que não excessivo, é carregado de mau jeito. Nessas circunstâncias, normalmente se rasga “o pá”, equivalente às costas; e também pode ocorrer rasgadura do pé. A rasgadura vem

acompanhada de uma dor “ardida e insuportável” e só resolve quando se costura a carne. Antes disso, porém, é necessário verificar se há gases, que são comuns em rasgadura. A retirada de gases, por sua vez, só é possível por meio da aplicação de ventosas, feita da seguinte forma:

a ventosa é uma técnica muito antiga, que eu aplico utilizando um toco de vela, uma moeda e um copo. Você põe a moeda em cima do lugar onde está doendo. Acende a vela e coloca bem em cima da moeda. Depois é só cobrir com o copo e ficar acompanhando. Quando saem os gases a pele tufa. (Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento, abril/2016)

A depender da quantidade de gases, seguindo as explicações da Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição, a aplicação de ventosas deve continuar, até que sejam totalmente eliminados. Nesse estágio, sem nenhum gás, pode então ser costurada a carne. Para esse procedimento terapêutico é necessário uma agulha e uma tira de pano virgens, do tamanho da rasgadura. Coloca-se o pano em cima do lugar onde ocorreu a rasgadura e, enquanto se costura se faz uma determinada reza, que foi proferida na ocasião do diálogo, mas proibida de ser divulgada. O pano, concluiu a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição, “depois de costurado deve ficar guardado com o dono da casa. Depois é só colocar emplastro de Salonpas [nome de uma marca]”. (Abril/2016)

#### **5.6.6. Senhor Manoel Cipriano Leal**

O Sr. Manoel Cipriano – fotografia 78 – foi recorrentemente referido pelas interlocutoras como um dos melhores e maiores pajés que se teve notícia; como um “pajé de poder”, “dos bons” ou “dos antigos”. Todavia, todos os que o elogiaram, lamentaram o fato do Sr. Manoel Cipriano ter interrompido temporariamente as funções terapêuticas, até onde se sabe, por problemas pessoais.



**Foto 78 – Sr. Manoel Cipriano Leal. 2016**

Em várias ocasiões ele foi comparado aos pajés antigos, como os senhores Modesto e Manoel Caraparu, inclusive sendo equiparado a este último que teria sido o seu Mestre ou Preparador espiritual. Um preparador é aquele que instrui, acompanha e cuida dos(as) iniciantes que estão sob sua responsabilidade. Sobre si o Sr. Manoel Cipriano se limitou a dizer que é “curandeiro da terra.” (Agosto/2016)

Por sua importância e pela relevância das práticas de cura desenvolvidas, o Sr. Manoel Cipriano foi um dos protagonistas de um documentário, tratando sobre CQ's em Salvaterra.<sup>59</sup> Por três vezes estive em Santa Luzia na tentativa de dialogar com ele e da terceira vez alcancei o intento. Na primeira vez, o Sr. Manoel Cipriano estava muito ocupado e, na companhia de outros homens, trabalhava na construção de duas

---

<sup>59</sup> Salvaterra, Terra de Negros, produzido pelas Secretarias de Estado de Justiça e Direitos Humanos (SEJUDH), de Cultura (SECULT) e pelo Instituto de Arte do Pará (IAP). Disponível em: <http://greenvision.com.br/portfolio/salaterra-terra-de-negro/>

embarcações que foram encomendadas, como pode ser observado na fotografia 79, a seguir.



**Foto 79 – Sr. Manoel Cipriano construindo embarcações. Izabeli Leal, 2015**

Na segunda vez, ele estava trabalhando em Bacabal, realizando atividades de construção civil; da terceira vez o diálogo foi acertado em dia anterior, após um show do grupo de carimbó Unidos do Marajó, no qual o Sr. Manoel Cipriano é um dos músicos integrantes.

Em outra ocasião, estando eu em Pau Furado, vi um Sr. em uma bicicleta, indo de casa em casa para vender os peixes que havia pescado. Só depois soube que se tratava do Sr. Manoel Cipriano. Ao contrário da dedicação exclusiva “ao ofício médico [benzeção, cura]” (Ibañez-Novion *et al.*, s/d: p. 91) observada por esse autor no noroeste de Minas Gerais, os episódios aqui relatados demonstram a versatilidade do ‘pajé Cipriano’, como geralmente é referido. Finalmente, quando meu interesse em dialogar coincidiu com a disponibilidade dele em me receber, um imprevisto reduziu nosso diálogo a poucos minutos.

O Sr. Manoel Cipriano se apresentou como alguém que tem um dom. “Deus dá o dom e a gente nasce para fazer caridade.” (Agosto/2016) Os poucos minutos foram suficientes para que ele comentasse sobre alguns dos “problemas” que ajuda a resolver; que listasse algumas das muitas plantas utilizadas nas práticas terapêuticas,

entre elas, macaca cipó, fruta pão, ferdegoso, erva de passarinho; alguns derivados como o leite do apiizeiro, leite do bacuri, leite do anani.

Ao ser indagado se ele, sendo curandeiro, poderia realizar partos, ele respondeu que não e contou a seguinte história: certa vez ao caminhar por um lugarejo, avistou um homem de seu convívio e disse que a esposa dele estava grávida de um menino. O homem, muito surpreso e intrigado, disse que se a previsão estivesse certa, a criança receberia o nome do Sr. Manoel Cipriano. Passado um tempo foi chegado o dia do nascimento e o Sr. Manoel Cipriano foi convidado a 'tomar o mijo' do menino que nasceu. 'Tomar o mijo' é uma expressão local, mas também utilizada na capital do estado, para designar a comemoração feita por amigos e parentes na ocasião do nascimento de uma criança.

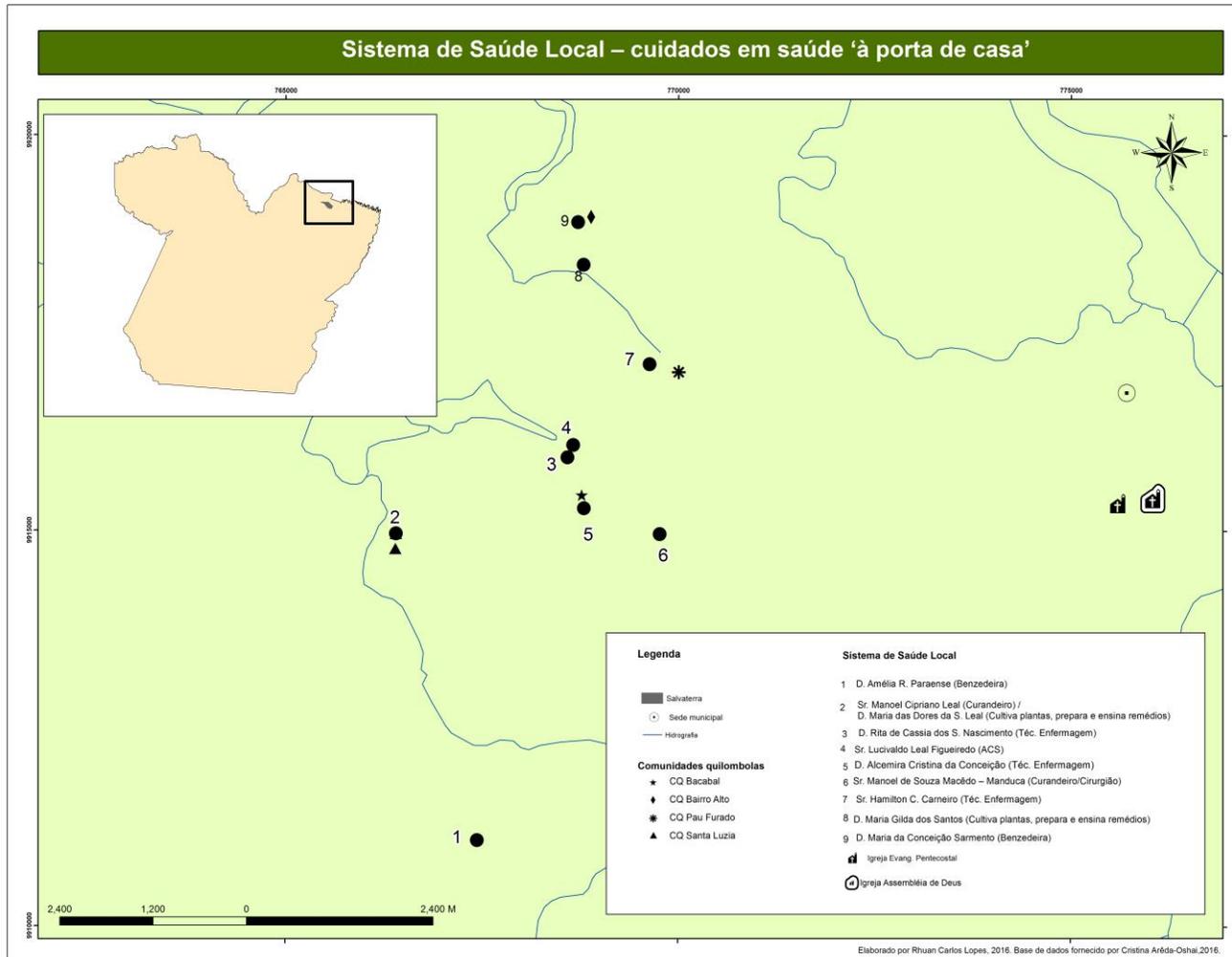
Seguindo a narrativa, o Sr. Manoel Cipriano tendo aceitado o convite, se manteve em um compartimento da casa, afastado do local onde o parto era realizado por uma parteira. Comeram, beberam, festejaram a vinda do menino. Tarde da noite, ao retornar à própria casa e tendo percorrido quase metade da estrada, sentiu a bicicleta ser travada. Como a estrada estava totalmente escura ele, em princípio, não conseguiu identificar o obstáculo. Tão logo parou, viu diante de si um homem de estatura elevada, portando adereços que o levaram a pensar que seria um indígena. O homem, ao mesmo tempo em que olhava o Sr. Manoel Cipriano fixamente, sem dizer nenhuma palavra, também segurava a bicicleta, impedindo que ele prosseguisse.

Após argumentações do Sr. Manoel Cipriano, segundo ele, por ser saliente, o homem permitiu que ele prosseguisse na estrada. Tempos depois, durante um trabalho (quando companheiros espirituais se manifestam), um companheiro se manifestou orientando e proibindo não só a realização de partos, mas também a presença em locais onde estes estejam ocorrendo, não podendo ser sentido sequer o cheiro de parto. Explicou que, embora sendo curandeiro e possa benzer, curar e identificar o sexo de crianças ainda no útero, há, ao menos para ele, a proibição para sentir o cheiro de parto.

Sua resposta e os fatos narrados indicam que o domínio de técnicas corporais ou de manipulação de plantas e animais para fins terapêuticos deve se harmonizar a princípios consensuados entre os sujeitos envolvidos, inclusive entre os de outros

mundos. No caso, o mundo do fundo. Os(as) seis especialistas locais representam uma parcela de um universo muito maior de especialistas. Ao fazerem uso de seus dons eles(as) concretizam práticas terapêuticas, bastante distintas das existentes no SSO.

Além das diferenças elencadas cabe destaque ao princípio da hierarquização do acesso por níveis de complexidade, inexistente no SSL. Conforme várias narrativas, a casa do(a) especialista local está sempre com as portas abertas a quem necessitar, não havendo população adscrita ou regulação do acesso. Inclusive os atendimentos e tratamentos tanto podem ocorrer na casa do(a) especialista, quanto em outro local onde estiver quem precisa de cuidado. Tais características aumentam tanto a oferta, quanto as possibilidades de tratamento disponíveis e acessíveis nos territórios, portanto, literalmente à porta de casa, como se observa no Mapa 5, a seguir. Além das igrejas que aparecem no Mapa, foram mencionadas ainda outras duas evangélicas, a Igreja do Evangelho Quadrangular, que tem um ponto de pregação em Pau Furado e a Assembléia de Deus de Bacabal. Também foram citadas as Igrejas Católicas de Santa Rita e de Santa Mônica, ambas localizadas na Sede do município.



**Mapa 5 – Sistema de Saúde Local – cuidados em saúde ‘à porta de casa’**

Como pode ser verificado no Mapa 05, as comunidades Deus me Ajude, Rosário e Salvar não estão representadas devido à localização distanciada das demais CQ's. Ainda assim sabe-se que alguns de seus moradores recorrem a especialistas locais que residem próximos ou nas próprias comunidades. Eles recorrem também a especialistas que estão em localidades, relativamente mais distantes, como a Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense, que reside na Enseada; ou a especialistas que residem em Mangueiras, no caso de moradores em Deus me Ajude e Salvar.

Em vez da hierarquização do acesso por níveis de complexidade, ou da necessidade de ter fichas para o atendimento, o SSL disponibiliza nove pessoas que podem ser acionadas em caso de adoecimento. Há ainda as igrejas, para quem as legitimam como espaços de cura. O SSL, que não se constitui, necessariamente de estruturas físicas, mas de relações, comporta mobilizações entre sujeitos individuais e coletivos, realizadas sempre que necessário. As características e abrangência do SSL delegam um papel complementar ao sistema oficial e não o contrário. Essa inversão foi observada também em relação a outras políticas públicas, cujas ações programáticas, além de incertas são irrisórias em relação ao universo de comunidades.

## 6. Itinerários terapêuticos: ‘para ficar boa, para ficar bom’

A expressão “itinerários terapêuticos” vem sendo utilizada neste trabalho para designar “o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações [...] e curas.” (Buchillet, 1991-a: p. 28) Ressalta-se, todavia, que o detalhamento dos processos em busca de tratamento, bem como a descrição de “todas as etapas”, como sugere a citação, ao menos em minhas experiências de campo, tiveram conotação mais ideal do que real, pois as interlocutoras narravam o que lhes parecia relevante, na ordem sequencial e com o detalhamento que julgavam ser pertinentes.

Os itinerários terapêuticos nem sempre envolveram espaços institucionais convencionais, como unidades de saúde. Para algumas interlocutoras a ida ao hospital é a última opção considerada e a menos preferida, pois além de ser dispendioso, por causa do custo do transporte, ainda é incerto o atendimento. No entanto, ainda que em número reduzido, há narrativas afirmando ocorrência de bom atendimento e resolutividade. Alguns dos itinerários percorridos no âmbito do SSO se caracterizam por idas e vindas, marcadas por incertezas se haverá atendimento e, mais ainda, se será concretizado o tratamento. Posturas semelhantes foram identificadas em CQ’s de Salvaterra e de outros municípios.<sup>60</sup> Por isso:

quando dá para a gente chegar lá, em Salvaterra [no hospital] e se ele [enfermeiro Hamilton Carneiro] tiver, ele não recusa trabalho. Porque, já pensou ir lá para Salvaterra? Às vezes está naquela situação. Às vezes não tem o dinheiro para pagar o transporte. Não tem. Até que chega em Salvaterra e que vão, mas chega lá, ah, tem que ter a ficha; e o paciente fica lá naquela situação; e se não tem [a ficha]... E passa um tempo danado. (Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, agosto/2014)

Geralmente no âmbito do SSL os cuidados terapêuticos são realizados na própria unidade domiciliar. A esse respeito a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro narrou que quando uma pessoa de sua família ficou doente, não foi necessário mandar chamar ninguém, pois a notícia espalhou e benzedeiras e curandeiros de outras comunidades fizeram prescrições e, algumas vezes levaram ou mandaram lhe entregar plantas e remédios caseiros, sem que fossem solicitados.

---

<sup>60</sup> Consultar Piani (2007, 2010), Costa (2008), Oliveira (s/d), Oliveira *et al.* (2009), Beltrão (2010), Borges (2010), Cavalcante (2011-a).

Os itinerários terapêuticos, na expressão 'nativa' 'para ficar boa, para ficar bom', geralmente são iniciados após uma primeira avaliação dos sintomas e condições gerais de saúde. Geralmente a avaliação é feita por uma mulher da própria unidade domiciliar ou de outra unidade, que seja considerada mais experiente. Neste caso, além da avaliação, pode ser feita a prescrição e, não raro, também a preparação do remédio necessário. Procedimentos semelhantes foram identificados entre CQ's por Piani (2007, 2010), Oliveira *et al.* (2009); e entre povos indígenas por Buchillet (1991-a), entre outros.

O uso concomitante de remédios caseiros e de farmácia (alopáticos), por iniciativa própria, de pessoa da família ou por sugestão de alguém mais experiente, foi relatado por algumas interlocutoras. Situação semelhante foi identificada entre indígenas.<sup>61</sup> Entre os remédios de farmácia foram mencionados o diclofenaco de potássio, a ampicilina, a cefalexina e o ibuprofeno, utilizados como anti-inflamatórios. Outros produtos da indústria farmacêutica também foram mencionados, tais como, fortificantes, antitérmicos, emplastos industrializados, a exemplo do Salonpas. Também foi referido o uso de vinho, pedra ume, creolina, entre outros.

Contudo, a questão 'saúde' se mostra desafiadora quando os recursos terapêuticos locais se tornam insuficientes, sendo necessário procurar os serviços de saúde públicos complementares. Ou então, quando o SSO é a única opção para os que não se identificam com determinadas práticas terapêuticas locais, a exemplo dos que se classificam como evangélicos. Além das noções sobre saúde, das experiências de vida, dos vínculos religiosos ou denominacionais, entre outros, também são determinantes na escolha de itinerários terapêuticos as concepções sobre a resolutividade dos sistemas de saúde em questão, levando em consideração o tipo de conhecimento que os orienta.

### **6.1. Percepções acerca dos conhecimentos locais e científicos**

Ao longo dos trabalhos de campo, foram relatadas distintas experiências envolvendo especialistas locais e profissionais da saúde. Igualmente, foi possível apreender distintas percepções sobre os conhecimentos locais e os científicos e as

---

<sup>61</sup> Consultar Greene (1998), Follér (2004), Langdon (2004).

influências na capacidade de resolutividade dos sistemas de saúde. Quem tem um dom, que é “de raiz” ou que vem do fundo é visto como alguém mais preparado do que os que, por pagarem para aprender, precisam cobrar para exercer o aprendizado. As percepções sobre os tipos de conhecimento, se do fundo, do ar ou mundo espiritual; ou, ainda, do “mundo que a gente vive”, assim como as percepções sobre saúde e doença influenciarão na procura dos sistemas de saúde e nos itinerários terapêuticos.

“Problemas de cérebro, cirurgia o pajé, ele não pode resolver, mas problema espiritual e outras coisas assim quero ver se o médico resolve. Não, não pode resolver.” (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014) Esta percepção atribui capacidade de resolutividade para ambos os sistemas, sendo validados todos os tipos de conhecimento. Entretanto, há separação entre doenças que seriam ‘de pajé’, que envolvem aspectos espirituais, cosmológicos e sócio-ambientais; e doenças ‘de médico’, situadas no âmbito biológico.

No caso, há equivalência entre a capacidade de resolutividade de um pajé e de profissionais da saúde, independente do aparato tecnológico, sendo determinantes as habilidades adquiridas para lidar com as dimensões biológica, socioambiental, e espiritual que interferem no processo saúde-doença. Em certa ocasião indaguei à Sr<sup>a</sup>. Maria Conceição Sarmiento se quebranto poderia ser tratado no SSO. Antes que eu tivesse concluído a pergunta ela respondeu: “Iche, eles nem sabem o que é isso.” (Abril/2016)

A distinção de doenças que podem ser tratadas por pajés ou por médicos têm semelhanças com as classificações ‘doenças de índio’ e ‘doenças de branco’, utilizadas por povos indígenas tais como os Kuikuro do Alto Xingu – (Verani, 1991); os Waiãpi que vivem no Amapá (Gallois, 1991); os Baniwa (Arawak) e os Desana, ambos os povos vivendo no Alto Rio Negro. (Garnelo & Buchillet, 2006) Entretanto, tal classificação é problematizada por Dominique Buchillet (1991-b) por sugerir uma incapacidade de respostas terapêuticas dentro dos sistemas médicos indígenas e, assim, justificar a intromissão externa de profissionais da saúde e a expansão da medicina biomédica entre povos indígenas.

Para Buchillet (1991-b), embora a “categoria genérica *doença de branco*” (1991-b: p. 177) seja utilizada pelos próprios indígenas, ela deve ser interpretada muito mais como “uma categoria de caráter relacional.” (1991-b: p. 177) A categoria deve ser interpretada muito mais como denúncia dos efeitos sociais do contato interétnico do que, necessariamente, como impotência ou incapacidade dos indígenas e seus sistemas médicos.

Entre os CQ’s há outra forma de percepção distinta, onde não se vê limites para nenhum dos tipos de conhecimento, seja o científico ou o local – nossos conhecimentos. Na percepção do Sr. Hamilton Carneiro o conhecimento científico, que ampara a medicina biomédica, é “sem limites, pois tudo pode acontecer. Uma coisa que ninguém sabe hoje, é descoberta amanhã. Tudo muda, pode acontecer. As pessoas que trabalham no hospital, cada um é cada um...”. (Hamilton T. Carneiro, abril/2016)

Uma das justificativas para a capacidade ilimitada dos conhecimentos científicos é o dinamismo do próprio conhecimento que, segundo o Sr. Hamilton, pode mudar a qualquer momento. Outra razão seria a subjetividade e a sensibilidade dos profissionais, onde “cada um é cada um...”. Sendo assim, por interesse próprio ou pelas habilidades e escolhas individuais os profissionais da saúde podem, a qualquer momento desenvolver práticas inéditas e construir novos domínios ou utilizar seus dons espirituais, ainda que seja no anonimato. A articulação feita pelo Sr. Hamilton entre capacidade tecnológica, subjetividade e sensibilidade como aspectos geradores de resolutividade, remete à discussão que vem sendo feita por Madel Luz (1997) acerca da expansão no Brasil de medicinas denominadas “tradicionais”, evidenciada a partir dos anos de 1980.

Para Luz (1997) a racionalidade terapêutica de tais medicinas contrapõe-se à “racionalidade médico ocidental” (1997: p. 28) voltada à diagnose e pode contribuir para a construção de “um novo paradigma médico.” (1997: p. 28) Dos cinco aspectos apontados pela autora como sendo basilares desse novo paradigma, quatro relacionam-se diretamente a escolhas e posturas profissionais que valorizam e envolvem a subjetividade dos sujeitos em relação. A criação de vínculos, o contato, a

proximidade, a centralização da pessoa doente e não da doença nos processos de tratamento, são alguns dos aspectos destacados.

Apenas um aspecto diz respeito à capacidade tecnológica, não necessariamente para afirmar a sua importância na resolutividade de problemas de saúde. Ao contrário, para relativizá-la, pois “sabe-se [...] que uma tecnologia relativamente simples, e adquirida pela medicina há várias décadas seria suficiente para enfrentar as doenças mais comuns [...], seja as infecto-contagiosas, seja as crônicas.” (Luz, 1997: p. 30)

Ao contrário do posicionamento do Sr. Hamílton T. Carneiro, a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento afirma que o poder ilimitado dos conhecimentos “tradicionais” não se aplica à ‘ciência’. Ao ser indagada se haveria limites para os conhecimentos e práticas locais de cuidado em saúde ela assim se expressou:

[n]ão, os conhecimentos tradicionais não têm limites. [por quê a senhora pensa assim?] Porque os conhecimentos tradicionais estão firmados em três mundos. [Três mundos? Que mundos são esses?] O mundo do fundo, o mundo espiritual e o mundo que a gente vive. O mundo do fundo é dos encantados, que pode ser pássaro, peixe, índio, qualquer pessoa. É o mundo das águas de rio, lago, igarapé, mar, [...] das águas. Aqui em Bairro Alto teve uma pessoa que desapareceu, virou encantado e hoje baixa nos pajés. Houve pessoas que desapareceram e voltaram. Olha, é muita coisa, é muito conhecimento, por isso não tem limite. Não tem nada a ver com religião. Não há religião melhor que a outra. Todas salvam, mas depende de nós dentro de cada religião. A medicina tradicional é infinita e acho que as pessoas deveriam se atrelar à ela. A cura, a medicina tradicional é perfeita. (Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento, abril/2016)

A concepção sobre a existência de outros mundos também é partilhada por outras especialistas a exemplo das senhoras Amélia R. Paraense e Raimunda Carneiro. Ambas referiram ao “mundo do fundo” e a Sr<sup>a</sup>. Raimunda, especificamente, ainda explicou que o mundo “do ar é da linha do batuque”, relacionando-a à Umbanda. (Abril/2015) Para explicar o “mundo que a gente vive”, a Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição abriu os braços e olhando em volta exclamou: “é esse mundo aqui!”. (Abril/2016) O “mundo espiritual” é restrito aos espíritos, que podem ser divindades, os(as) santos(as) e espíritos de mortos. Pelo que compreendi, o mundo “espiritual” é equivalente ao mundo do “ar”.

A concepção sobre a existência de vários mundos é identificada também entre os Hupdë que vivem no estado do Amazonas. (Athias, 2003) Entretanto são atribuídos significados diferentes dos que foram mencionados e apreendidos entre as

especialistas locais, como também diferem as possibilidades de interação entre os seres ou entidades que habitam os mundos. Também diferem os habitantes desses mundos, à exceção do mundo terrestre, no qual habitam seres humanos. Nos mundos embaixo do solo e das águas como são concebidos pelos Hupdë, ao contrário do ‘mundo do fundo’, são as moradas dos espíritos.

Nos mundos “acima da terra [...] em direção ao céu infinito [estão] estrelas, pássaros e urubus [e] são todos habitados por entidades mitológicas na forma de animais, frutas e energias.” (Athias, 2003: p. 13) Existe em comum a interrelação entre os mundos na produção de saúde-doença e a posição verticalizada em que se encontram. Em ambas as percepções, o pajé ou xamã é quem tem o poder para se movimentar entre os vários mundos, equilibrar as energias, especificamente os Hupdë, e curar as doenças provenientes de todos os mundos.

A concepção sobre a existência de três mundos foi mencionada pela Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento para explicar o poder de cura dos “conhecimentos tradicionais” em relação ao poder dos conhecimentos científicos, que amparados apenas no “mundo que a gente vive”, tem sua capacidade de resolutividade limitada. Câncer, considerado como uma das doenças mais desafiadoras da atualidade foi utilizado para ilustrar o poder de cura dos “conhecimentos tradicionais”, pois “antigamente o nome do tumor maligno era pustema, e se curava com chá e oração. Eu soube de muitos casos de pessoas que colocaram o tumor para fora. Hoje em dia o médico diz que não pode operar, e não tem cura”. (Abril/2016)

As narrativas evidenciam o dinamismo das culturas, tanto no que se refere à variedade de práticas – benzeção, curandeirismo, pajelança, uso de chás, emplastros, aplicação de ventosas, conserto de ossos, quanto nas formas de ensino/aprendizagem e transmissão. O ensinamento de tais práticas é atribuído aos seres dos três mundos [por isso] “o conhecimento tradicional, essas práticas [...] o conhecimento é poderoso, infinito, não tem limites.” (Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento, Abril/2016)

Em síntese, não há consenso acerca da existência de limites dos conhecimentos científicos, se comparados aos conhecimentos locais. As narrativas do Sr. Hamilton T. Carneiro e da Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmento ilustram duas das três formas de percepção sobre ambos os tipos de conhecimento. Na primeira percepção não há

limites para os conhecimentos locais e na segunda não há limites para os conhecimentos científicos. Uma terceira forma de percepção vê limites para ambos os tipos de conhecimento, pois situa cada um em mundos distintos. Nesta perspectiva, o SSO tem possibilidades e limites circunscritos ao “mundo que a gente vive.” Por isso, o campo de atuação específico é o biológico. Por sua vez, o SSL, tem eficácia apenas sobre os problemas espirituais e outros decorrentes, porque os conhecimentos que o subsidia são provenientes apenas dos mundos espiritual e do fundo.

A depender das convicções acerca dos limites ou eficácia de cada conhecimento, são feitas as escolhas pelos sistemas de saúde e, portanto, são trilhados os itinerários terapêuticos. Reconhecendo ser impossível afirmar a existência de um padrão na busca por cuidados em saúde, organizei os itinerários em seis tendências. Assim procedi visando muito mais ser compreendida, do que pretendendo arredondar as realidades encontradas em favor de uma “unidade etnográfica”. (Laveleye, 2008)

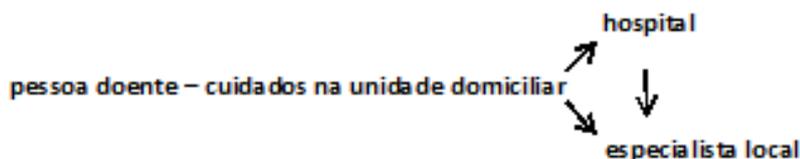
## **6.2. Tendências na escolha de itinerários terapêuticos**

### **6.2.1. “Só depois, depois que vão procurar médico, só se aquele remédio não der certo”**

A frase proferida pela Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves ilustra a primeira tendência comportamental apreendida em campo, pela qual o itinerário terapêutico é iniciado com o uso de remédios caseiros. A opção neste caso é motivada pela valorização dos conhecimentos locais, com ênfase nos remédios caseiros, mas também por dificuldades de acesso ao SSO, como foi afirmado pela Sr<sup>a</sup>. *Mahin*.

Porque depender daquele hospital ali, caramba, tem que ter muito estômago para agüentar, para esperar a boa vontade. A gente cuida em casa com o remédio caseiro, mas quando não resolve a gente tem que consultar [um profissional da saúde]. [E a senhora mesmo prepara o remédio?] É, eu mesma faço. [Tem alguém que benze aqui na comunidade?] Não, aqui não. Só nas comunidades vizinhas tem, mas aqui mesmo, não tem. Mas se a gente chamar, eles [especialistas locais] vêm aqui. Mas isso é só nos últimos casos, quando vê que o médico não dá jeito, aí a gente procura outro [especialista local]. Às vezes até o médico diz. O doutor ... falava para gente, quando ele dava o remédio e não passava ele mandava a gente procurar... A gente procurava outra pessoa para ver se tinha alguma coisa... [o que?] alguma coisa que não era para ele [médico]. (Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, agosto/2014)

Como pôde ser observado, quando os remédios não surtem os efeitos desejados, se procura um profissional da saúde e, por fim, se necessário, um(a) especialista local. Nota-se que nessa tendência um(a) especialista local só é procurado(a) em último caso. Com base nas informações da Sr<sup>a</sup>. *Mahin* o itinerário terapêutico pode ser ilustrado da seguinte forma:



**Figura 10 – Itinerário: unidade domiciliar, hospital, especialista local**

Observa-se na narrativa que a procura por especialistas locais é estimulada por profissional médico, a fim de que seja complementado o tratamento realizado no SSO. Esse tipo de aconselhamento foi referido por outras interlocutoras em relação a ACS's, técnicos de enfermagem e enfermeiros que trabalham nas CQ's ou que mantêm algum vínculo. Deve ser ressaltado, no entanto, que essa postura não é regra no âmbito do SSO, pois houve relatos de recriminação pela valorização de práticas do SSL, tais como o uso de remédios caseiros e benzeção.

O caminho percorrido até o profissional da saúde é tortuoso e, como afirmou a Sr<sup>a</sup>. *Mahin*, “tem que ter muito estômago para aguentar, para esperar a boa vontade.” Observa-se na Figura 10, que o posto e a USF foram eliminados do itinerário. Devido à capacidade instalada estar acima da encontrada nas demais unidades de saúde, existe a ilusão e a esperança de se encontrar alguma resolutividade no hospital. Foram exatamente esses sentimentos que motivaram a Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus a procurar o hospital e não a USF, como ela mesma passa a narrar:

perdi um filho meu, morreu, mas não foi parto normal, foi um aborto que eu tive, mas não porque eu quis. Eu estava deitada, estava com quatro meses de gravidez, eu já tinha começado fazer meu pré-natal. Aí eu caí da rede, a corda arrebentou, só que nesse dia, foi de noite isso, a gente já ia se acomodar para deitar. Eu não tive dano nenhum, dor, nada. Aí quando foi no outro mês, que a enfermeira já tinha marcado para eu voltar lá [USF], foi quando me deu uma dor. Eu caí no mês de agosto, lá pelo final de agosto e o dia que eu tinha que voltar na consulta era 06 de setembro, aí eu esperei para ir nesse dia. Só que me deu a dor no dia [do retorno] e eu nem fui para lá, eu fui direto para o hospital. E passei o dia inteiro lá, com aquele sangramento e, cadê o médico? O médico não está... Aí, [quando o médico apareceu] a gente queria que ele fizesse uma cesariana em mim e ele disse que não ia fazer, que eu tinha que esperar.

Aí ele fez uma enrolada toda e não fez a cesariana. Foi-se embora para casa dele... (Sr<sup>a</sup>. Claudiane, agosto/2014)

A Sr<sup>a</sup>. Claudiane chegou ao hospital pela manhã, em um dia útil da semana, e passou o dia inteiro perguntando e se perguntando, “cadê o médico” e ao que parece, a ausência do profissional médico não ocorre apenas nos finais de semana ou em horários noturnos. Quando o médico apareceu, o desejo de se livrar da dor física, já que a dor pela perda do filho a acompanharia para sempre, fez com ela e sua mãe clamassem pela cirurgia cesariana. Porém, como o domínio dos corpos e a palavra final é sempre de prerrogativa do médico, (Laplantine, 1991; Follér, 2004) a resposta negativa foi dada sem nenhuma explicação. E a Sr<sup>a</sup>. Claudiane, tratada como ‘paciente’, continuou esperando por cuidados em saúde. Mas o problema é que:

sangrava bastante... E não me deram remédio... Só um remédio para dor, mas para estancar o sangue nada. Passei o dia todo lá, desse jeito, perdendo bastante sangue, isso porque disseram que o médico disse que não era para me dar nada e que se eu tivesse que ter o filho eu ia ter até de tarde. Se eu não tivesse ele ia fazer cesárea. Aí ele foi para casa dele e as enfermeiras ligavam e nada... Ele não atendia. Só que minha mãe, ela perdeu a paciência e esculhambou, porque dá raiva, né? Aí chamaram [outro médico] e ela esculhambou com ele e falou que se eu morresse a culpa ia ser dele. Ela ficou com muita raiva, porque dá... E o médico... Lá na casa dele. Foi para casa dele. Tinha [outro] médico lá no hospital, mas não queria atender, era mesmo que não ter. Depois que minha mãe brigou eles me levaram para a sala de parto e me deram um remédio lá e eu adormeci. (Sr<sup>a</sup>. Claudiane, agosto/2014)

Como a relação estabelecida entre o médico que “fez uma enrolada toda” e a Sr<sup>a</sup>. Claudiane não era personalizada, ao contrário era sempre intermediada por alguma enfermeira que, transmitia ao médico o quadro clínico da ‘paciente’, e desta levava as queixas, a reação de sua mãe também não foi personalizada. A revolta não se deu apenas contra o médico, mas contra toda a equipe e, ao mesmo tempo, contra quem, especificamente, tivesse a responsabilidade para solucionar a situação.

Diante do sofrimento e das negligências no atendimento, foi necessário alterar a condição de ‘paciente’ para ‘agente’. A mãe da Sr<sup>a</sup>. Claudiane, tendo experimentado e acumulado uma série de situações de violações de direitos, seus e de seus familiares, fez uso das armas que tinha no momento. Usou da palavra para ‘esculhambar’. O médico que estava no hospital, mas que parecia não estar, pois não queria atender, ao ser afrontado pelo ímpeto da mãe da Sr<sup>a</sup>. Claudiane, resolveu agir. Outras pressões, entretanto, ainda teriam que ser realizadas para que houvesse, de fato, o alento para o sofrimento físico da Sr<sup>a</sup>. Claudiane.

Eu entrei na sala de parto umas 9h da manhã e só saí uma hora dessas [por volta de 12h], e ainda sozinha, as enfermeiras iam e cuidavam de mim, depois iam embora. Depois do remédio o sangue estancou, eu tirei um sono e quando acordei já estava de tarde. Aí quando eu me espantei a minha prima estava lá, conversando com ela [a mãe], aí quando foi umas 6h [18h], lá volta a dor de novo. Aí ligaram para o médico e ele disse que era para esperar um pouco só que minha mãe falou que não ia dá para esperar não, não. Aí chegou outra enfermeira lá e foi muito legal e atenciosa, e para mim, foi Deus no céu e ela na terra. Aí ela veio e disse que ia me ajudar, me levou para sala de parto, aí ela me deu um remédio e logo eu tive meu filho, foi de parto normal e nasceu no mesmo horário que ela [apontando para a filha], foi às 8h [20h]. (Agosto, 2014)

A reação do médico, não do que estava em casa e atendia por telefone; mas do outro, que estava no hospital, mas era o mesmo que não estar, foi prescrever um remédio para dor e para estancar a hemorragia. Outra atitude foi dar ordem para que a Sr<sup>a</sup>. Claudiane fosse transferida para a sala de parto. E só. Após permanecer na sala de parto por aproximadamente três horas sem que a criança “nascesse” espontaneamente, a Sr<sup>a</sup>. Claudiane foi retirada da sala de parto, retornando à sala de observação.

Passado o efeito analgésico, a dor voltou a incomodar. Diante da insensibilidade médica, uma enfermeira, “muito legal e atenciosa”, para a Sr<sup>a</sup>. Claudiane foi como “Deus no céu e ela na terra”. Adotando postura de cuidado e, por conta própria a enfermeira administrou um remédio que induziu ao parto e logo “eu tive meu filho”. A referência ao nascimento do filho morto, como se vivo estivesse, demonstra o quanto de emoção permeava os acontecimentos.

Na perspectiva da Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus ela não estava no hospital para fazer um aborto, mas para ter o seu filho, que inclusive “foi de parto normal e nasceu no mesmo horário que” a filha. Porém, na perspectiva dos médicos envolvidos, não se tratava de um parto, mas apenas da expulsão de um feto. Corroborando a lógica do modelo biomédico, o objeto de intervenção é o corpo biológico não personalizado. (Rabelo, 1994) No caso, em outro extremo, foi também o corpo o objeto de negligenciamento.

### **6.2.2. Quando os remédios caseiros não resolvem, se busca a(o) especialista local**

Na segunda tendência os cuidados terapêuticos são iniciados na própria unidade doméstica com o uso de remédios caseiros e de farmácia. Não sendo

alcançados os resultados esperados é um(a) especialista local que tem primazia sobre o profissional da saúde, mesmo quando os remédios caseiros não fazem efeito. O itinerário que ilustra esta tendência comportamental foi percorrido pela Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei Figueiredo de Jesus em busca de tratamento e cura para seus filhos.

A Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei observou que seus dois filhos apresentavam febre. Suspeitando que pudesse ser o início de algum processo inflamatório e administrou o remédio diclofenaco. Observou que o filho apresentou melhoras em oito dias, mas a filha não. Nela a febre persistiu e, fazendo uma avaliação corporal mais detalhada observou que a barriga dela estava levemente endurecida.

Diante da situação observada, a Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei decidiu solicitar a avaliação de alguém mais experiente e pediu à sua sogra que o fizesse. A sogra, tendo também identificado o endurecimento da barriga da neta, sugeriu que pudesse ser “baço inflamado”, mas a Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei precisava ouvir um segundo diagnóstico de alguém mais experiente ainda, e também de sua inteira confiança. Para isso procurou a Sr<sup>a</sup>. Amélia R. Paraense que diagnosticou o problema como sendo calazar, doença que costuma levar à morte. Contudo, a Sr<sup>a</sup>. Amélia afirmou que não seria necessário desesperar, pois a criança iria melhorar.

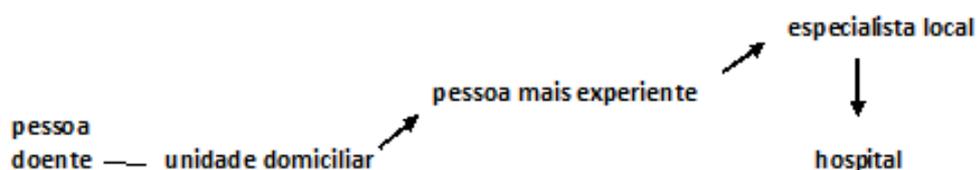
No mesmo dia a Sr<sup>a</sup>. Amélia iniciou o tratamento da criança, prescreveu chás de alfazema, mastruz e outras plantas, mas aconselhou a Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei a procurar cuidados médicos no hospital, pois seriam também necessários. Outra prescrição foram massagens na barriga, feitas com óleo de bicho do tucumã com alho.

A Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei, seguindo orientações da Sr<sup>a</sup>. Amélia procurou cuidados médicos no hospital, onde foram feitos exames de sangue e fezes, tendo sido confirmada a doença calazar. A criança precisou ficar internada por três dias e após a alta hospitalar continuou o tratamento em casa. O tratamento com a Sr<sup>a</sup>. Amélia prolongou-se por três meses, sendo que por três vezes na semana a criança era avaliada e benzida. A Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei narrou ter feito todo o tratamento gratuitamente em ambos os sistemas de saúde.

Indagada sobre as condições do acesso ao SUS, a Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei afirmou não ter tido muitas dificuldades e supôs que talvez tenha sido pela gravidade da situação

da filha. Narrou que quando ocorreu a alta hospitalar recebeu 20 ampolas de injeção para aplicação diária e três pessoas se revezaram nas aplicações – Sr. Hamilton Carneiro, Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia S. do Nascimento e Sr<sup>a</sup>. Lucinha, cujo sobrenome não foi lembrado.

A responsabilidade pela preparação dos chás, bem como as providências em preparar as plantas, foi assumida por duas senhoras – Judite e Maria das Dores Leal, moradoras de Santa Luzia. Três dias após o encerramento da sessão de injeções foram repetidos os exames e os resultados indicaram que a criança estava curada. Mesmo assim, os banhos, benzeções, massagens, avaliação e cuidados da especialista local continuaram sendo realizados. O itinerário pode ser ilustrado da seguinte forma:



**Figura 11 – Itinerário: unidade domiciliar, pessoa mais experiente, especialista local, hospital**

O itinerário evidencia tanto uma preferência pelo SSL, quanto ilustra a possibilidade de ‘intermedicalidade’, se é que se pode classificar assim, por tratar-se de uma sensibilidade unilateral. Na situação analisada percebe-se que o encaminhamento ao SSO ocorreu devido à sensibilidade, competência e responsabilidade da especialista local para identificar o que lhe compete no tratamento. Não há, portanto, envolvimento direto ou a interação entre especialista local e profissional da saúde. A Sr<sup>a</sup>. Maria Shirlei, por sua vez participa como sujeito no processo conciliando as práticas e conhecimentos de ambos os sistemas de saúde e se movimentando entre eles.

Observa-se que há exceções quanto às dificuldades de acesso ao SSO e à qualidade do atendimento. No caso em questão, além do acesso ao hospital, narrado como relativamente fácil, foram disponibilizados os medicamentos necessários à continuidade do tratamento após a alta hospitalar. Lamenta-se, no entanto, tratar-se de exceção e não da regra.

### 6.2.3. “Eu acho que o conhecimento que a comunidade tem é mais importante”

Nesta tendência quem abre o ciclo de cuidados é o(a) especialista local. A narrativa evidencia a existência de hierarquia entre profissionais da saúde e especialistas locais, que têm maior credibilidade e preferência, devido à dedicação, ao conhecimento e, ainda, à capacidade de reconhecer os próprios limites no tratamento. Em relação à importância das práticas terapêuticas nas CQ's a Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro afirmou que:

aqui na comunidade, nos quilombos e não só em Pau Furado, aqui na redondeza nos quilombos mais próximos, as pessoas acreditam muito na pajelança, no pajé, no que ele fala. Para eles o primeiro médico é o pajé. É ele que vai te dizer se é para ele ou é para o médico [ou para ambos?] É, também. O pajé nunca erra. Quando ele vê que não é para ele o problema, ele manda procurar o bata branca. (Agosto/2014)

A afirmação da Sr<sup>a</sup>. Maria José de que “o primeiro médico [na comunidade] é o pajé”, a princípio pode sugerir uma contradição se for considerada narrativa anterior, proferida por ela mesma, quando considerou os limites dos conhecimentos que baseiam ambos os sistemas – oficial e local. Os limites foram evidenciados no reconhecimento de que há doenças que são para médicos e doenças que são para pajé. Porém, a primazia do pajé sobre o médico, não contradiz as percepções sobre a capacidade de resolutividade dos sistemas e dos conhecimentos, apenas transfere para o(a) especialista local a prerrogativa do enunciado sobre a doença, o tratamento e a cura. Considerando a narrativa da Sr<sup>a</sup>. Maria José o itinerário terapêutico, neste caso, assume o seguinte formato:

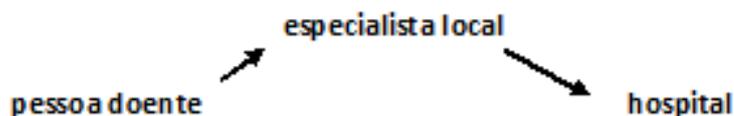


Figura 12 – Itinerário: especialista local, hospital

Quanto à infalibilidade do ‘pajé, talvez esta se deva à capacidade de reconhecer os limites das próprias práticas terapêuticas ou, dito de outra forma, de reconhecer as fronteiras dos conhecimentos. “O pajé nunca erra”, por que não pretende nem extrapolar, nem submeter nenhum saber ao seu, pois “quando ele vê que não é para

ele o problema, ele manda procurar o bata branca.”. (Sr<sup>a</sup>. Maria José Carneiro, agosto/2014) A infalibilidade do pajé ou xamã é também considerada entre alguns povos indígenas, entre eles os Desana do Alto Rio Negro. Quando não se alcança os resultados esperados a culpa recai sobre a pessoa que está em tratamento, ou mesmo se admite possibilidade de erro no diagnóstico. (Buchillet, 1991-a)

No entanto, mesmo considerando a preponderância das práticas terapêuticas locais sobre as biomédicas, a depender da circunstância, se busca o SSO, por descargo de consciência, ou para que não haja acusações de descuido ou maltratos em relação à pessoa que está doente. Argumentos semelhantes foram explicitados por algumas interlocutoras que sofreram derrame (AVC) ou que cuidaram de alguém nessa condição, elas sabem que “Derrame é uma doença que se cura em casa”. (Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia S. do Nascimento, maio/2016)

Entre as doenças, agravos e acidentes relatados nas CQ's, o que mais chamou a atenção e que pareceu ser a preocupação de algumas interlocutoras foi o ‘derrame’ (AVC). Embora não se possa afirmar a taxa de incidência, foi possível estimar que Bairro Alto é a comunidade onde se registra o maior número de casos. Em um dos diálogos com a Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso ela referiu 10 ocorrências no intervalo de aproximadamente dois anos. Nas demais comunidades também foram referidas ocorrências de AVC, porém em menor quantidade.

Além do número de ocorrências, também chamou atenção as formas de tratamento realizadas no âmbito do SSL e a efetividade. Acostumada a ouvir sobre as sequelas provenientes do AVC e inclusive conhecer quem as tem, foi muito impressionante saber que pessoas daquelas CQ's, mesmo tendo sofrido um ou até dois AVC's, não apresentavam nenhuma sequela; ou, quando apresentavam, estes eram mínimos. Situações semelhantes foram relatadas, entre outros, pelo Sr. Aurino Conceição e pela Sr<sup>a</sup>. Meire Barroso em relação a pessoas conhecidas.

Quando a Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia S. do Nascimento afirmou que “Derrame é uma doença que se cura em casa” o fez com base nas experiências vivenciadas nos cuidados com pessoas da comunidade que tiveram AVC, entre elas a sua mãe, Sr<sup>a</sup>. Tereza Santos do Nascimento, importante parteira na comunidade e adjacências. A Sr<sup>a</sup>. Tereza, acometida por dois episódios de AVC, sentiu-se tão mal no primeiro que

chegou a ser levada a um hospital de Belém, onde permaneceu internada por 15 dias. A gravidade da situação de saúde levou os familiares a pensar que ela não resistiria, inclusive houve certa mobilização e esforço para realizar alguns de seus sonhos, entre eles, conhecer o bispo responsável pela maior diocese da Igreja Católica em Belém. O sonho foi realizado. No hospital, o bispo chegou a pronunciar oração confortando a família sobre o possível falecimento da Sr<sup>a</sup>. Tereza.

Ocorre que durante a internação, a Sr<sup>a</sup>. Tereza foi tratada com remédios caseiros. “Ela tomava chá de catinga de mulata, arruda, pucá e cravo de defunto. Eu pingava no chá três gotas da banha do jacuraru e com uma semana ela recuperou a fala e os movimentos.” (Sr<sup>a</sup>. Rita de Cássia dos S. Nascimento, maio/2016) Indagada se houve resistência por parte de profissionais da saúde ao tratamento realizado, a Sr<sup>a</sup>. Rita informou que tudo era feito com muita discrição no hospital. Além dos chás, foram feitas fricções com a banha de jacuraru na garganta, para “soltar a língua” e nas articulações. Além da banha, as mesmas plantas utilizadas no preparo dos chás, foram misturadas ao álcool para que fossem feitas as fricções.

Se foi impressionante ouvir as histórias de cura e superação, mais ainda, foi ter tido a chance de dialogar com as próprias pessoas que vivenciaram os episódios de derrame e seguiam a vida sem sequelas. São exemplos as senhoras Maria Joana Sousa, Raimunda Carneiro, Amélia R. Paraense que, inclusive foi a responsável pelo próprio tratamento, e a Sr<sup>a</sup>. Lina do Socorro Freire Leal, cujo itinerário terapêutico passo a compartilhar.

A Sr<sup>a</sup>. Lina sentiu-se muito mal e, a princípio, não tinha noção que estava tendo um AVC. Foi levada ao hospital e precisou ficar internada por alguns dias. Depois, recebeu alta médica para ser tratada em casa, porque no hospital não havia muito a ser feito. Em casa, foi tratada com chás preparados com catinga de mulata, arruda, pucá e gergelim preto. A Sr<sup>a</sup>. Lina também fez uso de fricções dessas mesmas plantas, que podem ser misturadas no álcool, mas também em cachaça. Também fez uso da banha do jacareaçu e de bicho do tucumã, cujo efeito é semelhante ao do jacuraru.

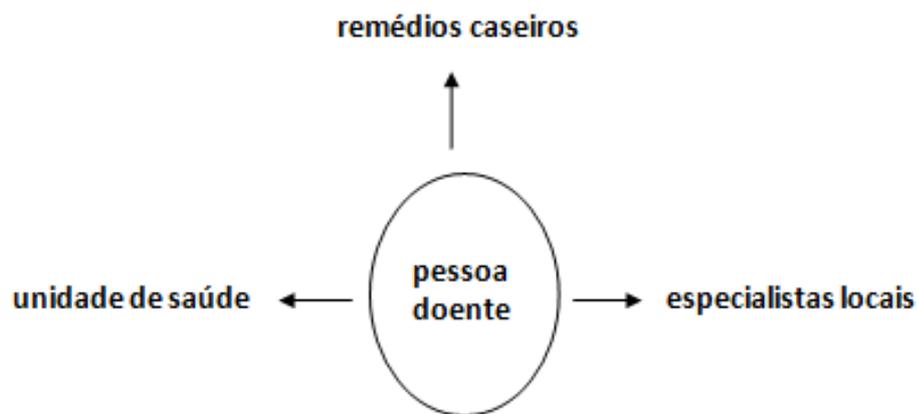
A Sr<sup>a</sup>. Lina narrou que a princípio tomou regularmente os remédios que foram prescritos pelo médico, mas ao perceber que estava tendo inchaços e outros efeitos colaterais indesejáveis, deixou de lado os remédios de farmácia e deu continuidade ao

tratamento com remédios caseiros e práticas terapêuticas locais. Ainda quando se encontrava em processo de recuperação, a Sr<sup>a</sup>. Lina prestou o exame vestibular para o Curso de Pedagogia e foi aprovada. Quando dialogamos em maio de 2016, ela seguia muito bem nos estudos e se ocupava com a definição de temas a serem pesquisados para a elaboração do trabalho de conclusão de curso no futuro.

#### **6.2.4. “Eu faço é correr para os dois lados”**

Esta é a quarta tendência comportamental observada e mesmo considerando a importância dos conhecimentos locais e a competência dos(as) especialistas locais, a Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores da S. Leal reconhece que “o remédio caseiro vai até certo ponto e o remédio do médico vai até certo ponto [...] a gente tem que saber a hora de mudar e buscar outras providências.” (Agosto/2016) A ressalva, neste caso, é para a necessidade de ficar alerta aos sintomas apresentados, ao quadro geral da situação, enfim observar a pessoa doente. Tal cuidado, segundo a Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores deve ser tomado em relação a qualquer tipo de tratamento, independente de onde seja feito, ou da ordem com que se procura um ou outro sistema.

A Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, devido a experiências de decepção e frustração em ambos os sistemas, mantém postura semelhante à da Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores. Desde o episódio de adoecimento e morte de uma pessoa da família ela narrou ter se tornado mais cautelosa e, quando alguém da família adoece “eu faço é correr para os dois lados”. (Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, agosto/2014) Se levar a um profissional da saúde e não houver melhora, faz uma benzeção e, vice e versa. Um itinerário terapêutico com base nessa tendência pode ser ilustrado da seguinte forma:



**Figura 13 – Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, especialistas locais**

Outra experiência que reitera a determinação em se buscar apoio em ambos os sistemas foi vivenciada pela Sr<sup>a</sup>. *Anaya*. Frustração e sentimento de indignação em itinerários terapêuticos podem não ser exclusivos do SSO. A Sr<sup>a</sup>. *Anaya* por ter vivenciado experiências não exitosas também em relação às práticas locais se mostra atenta em relação aos dois sistemas de saúde. Foi narrado que uma pessoa da família teve uma doença muito grave, mas que a família se manteve confiante diante de várias promessas de cura que foram feitas, principalmente por pessoas do ‘batuque’.

Narrou que sob os cuidados de especialistas do ‘batuque’ ela e a pessoa doente “iam para baixo, iam para cima, faz uma coisa, faz outra, e leva e traz, mas foi só piorando, gastamos muito dinheiro, o que tinha e o que não tinha, mas não deu jeito, não adiantou nada, piorou, piorou e morreu, está lá, embaixo de sete palmos.” (*Anaya*, agosto/2014) A experiência da perda contribuiu para que fosse adotada, a partir de então, postura semelhante à da Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves, ou seja, “correr para os dois lados”, significando a busca por tratamento em ambos os sistemas de saúde, se necessário.

O itinerário terapêutico que passo a narrar foi percorrido pelo profissional da saúde, o Sr. Roberto César Araújo Souza, cuja opção pelo SSL não ocorreu por falta de acesso ao SSO, mas devido à falta de resolutividade nesse sistema.

O Sr. Roberto Souza sofria por vários anos com dores na coluna vertebral e havia feito duas ressonâncias magnéticas, que diagnosticaram hérnia de disco. Segundo narrou, duas vértebras estavam comprometidas e a cirurgia era inevitável. Disse ter ficado muito angustiado e preocupado com o fato de ter que se submeter a

uma cirurgia, por saber dos riscos e incômodos que tal procedimento envolve. Após ter tido uma crise no final de 2015, precisou ser internado às pressas em Belém; “era natal e eu sofrendo lá, tive alta no dia 25. Voltei para Salvaterra e no dia 26 de dezembro procurei a Sr<sup>a</sup>. Amélia.” (Sr. Roberto Souza, abril/2016)

O Sr. Roberto Souza narrou que ao chegar à casa da Sr<sup>a</sup>. Amélia foi introduzido ao local reservado aos atendimentos. Ela pediu que ele caminhasse em linha reta, de costas para ela, para que fosse analisada a sua coluna. Quando ele se virou e, ficando de frente à Sr<sup>a</sup>. Amélia ela lhe deu o diagnóstico: “duas vértebras estavam com problema”. O tratamento foi iniciado no mesmo dia e se estendeu ao longo de uma semana, quando a cura foi constatada. “Depois que eu caminhei, eu deitei numa maca. Doeu bastante. Ela estalou todos os ossos e depois pôs tudo no lugar”. (Sr. Roberto Souza, abril/ 2016)

Foi narrado que a Sr<sup>a</sup>. Amélia tem todos os aparatos para tratamento – vários preparados e ervas *in natura*; e que junto com as massagens na coluna eram feitas orações que ele não conseguia compreender. No primeiro dia de tratamento a Sr<sup>a</sup>. Amélia pediu ao Sr. Roberto Souza que levasse na próxima sessão de tratamento leite do anani para fazer um emplastro. O leite do anani, segundo nos explicou, é retirado diretamente do tronco da árvore. Descasca-se a árvore e retira o leite, mais ou menos o mesmo procedimento adotado para a extração do látex da seringueira. Com a ajuda de um amigo, o Sr. Roberto conseguiu extrair uma quantidade de leite suficiente para encher uma tampinha de garrafa de refrigerante.

Na segunda sessão seguiram-se as massagens e as orações e foi colocado o emplastro, preparado com o leite do anani, com a mucura-caá e outras plantas que não foram recordadas. Na terceira e última sessão, como narrado pelo Sr. Roberto, a Sr<sup>a</sup>. Amélia reexaminou a sua coluna, fez orações e falou “alguns dizeres, que eu não entendi tudo e nem me lembro de tudo. Mas falou: ‘vai que você está curado. Sai e não olha para trás. E assim eu fiz, saí, fui embora e não olhei’.” (Sr. Roberto Souza, abril/2016)

O Sr. Roberto Souza narrou de uma forma, como se ele mesmo ainda tivesse que assimilar tudo o que havia acontecido. Ele comentou que havia sofrido tanto com as dores na coluna, andando praticamente torto e com os movimentos limitados.

Sofreu por vários anos, tomando remédios para dor, sem solução. E, após o tratamento, era como se ele nunca tivesse tido problemas na coluna. Vive sem dores e faz qualquer movimento sem nenhuma limitação. Na ocasião do nosso diálogo o Sr. Roberto fez questão de demonstrar alguns movimentos, antes impossíveis de serem realizados por ele.

O último itinerário que ilustra a tendência foi percorrido pela Sr<sup>a</sup>. *Yemisi*, já falecida. O itinerário demonstra que idas e vindas também podem ocorrer em ambos os sistemas e, não apenas no SSO. Tomei conhecimento do itinerário por intermédio das senhoras Maria das Dores Leal e Prof<sup>a</sup>. Maria José Carneiro (mãe) em ocasiões diferentes. Elas foram as únicas a presenciar o tratamento, além da Sr<sup>a</sup>. Tereza Leal, a pajé responsável pelo tratamento.

Foi narrado que a Sr<sup>a</sup>. *Yemisi* havia feito tudo o que foi possível para solucionar um problema da ‘mãe do corpo’, expressão utilizada para designar o útero. A Sr<sup>a</sup>. *Yemisi* tentou por muito tempo resolver o problema, tendo se submetido a tratamentos tanto com médicos no hospital, quanto com especialistas locais, mas sem obter êxito. Gradativamente o útero foi descendo, até despontar no canal vaginal, caracterizando o chamado ‘prolapso uterino’. A situação causava-lhe constrangimentos, várias dificuldades e incômodos, principalmente para caminhar.

Em certa ocasião, com o agravamento no quadro de saúde, a Sr<sup>a</sup>. *Yemisi* mandou chamar a Sr<sup>a</sup>. Tereza Leal e pediu-lhe que a ajudasse. A Sr<sup>a</sup>. Tereza Leal, mesmo não se sentindo muito feliz com o dom que recebera, não se recusava a ajudar. Portanto, atendeu ao chamado e foi acompanhada da Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores Leal, sua neta e também assistente. Ao chegarem à casa da Sr<sup>a</sup>. *Yemisi* se deparam com outras pessoas que lá se encontravam fazendo-lhe companhia ou tentando colaborar de alguma forma. A Sr<sup>a</sup>. Tereza Leal pediu a todos que se retirassem, consentindo que permanecessem no local apenas a sua assistente e a Prof<sup>a</sup>. Maria José Carneiro (mãe).

Conforme narrado pelas interlocutoras, a Sr<sup>a</sup>. Tereza iniciou o tratamento fazendo orações incompreensíveis. Um pedaço de tecido foi colocado sobre a barriga da Sr<sup>a</sup>. *Yemisi*, ficando o umbigo à mostra por meio de um furo, feito no tecido. Em seguida pôs apenas o dedo indicador no umbigo da Sr<sup>a</sup>. *Yemisi* e prosseguiu com as orações. Por último a Sr<sup>a</sup>. Tereza Leal fez um emplastro, com plantas que as

interlocutoras não se recordaram os nomes, e o aplicou no umbigo da Sr<sup>a</sup>. *Yemisi*. Nessa única sessão de cura, o útero retornou ao lugar, surpreendendo a todos.

### 6.2.5. “Saúde tem dos dois lados”

A quinta tendência comportamental foi observada em algumas narrativas e, até certo ponto, assemelha-se ao exposto na tendência anterior, “correr para os dois lados”. No entanto, são acrescentados novos espaços institucionais, que se distinguem do hospital; e novos sujeitos, que se distinguem dos profissionais da saúde e dos(as) especialistas locais. Além de unidades de saúde e das casas dos(as) especialistas locais, igrejas e pontos de oração ligados a denominações evangélicas foram incluídos nos percursos terapêuticos. A Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento tem convicção que todas as alternativas devem ser buscadas, por que:

saúde tem dos dois lados. Quando meu filho [...] estava doente eu primeiro dei os remédios caseiros [também inclui outras práticas]. Mas como não resolveu eu andei com ele para Salvaterra e para Soure. Eu já tinha tentado os remédios caseiros. Aí ele tomou os remédios dos médicos, mas também não deu jeito. Então eu resolvi mudar o remédio, as plantas. Eu mesma fiz outros remédios e ele melhorou. Graças aos meus remédios, ao soro, ele tomou muito soro, e às orações dos evangélicos. (Sr<sup>a</sup>. Marlene Nascimento, agosto/2014)

A Sr<sup>a</sup>. Marlene tem experiência em cuidar da saúde de familiares e de não familiares. Ela também é conhecedora de plantas e sabe preparar remédios. Por isso ela mesma diagnosticou o problema de saúde de um dos seus filhos, preparou remédios e adotou as providências, detalhadas na narrativa. A referência ao uso de remédios caseiros também inclui cuidados de especialistas locais. O itinerário pode ser representado da seguinte forma:



Figura 14 – Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, especialistas locais, evangélicos

A diferença evidenciada não está no movimentar-se em ambos os sistemas, como fazem várias interlocutoras. Tampouco não está no fato de considerar as orações “dos evangélicos” como ato terapêutico, pois as pessoas que se denominam evangélicas e algumas católicas com as quais dialoguei fazem essa consideração, como será demonstrado na sexta tendência comportamental.

O diferencial que se observa na narrativa da Sr<sup>a</sup>. Marlene reside na conciliação de práticas e concepções de mundo consideradas por algumas pessoas evangélicas como incompatíveis, ou no mínimo “estranhas” como afirmou uma interlocutora. A Sr<sup>a</sup>. Marlene ao afirmar que “saúde tem dos dois lados” legitimou a atuação “dos evangélicos” em um dos lados que, obviamente, não é o do SSO. No entanto o contrário não se verifica, pois na sexta e última tendência, as(os) especialistas locais e suas práticas terapêuticas não têm lugar.

#### 6.2.6. “Antes eu mesma benzia, mas agora eu vou para a igreja”

A sexta tendência comportamental foi observada principalmente nas narrativas de algumas interlocutoras que se declaram evangélicas ou simpatizantes de denominações evangélicas, mas também entre algumas interlocutoras católicas. A dúvida sobre a procedência da inspiração de curandeiros e benzedeiros, ou talvez a convicção de que a inspiração provenha “do outro lado”, leva à valorização parcial dos conhecimentos locais, sendo adotado apenas o uso de plantas e de produtos derivados de animais que tem fins terapêuticos. Itinerários percorridos na tendência em questão podem ser representados como consta abaixo:



Figura 15 – Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, clérigos e/ou leigos

Observa-se que especialistas locais, especificamente os curandeiros e as benzedoras não integram os itinerários. Esses(as) especialistas foram substituídos por clérigos e leigos os quais, segundo afirmou uma pessoa evangélica, benzem, “mas é em nome de Deus”. Na perspectiva apresentada também os caruanas foram substituídos pelo espírito santo. “Nós aceitamos o uso das plantas e também dos animais. Tudo isso é criação de Deus. O problema é quando ocorre ritual do outro lado. [Qual lado?]. O que não é de Deus.” (Sr. *Olatunde*, agosto/2016)

Posturas discriminatórias não foram observadas como regra entre as interlocutoras católicas, evangélicas ou simpatizantes de denominações evangélicas. Entretanto por vezes o preconceito se revelava em alguns discursos, por exemplo, na afirmação que apenas católicos e evangélicos benzeriam em nome de Deus. Reforçando a tendência, mas por razões distintas, Sr<sup>a</sup>. *Anaya* narrou não confiar mais no ‘bataque’ e nem em curandeiros, mas “em Deus, em mim mesmo e nos remédios caseiros”. (Sr<sup>a</sup>. *Anaya*, agosto/2014) No caso da Sr<sup>a</sup>. *Anaya* a desconfiança não foi motivada por adesão a uma ou outra denominação religiosa, mas por uma situação de desencanto e frustração vivenciada em ambos os sistemas.

Ainda integrando esta tendência comportamental, a interlocutora Sr<sup>a</sup>. *Chimamanda* afirmou que antes “eu mesma benzia, mas agora eu vou para a igreja.” (Maio, 2015) Indagada sobre os motivos da transição, Sr<sup>a</sup>. *Chimamanda* respondeu não mais se sentir bem benzendo, embora faça parte de uma família de especialistas locais. Foi ressaltada, entretanto, a intenção em continuar exercendo o dom para cuidar da saúde das pessoas, mas de outra forma, por exemplo, trabalhando em uma unidade de saúde. Em nenhum momento a Sr<sup>a</sup>. *Chimamanda* utilizou alguma expressão depreciativa das práticas terapêuticas locais para justificar o abandono. Interpretei o ‘não sentir-se bem’ muito mais como um constrangimento pela demonização feita por terceiros, do que pelo convencimento de que tais práticas sejam, de fato, inadequadas.

Os itinerários que ilustram a tendência têm peculiaridades em relação aos demais por apresentar duas igrejas, uma católica – Igreja de Santa Mônica; e outra de denominação evangélica – Assembleia de Deus de Bacabal, como espaços de cura. Depois de se submeter a tratamentos com remédios caseiros, “de farmácia e com

médicos”, a Sr<sup>a</sup>. Heloíza A. Carneiro resolveu entregar “a Deus o problema” de saúde que a incomodava por alguns anos. A resposta começou a ser dada em uma reunião de oração na igreja católica onde a Sr<sup>a</sup>. Heloíza freqüenta, como ela mesma conta a seguir.

Eu estava em reunião de oração na igreja e o dirigente pediu que as pessoas colocassem a mão onde sentissem alguma coisa, alguma dor. Eu pus a mão na ... E entreguei a Deus o problema... Na mesma noite sonhei que Deus estava me operando. Ele disse que ia me curar... Mas tinha outra coisa. Professora, eu senti as dores da cirurgia; os movimentos dentro... Como se fosse mesmo uma cirurgia. Senti o toque, o corte, toda a mexida, mãos, instrumentos, tudinho. Acordei sentindo um golpe na ... Fui trabalhar assim mesmo, toda doída. Sentia muitas dores e fiquei com os movimentos limitados. Primeiro eu fiquei com receio de contar para as pessoas. Achei que iam zombar de mim, não acreditar, achar que eu estava ficando até maluca. Depois contei para algumas pessoas. Uns acreditavam e outros não. Quando cheguei ao trabalho eu fui abaixar e não dei conta. Doía tudo, eu estava operada. Eu fui operada. Deus me operou. Mas Ele disse que ia me curar só de uma coisa, mas ia ficar outra coisa. Depois de alguns dias a dor foi passando e fiquei por uns dois anos sem sentir nada, mas depois apareceu outro problema. Talvez o que Deus tinha dito que ia ficar... (Junho/2016)

O segundo itinerário terapêutico foi narrado pela Prof<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro (mãe), do qual ela fez parte como uma das cuidadoras da pessoa doente, seu familiar. A Sr<sup>a</sup>. Maria José narrou que uma criança de 11 anos vinha sofrendo com problemas nos rins. Exame diagnóstico detectou que se tratava de duas pedras (cálculos renais), que precisariam ser retiradas com cirurgia, caso o medicamento prescrito pelo médico não fizesse efeito. Embora a criança tenha feito uso de medicamentos, tanto de farmácia, quanto caseiros, os sintomas persistiam e a cirurgia continuava necessária. Algumas pessoas do grupo familiar, inconformadas com a realização da cirurgia, intensificaram as orações. Oravam em casa. Oravam nas igrejas. “Nós entregamos nas mãos de Deus.” (Prof<sup>a</sup>. Maria José A. Carneiro – mãe, agosto/2016)

Além das orações e dos chás caseiros, Sr<sup>a</sup>. Maria José realizava massagens com óleo de bicho do tucumã na ‘pente’ (virilha) e no ‘prego’ (pênis) da criança. Em certo dia a criança, depois de muita dor e sofrimento, expeliu uma das pedras (cálculo). A segunda, identificada no exame, não se sabe se foi diluída ou expelida. Certo é, que conforme afirmou Sr<sup>a</sup>. Maria José, a criança melhorou e acredita-se que foi curada.

Como se observa nos itinerários, a pessoa que faz a intermediação da cura, portanto, que é vista como instrumento de cura não é um especialista local, benzedeira ou curandeiro, mas um dirigente em reuniões de oração; podendo, ainda ser qualquer outro membro das igrejas, uma “irmã ou Irmão”, conforme a narrativa compartilhada páginas atrás. Outra peculiaridade diz respeito ao agente de cura, que no itinerário em questão, não é um caruana, mas Deus, por meio do espírito santo.

Aqui encerro a descrição de alguns dos muitos itinerários que tive conhecimento. De modo geral os itinerários refletem as concepções de saúde que foram apresentadas e revelam suas dimensões biológica, socioambiental espiritual e psicossocial. Diferentes caminhos foram percorridos em busca de tratamento e cura. Alguns deles foram um tanto tortuosos para o alcance dos objetivos. Independente das tendências, que atribuem status diferenciados aos conhecimentos locais e acadêmicos há o entendimento, compatível com a “condição de ser no mundo”, (Ingold, 2013: p. 12) que “a morte faz parte da vida. Nós temos que nos preparar para a morte. O que a gente tem que fazer é cuidar para não morrer antes da hora.” (Sr<sup>a</sup>. Maria das Dores da S. Leal, agosto/2016)

## Considerações finais

As considerações aqui apresentadas não são e nem pretendem ser conclusivas. Elas apenas fecham uma das muitas etapas do processo de conhecimento e, em se tratando do tema discutido nesta tese, há uma longa caminhada a ser feita. Instigada pelo apagamento e invisibilidade dos coletivos quilombolas em instrumentos de gestão e em periódicos especializados em Saúde, e tendo como referência estudos que apontam o racismo pessoal e institucional como fator determinante do não acesso a direitos sociais, especificamente à Saúde, escrevi um projeto para o doutorado.

A Constituição Federal de 1988 foi tomada como importante marco referencial, pois instituiu direitos sociais, historicamente reivindicados, como o direito ao território para comunidades negras rurais; e à Saúde que, pela primeira vez no país, orienta-se por princípios éticos de universalidade, integralidade e igualdade no acesso. Porém, estudos comprovam que transcorridos 28 anos de promulgação da Constituição e 26 da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), os direitos instituídos não têm alcançado devidamente coletivos negros, entre eles os quilombolas.<sup>62</sup>

A política pública de saúde, pensada a princípio como objeto de estudo, deu lugar aos sujeitos com os quais convivi, estudei e aprendi, inclusive a ouvi-los melhor. Assim, ao invés de analisar o acesso à política de saúde, busquei compreender como sujeitos quilombolas de Salvaterra (Marajó – Pará/Brasil) têm cuidado da saúde. Inspirada por Fredrik Barth (2000) penso ter construído um conjunto de conhecimentos para além dos limites territoriais de Pau Furado, definida no estudo como ‘grupo controle’. O movimento de ir e vir, as observações e diálogos favoreceram a ampliação do conhecimento sobre o município de Salvaterra, sobre outras CQ’s e, acima de tudo, sobre Pau Furado. (Barth, 2000)

Fazendo uso do método comparativo, valorizei as semelhanças, mas também destaquei as variações identificadas nas percepções das interlocutoras sobre saúde, conhecimentos locais, práticas terapêuticas, enfim, sobre todos os aspectos que

---

<sup>62</sup> Oliveira (2002), Martins (2006), Paixão e Carvano (2008), Lopes (2005), entre outros.

envolvem o tema e objetivos definidos na tese. Com base nas narrativas e observações pode ser afirmado que, apesar de haver semelhanças, por exemplo, quanto ao uso comum do território e à valorização de práticas terapêuticas locais, há variações internas às comunidades que se verificam nas condições de moradia, nas práticas produtivas, na apropriação de bens da natureza, entre outras. A homogeneidade subentendida, ou por vezes afirmada em documentos oficiais do Estado e mesmo em publicações acadêmicas deve ser contestada.

Talvez, por estabelecerem relações políticas com gestores locais em distintos níveis, os coletivos quilombolas vivendo em um mesmo município têm acessos diferenciados às políticas públicas. Tal situação não se justifica, pois os direitos intuitivos não podem estar atrelados a alianças ou barganhas políticas. Disputas internas, solidariedade, divergências, mas também convergências, semelhante ao que ocorre entre outros grupos humanos, também foram verificadas. A afirmação feita por interlocutoras de que os coletivos quilombolas são ‘todos parentes’ ou ‘uma família’ é contextual e pode se mostrar verdadeira na contrastividade com os ‘de fora’, não quilombolas. Internamente aos coletivos, e independente de se ocupar um mesmo território, cada comunidade quilombola têm especificidades que culminam na formação de fronteiras étnicas.

As experiências de campo levaram à constatação do que Barth (2000) afirmara sobre o método comparativo. A variação que se busca na comparação entre mais de um caso, deve ser procurada à exaustão dentro de um mesmo caso, o que facilitaria o estabelecimento de parâmetros para análise da própria diversidade encontrada, e a contribuição para o aprimoramento do método. Ou seja, a variação evidenciada nas comparações entre as comunidades, também está presente no interior delas.

A variação não se determina, necessariamente pelo tamanho do grupo, mas pela intensidade das trocas que são estabelecidas, pela forma como os conhecimentos são apropriados, pelas formas e graus de interação entre os ‘de dentro’ e os ‘de fora’, entre outros fatores. Portanto, em uma próxima experiência de pesquisa, ou mesmo como desdobramento da que gerou a tese, serão aprofundadas as clivagens geracionais, de gênero, de vínculos religiosos, entre outras, dentro de uma mesma comunidade. Afinal algumas variações observadas em relação às noções sobre saúde,

práticas terapêuticas e uso de bens da natureza, têm um componente geracional e de vínculo religioso, embora não se constitua como regra.

A tese formulada – o Sistema de Saúde Local tem primazia sobre o Sistema de Saúde Oficial, não apenas pelas facilidades de acesso, mas acima de tudo pelas afinidades socioculturais entre os sujeitos envolvidos e identificação com as práticas terapêuticas utilizadas – ganhou sustentação com o alcance dos objetivos. O primeiro deles – apreender as noções de saúde formuladas localmente – foi alcançado gradativamente, pois tais noções são vivenciadas no dia-a-dia e para apreendê-las foi necessário não só ouvir, mas também observar e estar com os sujeitos envolvidos.

Saúde, como pensado pelas interlocutoras, envolve as dimensões biológica, socioambiental, espiritual e psicossocial, não significando simplesmente a ausência de doença. Ter saúde é sentir-se em condição de realizar as atividades rotineiras, independente dos sintomas ou características biológicas. E, como afirmou Sr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Chaves, ainda que não se sinta nada, ou seja, que não haja sintomas há que se ter paz. Caso contrário, não se pode dizer que tem saúde. (Agosto/2014) Essa concepção se aproxima do significado atribuído ao termo *illness* que situa a doença (entende-se que também a saúde) como uma experiência subjetiva, influenciada pela cultura; e se distancia da concepção biomédica que têm nos sintomas, ou na ausência deles, os parâmetros para se atestar estados de doença ou *disease*, biologicamente determinados.<sup>63</sup>

Os vários aspectos que integram as dimensões citadas, entre outros, a valorização dos mais velhos ou mais vividos e de seus conhecimentos, ordenações emocionais e espirituais, condições materiais de existência, uso racional dos bens da natureza, configuram uma visão pluralista acerca da saúde que, na prática, também se distancia dos parâmetros utilizados no Sistema de Saúde Oficial (SSO). Nesse sistema a concepção de saúde figura como ideal a ser alcançado. Com base nisso, penso sobre o quanto é importante incluir em estudos antropológicos questões relacionadas à saúde (noções, respostas terapêuticas, movimentos de reorganização familiar e coletiva e as mobilizações), pois elas também evidenciam pertencas étnicas. Conforme O'Dwyer:

---

<sup>63</sup> Laplantine (1991), Canesqui (1994), Langdon (2003)

[a] crença em mundos paralelos habitados por seres sobrenaturais e o domínio desse espaço adquirido pelos *sacacas*, [pajés, curandeiros] inclusive no aprendizado sobre o uso dos recursos naturais e das potências que lhes ultrapassam em suas práticas terapêuticas, permite a construção do território como uma totalidade simbólica, que define as fronteiras do grupo. (2010: p. 27 – grifos no original)

A inclusão é relevante e necessária, principalmente se os estudos estão relacionados a reconhecimento ou identificação étnica, a impactos socioambientais ou reconhecimento de territórios tradicionais. Inclusive, a esse respeito, a ABA se manifestou afirmando que “as categorias sociais de identidade étnica apresentam concomitante territorial, definida por referências compartilhadas de ordem física, simbólica e cosmológica.” (Leite, 2005: p. 38) Entende-se que as referências incluem questões relacionadas à saúde-doença.

As concepções de saúde nutridas pelos sujeitos quilombolas também atestam a necessidade da adoção de práticas preventivas que harmonizem os aspectos que integram as várias dimensões. Como afirmou o Sr. Manoel Macêdo (Manduca), a prevenção não envolve apenas a prática de esporte, alimentação saudável, mas também a proteção “das coisas ruins”, situando estas no campo espiritual. É também nessa perspectiva que a Sr<sup>a</sup>. Maria de Jesus Gonçalves afirmou que aparência saudável não é sinônimo de saúde, pois não se tem saúde, quando há imundícies no quintal ou dentro de casa, sugerindo uma perspectiva ecológica que não envolve apenas o cuidado com o lixo, mas com o ambiente de modo geral. Entre as práticas preventivas destaca-se também o cuidado com a própria alma e com a alma “dos que já partiram” (Sr<sup>a</sup>. Macionila C. Carneiro, abril/2016).

Além dos fatores expostos que levam à preferência pelo Sistema de Saúde Local (SSL) em relação ao SSO, há também as formas de tratamento que no SSO, invariavelmente, envolvem o uso de medicamentos ‘de farmácia’ (alopáticos). Essa característica faz com que ocorra, por vezes, o abandono do tratamento devido a sintomas indesejados e a substituição por remédios caseiros, como fez Sr<sup>a</sup>. Lina da Conceição nos episódios de AVC que vivenciou. Ou então, de antemão, nem se procura o tratamento no SSO, como afirmou Sr<sup>a</sup>. Valéria Carneiro, a fim de evitar o uso de antibióticos, por vezes a única opção disponível.

Ainda em relação ao tratamento deve ser destacada a lógica organizacional adotada no âmbito do SSO que não separa apenas “o dono do corpo e o dono do

*saber*”, (Koifman, 2001: p. 53 – grifos no original) mas por vezes também separa o “dono do corpo” do seu meio social e daqueles que lhes dão sentido. Pois, quando não é conveniente para o hospital manter um(a) acompanhante “o dono do doente fica fora.” (Sr. Manoel Vasconcelos, março/2015) Esse afastamento também gera negatividades, pois na experiência narrada pelo Sr. Manoel Vasconcelos, a pessoa doente acabou falecendo, segundo ele por não ter sido devidamente cuidada e, ainda, por questões psicossociais que envolveram o sentimento de tristeza, saudade dos familiares e isolamento.

O tratamento dispensado no SSO é visto, ainda, como pouco atencioso, não personalizado e fragmentado, o que gera descontentamento e indignação como foi referido em várias narrativas e como pôde ser observado em alguns itinerários terapêuticos. Como foi afirmado, o médico, que deveria acompanhar as parturientes, nem sempre procede assim, mas transfere as responsabilidades a uma enfermeira e, em se tratando de parto normal, “ele só vai no outro dia para ver a melhora, para assinar os papéis, dar a alta e passar os remédios.” (Sr<sup>a</sup>. Claudiane de Jesus, agosto/2014)

Ao passo que no âmbito do SSL os tratamentos envolvem a participação do(a) especialista local em todas as etapas necessárias. Em sendo parteira pode até se mudar temporariamente para a casa da parturiente. Os tratamentos também envolvem a observação direta da pessoa que se encontra doente, sendo que os remédios e todos os procedimentos, de modo geral, devem ser personalizados, portanto, adequados de acordo com a manifestação dos sintomas e com as causas que, nem sempre, têm origem biológica.

A Sr<sup>a</sup>. Maria da Conceição Sarmiento ao ser indagada sobre as possibilidades de se tratar quebranto no SSO ela, que além de benzedeira é profissional da saúde, respondeu que não, “íche eles nem sabem o que é isso.” (Abril/2016) Dentro do contexto em que ocorreu, a afirmação não pretendeu reiterar a divisão entre ‘doenças para pajé’ e ‘doenças para médico’, mas reafirmar que o SSO não considera as dimensões psicossocial, espiritual e socioambiental, apesar da importância e das influências que exercem sobre a saúde. Nisto consiste um dos três consensos identificados entre todas as interlocutoras.

O dissenso se manifestou quanto às formas de tratamento e, acima de tudo, quanto aos sujeitos envolvidos nos processos, pois entre os evangélicos ou simpatizantes e entre alguns católicos, os(as) especialistas locais – benzedeiros e curandeiros foram substituídos(as) por clérigos e/ou leigos, podendo ser qualquer ‘irmão’ ou ‘irmã’. Deus, considerado a fonte de inspiração pelos(as) especialistas locais, é referido por alguns evangélicos como estando apenas em um lado, o deles. No entanto, independente do dissenso sobre os sujeitos, as dimensões não biológicas seguem valorizadas, pois “antes eu mesma benzia, mas agora eu vou para a igreja.” (Sr<sup>a</sup>. *Chimamanda*, abril/2015) Os outros dois consensos consistem na valorização do uso de plantas e de produtos de origem animal para fins terapêuticos; e no reconhecimento da existência de dificuldades de acesso ao SSO.

Até aqui foram apresentados aspectos gerais das dimensões que configuram as noções de saúde apreendidas em campo. Registre-se que tais aspectos não são cumulativos e nem compartilhados em sua totalidade por todas as interlocutoras. Como discutido no quarto Capítulo, as noções de saúde, por si só, não produzem homogeneidades e nem determinam padrões na escolha de itinerários terapêuticos em ambos os sistemas. Somam-se a essas noções as representações sobre a capacidade resolutiva dos sistemas, construídas com base na origem dos conhecimentos que os embasam, se provenientes do “mundo [do] fundo, [do] mundo espiritual e [ou do] mundo que a gente vive”. Também devem ser considerados os vínculos religiosos ou denominacionais e as experiências de vida.

Foram identificadas três percepções distintas sobre o poder dos conhecimentos local e científico e sobre a capacidade resolutiva dos sistemas. Em uma delas não se vê limites para os conhecimentos locais em saúde por estarem sustentados em três mundos. Sendo assim a capacidade resolutiva do SSL é ilimitada. Em outra percepção se afirma a existência de limites para ambos os sistemas devido às dimensões com as quais estão implicados. O SSO tem prerrogativas sobre tratamentos que envolvem as dimensões biológicas e, ao contrário o SSL tem prerrogativas sobre tudo o que envolve as demais dimensões. Em outra percepção não se vê limites para o conhecimento científico, que fundamenta a medicina biomédica, devido ao dinamismo desse

conhecimento para desenvolver tecnologias e à subjetividade dos sujeitos que atuam no SSO. Nessa perspectiva a capacidade do SSO também seria ilimitada.

Sendo assim, as noções de saúde, articuladas às percepções sobre os conhecimentos local e científico; às experiências de vida e aos vínculos religiosos ou denominacionais, configuraram distintas iniciativas na busca de itinerários terapêuticos, que foram organizadas em seis tendências. À exceção de uma, todas as demais iniciam os cuidados terapêuticos na unidade domiciliar, sendo que os primeiros recursos terapêuticos utilizados são os remédios caseiros, por vezes administrados de forma concomitante com remédios de farmácia (alopáticos).

As tendências desenharam itinerários terapêuticos que, por sua vez, sinalizaram preferências na procura dos sistemas, aqui resumidas da seguinte forma: 1. médico – especialista local; 2. especialista local – médico; 3. pessoa mais experiente – especialista local – médico; 4. busca concomitante por ambos os sistemas; 5. busca concomitante por ambos os sistemas com a integração de evangélicos no processo de tratamento; 6. busca concomitante por ambos os sistemas, porém com valorização parcial das práticas terapêuticas e a substituição dos(as) especialistas locais por clérigos e leigos.

Fica evidente em narrativas e nos itinerários terapêuticos que o SSL é legitimado, ainda que ocorra desvalorização de determinada categoria de especialistas e de suas práticas. Também se evidencia a busca pelo SSO e, da mesma forma a sua legitimação, apesar das dificuldades de acesso, das negligências e violências como foi discutido ao longo deste trabalho. Essa postura indica, que em relação aos sujeitos quilombolas, a intermedicalidade ou integralidade pode se efetivar, ou se efetiva ao menos no que lhes cabe no processo. O movimento entre ambos os sistemas indica ainda, o quanto se agregaria de qualidade e resolutividade às práticas terapêuticas desenvolvidas no SSO, na medida em que outras dimensões, além da biológica, seriam consideradas.

A meu ver, ambas as situações confirmam a tese, pois mesmo quando se tem acesso ao SSO o vínculo com o SSL é mantido. Inclusive os itinerários, em sua maioria, são iniciados com recursos terapêuticos provenientes do SSL, sendo o SSO procurado em segunda instância. As interlocutoras que afirmaram não iniciar os itinerários com a

utilização de remédios caseiros não o fazem por desvalorizar o SSL, mas exatamente por valorizar, pois antes de qualquer tomada de decisão sob os cuidados terapêuticos elas afirmaram consultar um(a) especialista local. Contudo a questão do acesso não pode ser desprezada, pois ao contrário do SSL, no qual os recursos terapêuticos estão à porta de casa, para buscar o SSO, quando necessário, “tem que ter muito estômago” para esperar, tolerar gracejos e racismo, sem a certeza de que haverá atendimento e a resolutividade alcançada.

Por outro lado, ainda que determinados sujeitos, no caso os evangélicos, não tenham acesso ou não alcancem a resolutividade no SSO, provavelmente continuarão valorizando apenas parcialmente as práticas terapêuticas do SSL; e como foi possível observar, dificilmente buscariam apoio junto à determinada categoria de especialistas locais. Portanto, considerando as percepções dos sujeitos que contribuíram com o estudo e as tendências evidenciadas, não seria correto afirmar que a facilidade de acesso ao SSL é o principal elemento determinante para a sua legitimação e manutenção. Dizendo de outra forma, não são as dificuldades de acesso ao SSO que induzem a procura por práticas terapêuticas no SSL ou que justificam a sua existência. As razões para a procura e legitimação do SSL estão na completude dos cuidados em saúde, na medida em que ocorre o encontro de afinidades socioculturais e habilidades terapêuticas, conciliando assim as eficácias simbólica e técnica, que de um modo geral, culminam na resolutividade.

A preocupação dos(as) mais vividos(as) com a perda de autonomia dos sujeitos quilombolas em relação aos cuidados terapêuticos e com uma crescente dependência do SSO tem pertinência. Porém, o argumento de que a perda de autonomia e a dependência ocorreriam por facilidades de deslocamento à Sede municipal não se mostrou como regra, pois moradores das comunidades mais próximas à Sede seguem utilizando recursos terapêuticos locais e legitimando os(as) especialistas.

Outro aspecto enfatizado pelos(as) mais vividos(as) é que a saúde disponibilizada no ‘hospital’, principal referência da materialização do SSO, não é para todos. Por isso afirmam que também se faz necessário ter conhecimento e autonomia sobre os corpos e valorizar os conhecimentos locais a fim de se evitar o adoecimento. Quando a resolutividade é possível, o acesso não o é. Ou então, quando ocorre o

acesso é por percursos um tanto quanto conturbados, marcados por tensões, desrespeito, negligências e oportunismo de quem privatiza serviços públicos, como evidenciado. No entanto, também se evidenciam sensibilidades nos espaços institucionais do SSO, muitas vezes afloradas a partir da agência dos que buscam cuidados em saúde.

Identificar estratégias locais para ter saúde e potencializar os cuidados em saúde foi também um dos objetivos do trabalho. A esse respeito, a responsabilidade coletiva nos cuidados em saúde e a autonomia sobre o corpo foram afirmadas como estratégias para ter saúde e conter a medicalização. Segundo a Sr<sup>a</sup>. Maria Helena Chaves, as pessoas “de hoje” não conhecem mais o próprio corpo e nem entendem o seu funcionamento, pois desde que “apareceram os médicos, ninguém sabe mais nada.” (Agosto/2014)

Mesmo sem mencionar a palavra ‘medicalização’ as interlocutoras demonstraram rejeição a ela, sendo alguns dos motivos, as dificuldades de acesso e a ineficácia devido à ênfase na dimensão biológica, o que leva a classificar como doenças alguns fenômenos encarados como naturais. Por isso houve o aparecimento de tantas doenças desde que inventaram a “tal medicina”, o que se explica pela valorização da classificação e apreensão da doença pelo médico (*disease*) em detrimento da autopercepção do sujeito sobre o estado de saúde-doença (*illness*).<sup>64</sup>

As demais estratégias identificadas são utilizadas visando o acesso ao SSO quando necessário. Uma delas é a ameaça de se fazer denúncias na mídia e junto ao Ministério Público Federal, Órgão que tem credibilidade junto aos coletivos. A estratégia, de fato, parece surtir efeito, pois asseguraram alguns atendimentos no SSO, como foi demonstrado, ainda que com desrespeitos.

Outra estratégia mencionada foi a mobilização intra e intercomunidades, o que envolve a realização de torneios, rifas e bingos para arrecadação de recursos financeiros. Contatar amigos, vizinhos ou apenas conhecidos que trabalham em unidades de saúde, também são práticas recorrentes, utilizadas para se conseguir

---

<sup>64</sup> Laplantine (1991), Canesqui (1994), Langdon (2003)

consultas médicas e/ou para agilizar atendimentos. Porém a rede pessoal, neste caso, não é tão grande a ponto de serem atendidas as demandas quando elas acontecem, pois nem sempre a pessoa conhecida é encontrada na ocasião em que se precisa. Políticos também são acionados para facilitar o acesso, sendo que promessas de voto, por vezes são negociadas por consultas e procedimentos cirúrgicos.

O programa Hiperdia, único a receber elogios de algumas interlocutoras, se constitui como elo importante entre alguns moradores de Pau Furado e a USF Passagem Grande. Por isso os vínculos construídos no âmbito do Hiperdia também foram referidos como sendo facilitadores de acesso e estratégicos para se conseguir marcar consultas para outras pessoas da comunidade, ou mesmo confirmar a realização de algum procedimento. Há ainda, outras duas estratégias, talvez as mais eficazes entre todas e, exatamente por isso, elas não devem ser reveladas, para não serem colocadas em risco.

As estratégias só comprovam as dificuldades de acesso ao SSO e o quanto seu marco legal carece de aplicação. Em torno dessa situação foi construído o quarto e último objetivo específico – identificar e analisar, na perspectiva das interlocutoras, a relevância do SSO nos territórios quilombolas. A princípio, quando indagava sobre a relevância, sempre recebia respostas positivas. As respostas, entretanto, estavam indicando muito mais o reconhecimento da importância das práticas biomédicas como complementares às práticas terapêuticas locais do que a concretização do sistema oficial nos territórios quilombolas. Inclusive, não raras vezes foi afirmado que tudo o que se queria era um posto de saúde dentro das comunidades que não o tinham. Portanto a relevância foi confirmada, senão pela maioria, por parte considerável das interlocutoras.

Quando reformulava a pergunta, ao invés da relevância, indagava sobre a contribuição e participação do SSO nos cuidados em saúde nos territórios quilombolas, as respostas eram outras. Na maioria das vezes indicavam serem mínimas as contribuições e por vezes nenhuma. As várias narrativas apontaram, assim como o relatório de auditoria do DENASUS (MS, 2015-b), que a USF Passagem Grande, referência para a maioria das comunidades quilombolas em Salvaterra, não fazia a cobertura das áreas onde estão situados os territórios quilombolas. Portanto a

descentralização de ações como determinado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a universalidade e igualdade do acesso, como consta na Lei Orgânica da Saúde (LOS) continuam somente no papel.

Pelo observado nos trabalhos de campo, a hegemonia do SUS só se concretiza por ser o sistema oficial e não pela cobertura e acessibilidade, não sendo exagerado afirmar que a sua lógica biomédica e organização são postas em xeque cotidianamente. Oficialmente mantém à margem outro(s) sistema(s) social(is) de saúde e seus especialistas, embora dependa deles para que sejam elevados os índices de resolutividade. Diferentemente do que afirmou Galvão (1955) sobre a dimensão ou repercussão individual da pajelança, em Salvaterra se observa exatamente o contrário, pois a atuação de pajés ou curandeiros, de benzedadeiras e outros(as) agentes de cura que integram o SSL não só tem uma dimensão altamente coletiva, quanto serve para atenuar e mesmo evitar tensões e conflitos decorrentes da falta de acesso ao SSO.

Os(as) especialistas locais, demais moradores das CQ's, alguns profissionais da saúde, enfim, os que integram o ciclo das trocas e reciprocidades cumprem uma função social imprescindível para a promoção da saúde. Os(as) especialistas locais prestam serviços de utilidade pública ao município e precisam ser reconhecidos pelo Poder Municipal, que muito lhes deve. Diante da ausência do SSO nos territórios quilombolas e das dificuldades para o cumprimento do básico previsto para o nível da Atenção Básica, pode ser afirmado que é o SSO que tem papel complementar, secundário e alternativo e não o contrário.

Como foi afirmado nos capítulos anteriores, divergências interpessoais acerca da (re)afirmação identitária não deslegitimam uma identidade coletiva, assim como divergências sobre os sistemas de saúde, os sujeitos atuantes e práticas terapêuticas não reduzem a importância nem dos sistemas, nem dos sujeitos, muito menos de suas práticas. Por isso, em se tratando da política pública de saúde, o que se espera é que os gestores da prefeitura municipal de Salvaterra e dos Órgãos coresponsáveis, Ministério da Saúde e Secretaria de Estado de Saúde Pública sejam responsáveis para cumprir e/ou fazer cumprir os termos da LOS, da PNAB e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).

A CF/1988, ao expressar o reconhecimento do caráter pluriétnico e multicultural do Estado brasileiro, como consta nos artigos 215 e 216, estabeleceu a base legal para o desenho de políticas étnicas. No entanto, não foram criadas as estruturas institucionais necessárias à implementação de políticas étnicas. A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), responsável pela coordenação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), enfrenta (ou enfrentou) desafios institucionais os mais diversos para desenvolver ações e articular esforços voltados para a implementação da política. Com execução orçamentária baixa, a SEPPIR e, especificamente o Programa Brasil Quilombola (PBQ), não concretizam (ou não concretizaram) as ações previstas para CQ's. Quando executadas, o são para um público irrisório, como demonstram IPEA (2010, 2013, 2014-a, 2014-b 2010, 2015), SEPPIR (2015) e foi empiricamente comprovado ao longo dos trabalhos de campo.

Pela agência do movimento negro nacional a CF/1988 também reconheceu o direito à propriedade de terra a moradores de comunidades negras rurais, nominados pelo Estado de 'remanescentes das comunidades de quilombos' ou apenas por 'quilombolas'. Mas não se deve pensar que o Estado brasileiro, por meio da CF/1988, desencadeou "o processo social de afirmação étnica dos chamados quilombolas", (Almeida, 2012: p. 381) As mobilizações das comunidades negras rurais muito anteriores à Constituinte indicavam uma afirmação étnica. (O'Dwyer, 2016) A apropriação gradativa da nomenclatura 'quilombola', embora não seja consensual, qualificou e fortaleceu a luta política pelo território.

A apropriação, no entanto, não gera automaticamente uma nova identidade, ou uma identidade quilombola genérica, até porque pelas variações intracomunidades, as identidades quilombolas ganham inúmeras formas de expressão. Como afirma O'Dwyer:

de nada adianta situar essas identidades políticas em um constructo universalista, pois elas mudam historicamente e variam geograficamente; nem adianta situá-las na soberania do Estado pela imposição de categorias étnicas para fins de governabilidade, mas na vida social onde indivíduos e grupos atribuem significados ao mundo. (2016: p. 264)

Portanto, ser quilombola é ser exatamente como cada sujeito e cada comunidade é, ou era antes mesmo da CF/1988. Concordando com Tim Ingold os

“seres humanos reais não podem ser enquadrados em categorias artificiais.” (Ingold, 1995: p. 42)

A despeito das várias polêmicas que permearam o reconhecimento de direitos aos coletivos aqui referidos e das propostas de inversões sintáticas e semânticas visando à regulamentação do Artigo 68 do ADCT, a visibilidade dos termos ‘quilombo’ e ‘quilombola’, ou mesmo dos corpos, em sua maioria negros, não significou audibilidade de suas demandas. Citados em instrumentos de gestão, ainda que de forma incipiente; e por vezes adjetivados como ‘especiais’, ‘vulneráveis’, ‘populações da floresta’, entre outras, muitas das ações planejadas têm permanecido apenas no planejamento.

Embora o Decreto Nº. 4887/2003 que regulamenta o Artigo 68 do ADCT afirme o direito à autoatribuição étnico-racial, o seu reconhecimento não é suficiente para assegurar a titulação de terras, que continua se constituindo na principal demanda e bandeira de luta do movimento quilombola nacional. O território, por motivos diferentes, ganhou centralidade nas concepções de saúde. De distintas formas, crianças, jovens e adultos afirmaram a importância do território no provimento das condições de sobrevivência física e sociocultural.

Segundo várias interlocutoras, nos territórios quilombolas ocorrem interações entre seres vivos dos mundos do ‘fundo’, ‘espiritual’ e do ‘mundo que a gente’. Os territórios ‘dão os matos’ para cuidar da saúde, mas também ‘dão’ a mandioca, o peixe, os igarapés e os lugares sagrados. “[É] muito bom de se viver. É rico de montão. [...] Tem tudo que tu podes imaginar. [...] Vai do turu ao óleo de bicho. [...] Aqui a gente mora num paraíso.”(Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, maio/2015) Mas os territórios também são lugares onde há conflitos e divergências entre seres vivos vivendo sob roupagens diferentes, ou não. (Viveiros de Castro, 1996)

As noções de saúde, vivenciadas no dia-a-dia, revelam a interseção que existe entre saúde-doença-território e reafirmam a importância da titulação urgente das terras quilombolas. Considerando que o efeito imediato da titulação é apenas assegurar a permanência nos territórios, a titulação libera força política das lideranças para lutar pela concretização dos direitos territoriais, compreendidos como saúde, educação formal, saneamento, trabalho, moradia, entre outros.

Contudo, os interesses em jogo fazem com que os termos 'quilombo' e 'quilombola' continuem sendo alvos de constantes disputas, travadas entre sujeitos individuais e coletivos, a exemplo da contestação feita pelo Partido Democrata por meio de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade. Para Bourdieu (2004) o Direito, aqui se referindo à área de conhecimento, ao mesmo tempo em que tem a capacidade de produzir efeitos e fazer o mundo social, sofre influências desse mundo social. Entretanto, o autor adverte sobre a necessidade de constante interrogação "acerca das condições sociais – e dos limites – desta eficácia quase mágica, sob pena de cairmos no nominalismo radical." (2004: p. 237) Assim, se o Estado produz o mundo social, antes de tudo, é produto desse mesmo mundo social, dinamizado por pessoas que agem por interesses, valores e ideologias permanentemente em disputas.

O racismo pessoal e institucional permeia o mundo social, sendo um importante dinamizador das disputas. Ainda que seja desafiador demonstrar como o racismo opera nas dinâmicas institucionais, não é difícil identificar as suas consequências, que se evidenciam em indicadores sociais e, de forma incontestada nos territórios quilombolas. Assim, a eficácia da lei dependerá unicamente da força política dos grupos em disputa.

Além do exposto, o racismo interfere no processo saúde-doença de forma contundente atravessando vários estágios e dimensões da vida social, desde o nascimento, as condições de vida, de trabalho, até a morte. Na área da saúde o racismo pessoal se revela no descaso de profissionais em relação aos(as) usuários(as) negros(as) e culmina na (re)produção de violências, a exemplo das que foram narradas nesta tese. O racismo institucional se revela tanto na tolerância, o que por si configura violência, quanto na (re)produção direta de violências – recusa no atendimento, negligência na alocação de serviços e profissionais em número adequado às necessidades, inaudibilidade das demandas e/ou questões importantes para a população negra e o seu apagamento, entre outras ações.

Devido ao alto índice de mortalidade materna e infantil na população negra, reivindicações para a humanização do parto no Brasil começaram a ser feitas antes mesmo que a Saúde fosse reconhecida como direito humano. Mulheres negras, ativistas do chamado 'feminismo negro' tiveram participação decisiva na construção

da PNSIPN, cujo marco é exatamente o reconhecimento do racismo como determinante no processo de saúde-doença. Apesar do reducionismo ao corpo biológico, o modelo biomédico comporta sensibilidades, interesses e racionalidades que distinguem os corpos pela cor da pele. Portanto, não se negligencia todo e qualquer corpo, mas apenas aqueles que, na visão dos que atuam nos espaços institucionais, têm menos valor.

Ao denunciar atos de violência obstétrica, a alta incidência de mortalidade infantil e materna na população negra, combinados com racismo pessoal e institucional, as ativistas negras chamaram a atenção para a necessidade de se criar mecanismos promotores de equidade e também de quesitos e indicadores passíveis de avaliação e monitoramento, como os de mortalidade materna, infantil, morte em geral. A atuação das ativistas foi e continua sendo fundamental nos esforços para a promoção da igualdade racial e, por causa deste ativismo há no âmbito do SUS alguns indicadores apresentando recorte étnico-racial. Muito se fez e, como demonstrado nas narrativas, muito ainda há que ser feito.

Porém, apesar das dificuldades de acesso às políticas sociais, da ausência do Estado e da morosidade no cumprimento das várias leis que asseguram direitos sociais aos quilombolas, encontrei em campo, sujeitos que vivem com dignidade, que constroem suas próprias vidas, (re)inventam cotidianamente a própria existência e, agindo assim fazem a própria história. E exatamente por isso atentei para dar visibilidade às formas de agências protagonizadas e não apenas ao que falta nos territórios. Se as comunidades não estão nos mapas oficiais, ou se o acesso às políticas é desafiador, os sujeitos denominados e que também se denominam quilombolas resistem. Afinal, como afirmou Sr<sup>a</sup>. Cristiane Ramos, “para o lado que a vida me joga, para lá eu me viro.” (Maio/2015) Considerando a polifonia que marca esta tese eu a encerro com as palavras da Sr<sup>a</sup>. Maria José Alcântara Carneiro. Contudo, reitero todas as suas palavras.

E é por isso que eu dou valor a cada planta, que eu sei que é bom. *Bora* [vamos] plantar, *bora* cultivar, porque depois o pajé morre... Ele vai morrer. Ele vai morrer. Eu agradeço a Deus por Manoel existir, por Cipriano ainda existir, por aqueles que já foram, mas que deixaram um pouco do seu conhecimento para nós. E depois? Como é que vai ficar essa nova geração, essa outra geração que está nascendo, que está crescendo? Vai nascer outras pessoas com o dom. Eu tenho certeza disso. Porque não é só médico que cura. Não é só a Medicina que cura. (Agosto/2014)

## Referências

### Documentos consultados

Brasil. Casa Civil. 2003. “Exposição de Motivos Nº. 58 (EMI58), de 20 de novembro de 2003”. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Exm/2003/EMI58-CCV-MINC-MDA-SEPPIR-03.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Exm/2003/EMI58-CCV-MINC-MDA-SEPPIR-03.htm). Acesso em 09.01.2015.

Brasil. 2007. *Plano de Desenvolvimento Territorial Sustentável para o Marajó: resumo executivo da versão preliminar para discussão nas consultas públicas / Governo Federal*, Grupo Executivo Interministerial. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Câmara dos Deputados. 1995. *Projeto de Lei Nº. 627 de 1995 (do Sr. Alcides Modesto e outros)*. Disponível em: [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=792683B3D57439B1E0E621719E5FE065.proposicoesWeb2?codteor=1134633&filename=Dossie+-PL+627/1995](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=792683B3D57439B1E0E621719E5FE065.proposicoesWeb2?codteor=1134633&filename=Dossie+-PL+627/1995). Acesso em 09.01.2015.

Fundação Cultural Palmares (FCP). 2014. *Comunidades Certificadas no Pará*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/quilombola/?estado=PA>. Acesso em 08.02.2014.

\_\_\_\_\_. 2015-a. *Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>. Acesso em 08.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2015-b. *Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) com Processos Abertos até 12/08/2015 – em Análise Técnica: aguardando complementação de documentação*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/09/AN%C3%81LISE-T%C3%89CNICA.pdf>. Acesso em 02.03.2016.

\_\_\_\_\_. 2015-c. *Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) com Processos Abertos até 04/09/2015 – Aguardando Visita Técnica de Certificação*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/09/COMUNIDADES-AGUARDANDO-VISITA.pdf>. Acesso em 02.03.2016.

\_\_\_\_\_. S/d. *Lista das CRs tituladas pela FCP até o ano de 2003*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2012/07/crsate2003.pdf>. Acesso em 14.11.2016.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010. *Dados Demográficos*. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=3145&z=cd&o=6&i=P>. Acesso em 10.02.2014.

Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA). 2010. *Instrução Normativa Nº. 57, de 20 de Outubro de 2009*. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2010/11/legis12.pdf>. Acesso em 20.03.2015.

\_\_\_\_\_. 2014. *Títulos Expedidos às Comunidades Quilombolas*. Disponível em: [http://www.incra.gov.br/sites/default/files/uploads/estrutura-fundiaria/quilombolas/titulos\\_expedidos.pdf](http://www.incra.gov.br/sites/default/files/uploads/estrutura-fundiaria/quilombolas/titulos_expedidos.pdf). Acesso em 20.03.2015.

Ministério da Saúde (MS). 2002. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas*. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf). Acesso em 09.03.2016.

\_\_\_\_\_. 2006. *Portaria Nº. 971, de 03 de Maio de 2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares*. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971\\_03\\_05\\_06.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria971_03_05_06.pdf). Acesso em 25.09.2014.

\_\_\_\_\_. 2010-a. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: MS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_integral\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. 2010-b. *Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais – o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares*. Brasília: MS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_parteiras\\_tradicionais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_parteiras_tradicionais.pdf). Acesso em 09.03.2016.

\_\_\_\_\_. 2011-b. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: MS. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_cam\\_po.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_cam_po.pdf). Acesso em 09.03.2016.

\_\_\_\_\_. 2012. *Plano Nacional de Saúde 2012-2015*. Brasília: MS. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano\\_nacional\\_saude\\_2012\\_2015.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. 2014. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). *Relatório de Auditoria Nº. 14.771*. Disponível em: [http://200.214.130.94/denasus/sisaud/atividades/dados\\_atividades/textos\\_consulta\\_publica.php?cod=40775](http://200.214.130.94/denasus/sisaud/atividades/dados_atividades/textos_consulta_publica.php?cod=40775). Acesso em 30.08.2016.

\_\_\_\_\_. 2015-a. *Boletim Epidemiológico*. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/2014-041---Boletim-raca-cor-09-04-15.pdf>. Acesso em 15.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2015-b. Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). *Relatório de Auditoria* Nº. 14.861. Disponível em: [http://200.214.130.94/denasus/sisaud/atividades/dados\\_atividades/textos\\_consulta\\_publica.php?cod=41269](http://200.214.130.94/denasus/sisaud/atividades/dados_atividades/textos_consulta_publica.php?cod=41269). Acesso em 30.08.2016.

\_\_\_\_\_. 2016-a. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – *Estabelecimentos de Saúde do Município: Salvaterra*. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=15&VCodMunicipio=150630&NomeEstado=PARA](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=15&VCodMunicipio=150630&NomeEstado=PARA).

\_\_\_\_\_. 2016-b. *Consulta Estabelecimento – Módulo Profissional – Profissionais por Estabelecimento*. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Profissional.asp?VCo\\_Unidade=1506302315866](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=1506302315866). Acesso em 08.03.2016.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). 2013. *Levantamento de Comunidades Quilombolas*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico/gestao-municipal/processo-de-cadastramento/arquivos/levantamento-de-comunidades-quilombolas.pdf/view?searchterm=COMUNIDADES%20QUILOMBOLAS>. Acesso em 02.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2014. *Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate – Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados*. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/cadernos%20de%20estudos%20.pdf>. Acesso em 09.03.2016.

Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão (MPOG). 2004-a. *Planejamento Plurianual 2004-2007 – Anexo I – Orientação Estratégica de Governo*. Brasília: MPOG. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2004-2007/anexo\\_i-orientacao\\_estrategica\\_do\\_gov.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2004-2007/anexo_i-orientacao_estrategica_do_gov.pdf). Acesso em 26.02.2016.

\_\_\_\_\_. 2004-b. *Planejamento Plurianual 2004-2007 – Anexo II – Programas do Governo*. Brasília: MPOG. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2004-2007/anexo\\_ii-progr\\_de\\_gov.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2004-2007/anexo_ii-progr_de_gov.pdf). Acesso em 26.02.2016.

\_\_\_\_\_. 2007-a. *Órgãos Responsáveis por Programas*. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2011/110929\\_ppa\\_2008\\_anexoi.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2011/110929_ppa_2008_anexoi.pdf). Acesso em 26.02.2016.

\_\_\_\_\_. 2007-b. *Planejamento Plurianual 2008-2011 – Mensagem da Presidência – Desenvolvimento com Inclusão Social e Educação de Qualidade*. Brasília: MPOG. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2008/081015\\_ppa\\_2008\\_mespres.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2008/081015_ppa_2008_mespres.pdf). Acesso em 26.02.2016.

\_\_\_\_\_. 2008. *Planejamento Plurianual 2008-2011 – Anexo I – Programas de Governo – finalísticos*. Brasília: MPOG. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2011/110929\\_ppa\\_2008\\_anexoi.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/arquivo/spi-1/ppa-1/2011/110929_ppa_2008_anexoi.pdf). Acesso em 26.02.2016.

\_\_\_\_\_. 2012-a. *Planejamento Plurianual 2012-2015*. Brasília: MPOG. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/120313\\_anexo\\_I.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/120313_anexo_I.pdf). Acesso em 06.06.2014.

\_\_\_\_\_. 2012-b. *Planejamento Plurianual 2012-2015 – Anexo I – Programas Temáticos*. Disponível em: [http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/Anexo\\_I.pdf](http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/spi/PPA/2012/Anexo_I.pdf). Acesso em 06.06.2014.

Ministério Público Federal (MPF). 2016. *Ação Civil Pública*. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/pa/sala-de-imprensa/documentos/2016/acao-do-mpf-pela-titulacao-pelo-incra-da-comunidade-quilombola-sao-lourenco-de-barcarena-pa>. Acesso em 24.11.2016

Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). 2011. *Seppir e MS firmam acordo de cooperação com foco na Saúde da População Negra*. Disponível em: [http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas\\_noticias/2011/10/seppir-e-ms-firmam-acordo-de-cooperacao-com-foco-na-saude-da-populacao-negra](http://www.seppir.gov.br/noticias/ultimas_noticias/2011/10/seppir-e-ms-firmam-acordo-de-cooperacao-com-foco-na-saude-da-populacao-negra) Acesso em 23.04.2014.

\_\_\_\_\_. 2012. *Diagnóstico das Ações do Programa Brasil Quilombola*. Brasília: SEPPIR. Disponível em: <http://www.portaldaigualdade.gov.br/portal-antigo/destaques/pbq-diagnostico-julho-diagramado>. Acesso em 08.06.2014.

\_\_\_\_\_. 2013. *Relatório de Gestão do Programa Brasil Quilombola – 2012*. Brasília: Presidência da República, SEPPIR. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/arquivos/relatorio-pbq-2012>. Acesso em 23.04.2014.

\_\_\_\_\_. 2015-a. *Promoção da Igualdade Racial – destaques 2011-2014*. Brasília: Presidência da República, SEPPIR.

\_\_\_\_\_. 2015-b. *Relatório de Gestão do Exercício de 2014*. Brasília: Presidência da República, SEPPIR. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/sobre-2/relatorios-de-gestao>. Acesso em 08.06.2014.

\_\_\_\_\_. 2016. *Relatório de Gestão do Exercício de 2015*. Brasília: Presidência da República, SEPPIR. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/sobre-2/relatorios-de-gestao/relatorio-de-gestao-2015.pdf>. Acesso em 20.11.2016.

\_\_\_\_\_. *s/d. Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial*. Brasília: Presidência da República, SEPIR. Disponível em: [file:///C:/Users/SETIN05/Downloads/pnpir%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SETIN05/Downloads/pnpir%20(1).pdf). Acesso em 07.03.2016.

Universidade Federal do Pará (UFPA). *s/d. Plano de Desenvolvimento Institucional – 2011-2015*. Disponível em: [https://www.portal.ufpa.br/docs/pdi\\_aprovado\\_final.pdf](https://www.portal.ufpa.br/docs/pdi_aprovado_final.pdf). Acesso em 14.05.2015.

Pará. Instituto de Terras do Pará (ITERPA). 2014. *Territórios Quilombolas*. Disponível em: <http://www.iterpa.pa.gov.br/Sitelterpa/QuilombolaConsulta3.jsf>. Acesso em 20.03.2015.

## Legislação consultada

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1988-a. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. *Lei Orgânica da Saúde Nº. 8080, de 19 de Setembro de 1990*. 1990-a. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_1990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_1990.htm). Acesso em 04.06.2014

\_\_\_\_\_. *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. 1990-b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto 4887 de 20 de Novembro de 2003*. 2003-a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto 4886 de 20 de Novembro de 2003*. 2003-b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/D4886.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4886.htm). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. *Estatuto da Igualdade Racial*. 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. *Lei Nº. 12.527 de 18 de Novembro de 2011*. 2011-a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm). Acesso em 20.07.2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto Nº. 7508 de 28 de Novembro de 2011*. 2011-b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em 06.06.2016.

\_\_\_\_\_. *Medida Provisória Nº. 696, de 02 de Outubro de 2015*. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv696.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv696.htm). Acesso em 15.03.2016.

\_\_\_\_\_. *Medida Provisória Nº. 726, de 12 de Maio de 2016*. 2016. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv726.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Ato2015-2018/2016/Mpv/mpv726.htm). Acesso em 14.07.2016.

Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). 1993. “Código de Ética do/a Assistente Social” In *Legislação e Resoluções Sobre o Trabalho do/a Assistente Social*. Brasília: CFESS. pp. 23-36.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). 2016. *Resolução Nº. 510, de 07 de Abril de 2016*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em 30.08.2016.

Ministério da Saúde (MS). 1999. *Portaria/SAS/Nº. 055 de 24 de Fevereiro de 1999*. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-055.html>. Acesso em 04.06.2014.

\_\_\_\_\_. 2011-a. *Portaria/GM Nº. 2.488 de 21 de Outubro de 2011*. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 14.07.2016.

### Fonte jornalística

“Como é a vida na cidade aonde os médicos não chegam?” *Globo Repórter*, 13 dez. 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/globo-reporter/noticia/2013/12/como-e-vida-nas-cidades-aonde-os-medicos-nao-chegam.html>; Acesso em 11.02.2015.

### Bibliografia consultada

Acevedo Marin, Rosa E.; Almeida, Alfredo Wagner B. de. 2010. “Campanhas de (des)Territorialização na Amazônia: o agronegócio e a reestruturação do mercado de terras” In *Amazônia: região universal e teatro do mundo*. São Paulo: Globo. pp. 141-159.

Acevedo Marin, Rosa E. 2005-a. PAU FURADO – terras de herdeiros empresadas entre a fazenda Forquilha e a São Macário, Salvaterra – Pará. Belém, UFPA; UNAMAZ/SEJU.

\_\_\_\_\_. 2005-b. TERRAS DE HERANÇA DE BAIRRO ALTO – entre a “fazenda da EMBRAPA e a fazenda do Americano”, Salvaterra – Pará. Belém, UFPA; UNAMAZ/SEJU.

\_\_\_\_\_. 2006. Herdeiros das Terras de Deus me Ajude, Salvaterra – Pará. Belém, UFPA; UNAMAZ/SEJU.

\_\_\_\_\_. 2007. Território Quilombola de Salvaterra: Bacabal, Santa Luzia, São Benedito

da Ponta, Campo Alegre, Vila Nova e os conflitos com a fazenda São Macário, Salvaterra – Pará. Belém, UFPA; UNAMAZ/SEJU.

Aleixo, Mariah T. 2015. Indígenas e quilombolas *icamiabas* em situação de violência: rompendo fronteiras em busca de direitos. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Almeida, Alfredo W. B. de. 1998. “Quilombos: repertório bibliográfico de uma questão redefinida (1995-1997)” *In Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais (BIB)*, Nº. 45, 1º semestre de 1998. pp. 51-70.

\_\_\_\_\_. 2002. “Os Quilombos e as Novas Etnias” *In Quilombos: Identidades étnicas e territorialidade / Eliane Cantarino O’Dwyer (Org).* – Rio de Janeiro: Editora FVG.

\_\_\_\_\_. 2004. “Terras Tradicionalmente Ocupadas: processos de territorialização e movimentos sociais” *In R.B. Estudos Urganos e Regionais*, Vol. 6, Nº. 1/maio. pp. 9-32.

\_\_\_\_\_. 2005. “Nas Bordas da Política Étnica: os quilombolas e as políticas sociais” *In Reflexões Antropológicas sobre os Procedimentos de Titulação de Terras Quilombolas. Boletim Informativo do NUER – Vol.2 – Nº. 2.*

\_\_\_\_\_. 2006. “Quais os reflexos das desapropriações e das medidas de remanejamento das comunidades sobre os direitos étnicos” *In Os quilombos e a Base de Lançamento de Foguetes de Alcântara – Laudo Antropológico.* Brasília: MMA. Vol.2. pp. 93-94.

\_\_\_\_\_. 2009. “Terras de Preto, Terras de Santo, Terras de Índio: uso comum e conflito” *In Diversidade do campesinato: expressões e categorias.* Godoi, E. P. de; Menezes, M. A. de. & Acevedo Marin, R. (Orgs.). – São Paulo: Editora UNESP. pp: 39-66.

\_\_\_\_\_. 2012. “Terras Tradicionalmente Ocupadas” *In Antropologia e Direito: temas antropológicos para estudos jurídicos / Antônio Carlos de Souza Lima.* Rio de Janeiro / Brasília: Contra Capa / LACED / ABA. pp.375-390.

Amador de Deus, Zélia. 2008. *OS HERDEIROS DE ANANSE: movimento negro, ações afirmativas, cotas para negros na universidade.* Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Amaral, Assunção José P. 2008. *Da Senzala ao Quilombo: práticas educativas e uso de recursos naturais entre os quilombolas do médio Amazonas – Pará.* Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Andrade, Maristela de P. 2014. “Atingidos e Quilombolas: disputa territorial, modalidades de resistência e dinâmicas de mediação em Alcântara” *In Mobilização Social na Amazônia / Paula Lacerda.* Rio de Janeiro: E-Papers. pp. 147-192.

Angelou, Maya. s/d. *Ainda Assim Eu Me Levanto – (“Still I Rise”)*. Disponível em: <https://pensador.uol.com.br/frase/MTg3ODk2NQ/>. Acesso em 28.11.2016.

Anjos, Rafael S. A. dos. 2013. “A Territorialidade dos Quilombos no Brasil Contemporâneo: uma aproximação” *In Igualdade Racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes / Tatiana Dias Silva, Fernanda Lira Goes (Orgs.)*. Brasília: IPEA. pp. 137-152.

Arêda-Oshai, Cristina Maria. 2012. *Memória da oficina realizada com Defensores(as) de Direitos Humanos*. Programa de Proteção aos Defensores e às Defensoras em Direitos Humanos. Defensoria Pública do Estado do Pará. Belém. (Inédito)

\_\_\_\_\_. 2015-a. “O Ressurgimento de Antigas Categorias em Novos Contextos – Quilombos e Quilombolas Vivendo no Presente” *In Revista da ABPN*, vol 8, n.18. pp. 255-279 Disponível em: <http://www.abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/view/564/510>. Acesso em 20.07.2016.

\_\_\_\_\_. 2015-b. *Perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó Marajó – Para/Brasil*. Projeto de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédito)

Arêda-Oshai, Cristina Maria; Beltrão, Jane Felipe. 2014. “Saúde & Quilombolas: inscrições na Revista da ABPN” *In Anais do VIII Congresso Brasileiro de Pesquisadores/as Negros/as*. Belém.

Arruti, José Maurício. 2008. “Quilombos” *In Raça: novas perspectivas antropológicas / Lívio Sansone, Osmundo Araújo Pinho (Orgs)*. 2 ed.rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, pp: 315-349.

Associação Brasileira de Antropologia (ABA). 2005. *A Consulta Pública Quilombola - etapa preparatória da 1ª Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial*. Disponível em:

[file:///C:/Users/User/Downloads/4 Relat%C3%B3rio Comit%C3%AA Quilombos - 2011-2012 Ju.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/4%20Relat%C3%B3rio%20Comit%C3%AA%20Quilombos%20-%202011-2012%20Ju.pdf). Acesso em 17.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2012-a. *Código de Ética do Antropólogo e da Antropóloga*. Disponível em: <http://www.abant.org.br/?code=3.1>. Acesso em 10.04.2012.

\_\_\_\_\_. 2012-b. *Documentos Relativos à Importância da Manutenção do Decreto 4887*. Disponível em: <http://www.abant.org.br/news/show/id/238>. Acesso em 04.07.2014.

\_\_\_\_\_. 2012-c. *Relatório de Atividades 2011-2012 – Comitê Quilombos*. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/4 Relat%C3%B3rio Comit%C3%AA Quilombos - 2011-2012 Ju%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/4%20Relat%C3%B3rio%20Comit%C3%AA%20Quilombos%20-%202011-2012%20Ju%20(1).pdf). Acesso em 16.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2015-a. *Relatório de Atividades 2013-2015 – Comitê Quilombos*. Disponível em:

[http://www.portal.abant.org.br/images/Comissoes\\_Comites/Relat%C3%B3rio\\_-\\_Comit%C3%AA\\_Quilombos.pdf](http://www.portal.abant.org.br/images/Comissoes_Comites/Relat%C3%B3rio_-_Comit%C3%AA_Quilombos.pdf). Acesso em 16.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2015-b. *Direito quilombola de volta na pauta do Supremo Tribunal Federal – Nota de Apoio*. Disponível em:

[http://www.portal.abant.org.br/images/Noticias/Nota\\_Comit%C3%AA\\_Quilombos\\_sobre\\_ADI\\_3239.pdf](http://www.portal.abant.org.br/images/Noticias/Nota_Comit%C3%AA_Quilombos_sobre_ADI_3239.pdf). Acesso em 16.04.2015.

Athias, Renato. 2003. “Medicina Tradicional e Doenças Contagiosas entre os Hupdë-Maku do Rio Negro (Amazonas)” *In Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [et al.]*; organização Leila Sollberger Jeolás, Marlene de Oliveira. Londrina: as organizadoras. pp. 09-20.

Bahia, Joana; Menasche, Renata; *et al.* 2015. “Aula 4 – 04.10.2012 (Gilberto Freyre)” *In Pensamento Social no Brasil – por Giralda Seyferth: notas de aula*. Porto Alegre: Letra e Vida. pp. 163-204

Bahia, Lígia. 2013. “A Cor do SUS”. *Jornal o Globo*. Rio de Janeiro, 25.11.13. Opinião. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/opiniao/a-cor-do-sus-10859761>. Acesso em 23.04.2014

Barth, Fredrik. 2000. *O Guru. O Iniciador e outras Variações Antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

Barroso, Meire do S. dos S. 2014. *Canteiros de Plantas Medicinais na Comunidade Quilombola de Bairro Alto, Ilha do Marajó (PA)*. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado e Licenciatura em Etnodesenvolvimento. Universidade Federal do Pará/*Campi* Altamira. (Inédito)

Bastos, João L.; Faerstein, Eduardo. 2012. *Discriminação e Saúde: perspectivas e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

Beltrão, Jane F.. 1988. “Tradição Esquecida – Discussão sobre a importância das parteiras da Saúde Pública” *In Cadernos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas –* (17), jul/set. Belém: Universidade Federal do Pará. pp. 127-138.

\_\_\_\_\_. 2004. “E ninguém fazia nada. Era a gente mesmo que acudia” *In Cólera, o flagelo da Belém do Grão-Pará*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade Federal do Pará. pp. 54-55

\_\_\_\_\_. 2010. *Relatório final do projeto Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas*. IFCH/UFGA. Belém. (Inédito)

Beltrão, Jane F.; Caroso, Carlos. 2007. “Patrimônio, Linguagens e Memória Social: problemas, estudos e visões no campo da Antropologia” *In Associação Brasileira de Antropologia. Antropologia e Patrimônio Cultural: diálogos e desafios contemporâneos*

/ organizadores – Manuel Ferreira Lima Filho, Jane Felipe Beltrão, Cornélia Eckert. Blumenau: Nova Letra. pp. 45-56.

Bezerra Neto, José M.. 2012. *Escravidão Negra no Pará: (séculos XVII-XIX)* / José Maia Bezerra Neto. Belém: Paka-Tatu.

Bezerra, Vanessa M.; Andrade, Amanda C. de S.; *et al.* 2013. “Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados” *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 29(9). pp. 1889-1902. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a27v29n9.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Bezerra, Vanessa M.; Andrade Amanda C. de S.; *et al.* 2015. “Domínios de Atividade Física em Comunidades Quilombolas do Sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional” *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 31(6). pp. 1213-1224. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1213.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Bezerra, Vanessa M.; Freitas, Daniel A.; *et al.* 2014. “Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva” *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6). pp. 1835-1847. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Bezerra, Vanessa M.; César, Cibele C.; *et al.* 2015. “Desconhecimento da Hipertensão Arterial e Seus Determinantes em Quilombolas do Sudoeste da Bahia, Brasil” *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3). pp. 797-807. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00797.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Bourdieu, Pierre. 2004. *O poder simbólico* / Pierre Bourdieu; tradução Fernando Tomaz – 7.ed. – Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Brah, Avtar. 2006. “Diferença, diversidade, diferenciação” *In Cadernos Pagu*, (26), janeiro-junho de 2006: pp.329-376. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>. Acesso em 21.06.2014.

Buchillet, Dominique. 1991-a. “A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde” *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. pp. 21-44.

Buchillet, Dominique. 1991-b. “A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?” *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. pp. 175-206.

Caluff, Paula R. T. 2009. *Prevalência de Alterações Oftalmológicas em População Quilombola no Município do Acará, Pará*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Biologia Celular. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Canesqui, Ana M. 1994. “Notas Sobre a Produção Acadêmica de Antropologia e Saúde na Década de 80” *In Saúde e doença: um olhar antropológico* / Paulo Cesar Alves e Maria Cecília de S. Minayo (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 13-32.

Cardoso, Andrey M.; Santos, Ricardo Ventura; *et al.* 2005. “Mortalidade infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas de informação?”. *In Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(5), set-out. pp: 1602-1608. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2005000500035&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2005000500035&script=sci_arttext&tlng=pt) . Acesso em 27.05.2014.

Cardoso de Oliveira, Roberto. 1998. “O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever” *In O Trabalho do Antropólogo*. Brasília: Paralelo 15; São Paulo: UNESP. pp. 17-36.

Cardoso, Luís F. C. e. 2008. *A Constituição Local: Direito e Território Quilombola na Comunidade de Bairro Alto, na Ilha de Marajó – Pará*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. (Inédita)

Cardoso, Luís G. V.; Melo, Ana Paula S.; *et al.* 2015. “Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil” *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3). pp. 809-820. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00809.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Cardoso, Marcos A. 2001. *O Movimento Negro em Belo Horizonte: 1978-1998*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. (Inédita)

Carmichael, Stokely; Hamilton, Charles V. 1992. “White Power: the colonial situation” *In Black Power – The Politics of Liberation* / Stokely Carmichael e Charles Hamilton. New York: Vintage Edition. pp. 2-34. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Eu2Ez9K8cQEC&oi=fnd&pg=PA201&dq=carmichael+and+hamilton+institucional+racism&ots=i7tTrVC4D0&sig=W-02ryM6X0MnRXCzCSyEgWRHMIE#v=onepage&q=carmichael%20and%20hamilton%20institucional%20racism&f=false>. Acesso em 10.04.2015

Carneiro, Maria José A. 2014. *Práticas Alimentares no Quilombo de Pau Furado: base para elaboração de hortas e plantas frutíferas*. Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado e Licenciatura em Etnodesenvolvimento. Universidade Federal do

Pará/*Campi* Altamira. (Inédito)

Carneiro, Sueli. 2003. "Mulheres em Movimento" *In Estudos Avançados* 17 (49). pp. 117-132. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/eav/article/viewFile/9948/11520>. Acesso em 21.06.2014.

Carvalho, Guido I. de.; Santos, Lenir. 1992. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. Saúde em Debate. Editora Hucitec: São Paulo.

Caspari, Rachel. 2013. "A Evolução dos Avós" *In Scientific American Brasil – Edição Especial Antropologia* 1. Edição 52. pp. 36-41.

Castro, Ana L. B. de.; Fausto, Márcia C. R. 2012. "A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde" *In Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças* / Cristiane V. Machado, Tatiana W. de F. Baptista e Luciana D. de Lima. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp: 173-196.

Cavalcante, Inara M. da S. 2011-a. *Acesso e Acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos na Amazônia Paraense: Um olhar antropológico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Pará/ Universidade Federal do Amazonas/FIOCRUZ, Belém. (Inédita)

\_\_\_\_\_. 2011-b. "Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos da Amazônia Paraense: um olhar antropológico" *In Revista Antropológica Amazônica*. Vol.3 (2). Belém: UFPA. pp. 478-479. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/779/1081>. Acesso em 21.06.2014.

Cavalcante, Patrícia C. 2008. "De *nascença* ou de *simpatia*: iniciação, hierarquia e atribuições dos mestres na pajelança marajoara". Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia e Sociologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Celestino, Edmir A. 2016. *Etnografia do Conflito Falado: o discurso de agentes sociais sobre o conflito vivido e falado em Cachoeira do Arari, Arquipélago do Marajó*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Coordenação Nacional de Comunidades Quilombolas (CONAQ). 2008. "Manifesto pelos Direitos Quilombolas" *In* Alfredo W. B. de Almeida [et al.]. *Cadernos de debates Nova Cartografia Social: Territórios quilombolas e conflitos*. Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia / UEA Edições, pp: 267-289.

Costa, Rita de Cássia P. da. 2008. *Relatório de Campo*. Projeto Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas. IFCH/UFPA. Chamada: Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 26/2006. Processo N°. 409794/2006-6. Belém.

(Inédito)

Crenshaw, Kimberle. 2002. Documento para o Encontro de Especialistas em Aspectos da Discriminação Racial Relativos ao Gênero *In Estudos Feministas*, vol. 10, Nº. 1, pp: 171-188. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11636.pdf>. Acesso em 21.06.2014.

DaMatta, Roberto. 2000. *Relativizando: uma introdução à Antropologia Social*. Rio de Janeiro: Rocco.

Devalle, Susana B. C. 2002. "Etnicidad e Identidad: usos, deformaciones y realidades" *In Identidad Y Etnicidad: continuidad y cambio*. México: El Colegio de México, Centro de Estudos de Asia y África. pp. 11-31.

Domingues, Petrônio; Gomes, Flávio. 2013. "Histórias dos Quilombos, Memórias dos Quilombolas no Brasil: Revisitando um Diálogo Ausente na Lei 10.639/03" *In Revista da ABPN*. Disponível em: <http://www.abpn.org.br/Revista/index.php/edicoes/article/view/397/276>. Acesso em 12.12.2013.

Douglas, Mary. s/d. "A Impureza Secular" *In Pureza e Perigo*. Rio de Janeiro: Edição 70. pp. 26-34

Evans-Pritchard, Edward E. 2005. "Algumas reminiscência e reflexões sobre o trabalho de campo" *In Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 243-255.

\_\_\_\_\_. 2005. "Magia e Drogas" *In Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. pp. 187-210.

Faustino, Deivison M. 2012. "A Equidade Racial nas Políticas de Saúde" *In Saúde da População Negra / Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Orgs)*. Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. pp. 92-121

Fernandes, Florestan. 1964. *A Integração do Negro na Sociedade e Classes. Vol.1 – o legado da "raça branca"*. São Paulo: Dominus.

Ferreira, Fabrício C. 2016. "Desde que me Entendi: tecendo saberes e fazeres relativos à louça da Comunidade Quilombola do Maruanum, Amapá/AP". Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Figueiredo, Aldrin M. de. 2003. "Pajelança e Medicina na Amazônia no Limiar do Século XX" *In Artes e Ofícios de Curar no Brasil: capítulos de história social / Sidney Chalhoub [et al.] (org)*. Campinas: UNICAMP. pp. 273-304.

Filgueiras, Lígia A. 2016. *Crianças Ribeirinhas e Quilombolas da Amazônia: crescimento,*

*determinantes sociais de saúde e políticas públicas*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Fleicher, Soraia. 2008. “Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, Partejas e Reprodução em Melgaço Pará” *In Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3). pp. 889-898. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/11.pdf>. Acesso em 20.06.2016.

Follér, Maj-lis. 2004. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais da saúde” *In Esther Jean Langdon e Luíza Garnelo (orgs.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa / Associação Brasileira de Antropologia. pp: 129-148.

Fonseca, Cláudia. 2004. “Antropólogos para quê?: o campo de atuação profissional na virada do milênio” *In O Campo da Antropologia no Brasil / Wilson Trajano Filho e Gustavo Lins Ribeiro (orgs)*. Rio de Janeiro: Contra Capa. pp. 69-91.

Freitas, Décio. 1983. “Quilombos” *In Escravos e Senhores de Escravos*. Porto Alegre: Mercado Aberto. pp: 57-68.

\_\_\_\_\_. 1983. “Os Libertos” *In Escravos e Senhores de Escravos*. Porto Alegre: Mercado Aberto. pp: 69-73.

Freyre, Gilberto. 1980. *Casa-Grande & Senzala*. 20ª ed. – São Paulo: Círculo do Livro.

Galvão, Eduardo. 1955. *Santos e Visagens*. Rio de Janeiro: Brasiliense; São Paulo: Nacional.

Garnelo, Luiza; Buchillet, Dominique. 2006. “Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil)” *In Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, 12 (26), pp. 231-260.

Geertz, Clifford. 1978. “Uma Descrição Densa: por uma teoria interpretativa da cultura” *In A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, pp: 13-44.

\_\_\_\_\_. 1997. “O Saber Local: fatos e leis em uma perspectiva comparativa” *In O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, pp: 249-356.

Gerschman, Sílvia. 2004. *A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Gomes, Flávio dos S. 2006. *Histórias de Quilombolas – mocambos e comunidades de senzalas no Rio de Janeiro, século XIX*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras.

Gomes, Karine de O.; Reis, Edna A.; et al. 2013. “Utilização de Serviços de Saúde por População Quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil” *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 29(9). pp. 1829-1842. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a22v29n9.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Gomes, Nilma L. s/d. "Alguns termos e conceitos presentes no debate sobre relações raciais no Brasil: uma breve discussão" In *SECADI. Educação anti-racista: caminhos abertos pela Lei Federal Nº. 10.639/03*. Brasília: MEC, pp. 39-62.

\_\_\_\_\_. 2011. "O Movimento Negro no Brasil: ausências, emergências e a produção de saberes" In *Política & Sociedade – Dossiê*. Vol. 10 Nº. 18. pp.133-154. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/politica/article/view/2175-7984.2011v10n18p133/17537>. Acesso em 01/03/2015.

Gonçalves, José R. S. 2007. "Os Limites do Patrimônio" In *Associação Brasileira de Antropologia. Antropologia e Patrimônio Cultural: diálogos e desafios contemporâneos / organizadores – Manuel Ferreira Lima Filho, Jane Felipe Beltrão, Cornélia Eckert*. Blumenau: Nova Letra. pp. 239-248.

\_\_\_\_\_. 2012. "As Transformações do Patrimônio: da retórica da perda à reconstrução permanente" In *Antropologia e Patrimônio Cultural: trajetórias e desafios / organizadores – Izabela Maria Tamasso e Manuel Ferreira Lima Filho*. Brasília: Associação Brasileira de Antropologia. pp. 59-74.

Greene, Shane. 1998. "The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru" In *American Ethnologist*, Vol. 25, Nº. 4. pp. 634-658.

Guimarães, Antônio S. A. 1995. "Racismo e Anti-racismo no Brasil" In *Novos Estudos Nº. 43*. pp. 26-44. Disponível em: [http://novosestudios.org.br/v1/files/uploads/contents/77/20080626\\_racismo\\_e\\_anti\\_racismo.pdf](http://novosestudios.org.br/v1/files/uploads/contents/77/20080626_racismo_e_anti_racismo.pdf). Acesso em 10.04.2015

\_\_\_\_\_. 1999. "Combatendo o Racismo: Brasil, África do Sul e Estados Unidos" In *Racismo e Antirracismo no Brasil*. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Editora 34. pp. 211-240.

\_\_\_\_\_. 2002. "Política de Integração e Política de Identidade" In *Classes, Raças e Democracia*. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Editora 34. pp. 79-108.

\_\_\_\_\_. 2004. "Preconceito de cor e racismo no Brasil" In *Revista de Antropologia – São Paulo, USP, vol. 47 Nº. 1*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ra/v47n1/a01v47n1>. Acesso em 10.04.2015

Guimarães, Elianete de S.; Sousa, Elieide de A. 2014. "Educação quilombola, memória e patrimônio na comunidade quilombola de Rosário – Salvaterra/PA" In *Mobilização Social na Amazônia / Paula Lacerda*. Rio de Janeiro: E-Papers, 2014. pp. 345-355.

Guimarães, Raíssa C. R.; Silva, Hílon P. 2015. "Estado Nutricional e Crescimento de Crianças Quilombolas de Diferentes Comunidades Quilombolas do Estado do Pará" In *Amazônica*, 7(1). pp.186-209. Disponível em:

<http://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/2156/2454>. Acesso em 20.08.2016.

Ibañez-Novión, M. A; Ibañez-Novión, Olga C. Lopez de; Serra, Ordep J. Trindade. S/d. "O anatomista popular: um estudo de caso" In *Sistemas Tradicionais de Ação para a Saúde no Noroeste do Estado de Minas Gerais*. Projeto de Pesquisa. Governo do Estado de Minas Gerais – Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte. pp. 87-119

Ingold, Tim. 2013. "Repensando o Animado, Reanimando o Pensamento" In *Espaço Ameríndio*, Porto Alegre, 7(2). pp. 10-25.

\_\_\_\_\_. 1995. "Humanidade e Animalidade" In *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 28 de junho de 1995. 10(28). pp. 39-43.

Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA). 2006. "Igualdade Racial" In *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: IPEA. Vol. 12, pp. 158-176

Disponível em:

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4491/1/bps\\_n.12\\_igualdade\\_racial12.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4491/1/bps_n.12_igualdade_racial12.pdf). Acesso em 14.03.2016

\_\_\_\_\_. 2008. "Igualdade Racial" In *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: IPEA. Vol. 16, pp. 235-255. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/bps\\_16\\_igualdade\\_racial.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_16_igualdade_racial.pdf). Acesso em 14.03.2016.

\_\_\_\_\_. 2009. "Política de Promoção da Igualdade Racial no Governo Federal em 2006 e o Programa de Combate ao Racismo Institucional" In *A Construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos / Luciana Jaccoud*. Brasília: IPEA. pp. 147-170. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro\\_aconstrucao\\_igualdade\\_racial20anos.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_aconstrucao_igualdade_racial20anos.pdf). Acesso em 15.04.2015.

\_\_\_\_\_. 2010. "Igualdade Racial" In *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: IPEA. Vol. 18, pp. 235-256. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/bps\\_18\\_cap09.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_18_cap09.pdf). Acesso em 14.03.2016

\_\_\_\_\_. 2014-a. *Planejamento, Orçamento e a Promoção da Igualdade Racial – reflexões sobre os planos plurianuais 2004-2007 e 2008-2011 – Relatório de Pesquisa*. Brasília: IPEA. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-pesquisas/planejamento-orcamento-e-a-promocao-da-igualdade-racial-ipea>. Acesso em 14.03.2016.

\_\_\_\_\_. 2014-b. "Igualdade Racial" In *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. Brasília: IPEA. Vol. 22, pp. 486-551. Disponível em:

[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/140930\\_bps22\\_cap8.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/140930_bps22_cap8.pdf). Acesso em 14.03.2016.

Jacques, Clarisse C. 2015. *Aqui já Morou Muita Gente. Arqueologia e Prática de Pesquisa na Comunidade Quilombola de Cinco Chagas*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Ki-Zerbo, Joseph. 2010. "Introdução Geral". In *História Geral da África, I: Metodologia e pré-história da África*. 2.ed. rev. – Brasília: UNESCO, pp: XXXI-LVII.

Kochergin, Cláudia N.; Proietti, Fernando A.; et al. 2014. "Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados" In *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 30(7). pp. 1487-1501. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1487.pdf>.

Acesso em 20.07.2016.

Koifman, Lilian. 2001. "O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense" In *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, vol. VIII (1), mar-jun. pp. 48-70. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a03v08n1.pdf>. Acesso em 30.08.2016.

Langdon, Esther J. 2003. "Cultura e processos de saúde e doença" In *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [et al.]*; organização Leila Sollberger Jeolás, Marlene de Oliveira. Londrina: as organizadoras. pp. 91-107.

\_\_\_\_\_. 2004. "Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropólogos e profissionais da saúde" In Esther Jean Langdon e Luíza Garnelo (orgs.) *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa / Associação Brasileira de Antropologia. pp. 33-51

Langdon, Esther J.; Wiik, Flávio B. 2010. "Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde" In *Revista Latino-Am. Enfermagem* [internet]. pp: 173-181. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). Acesso em 24.05.2016.

Laplantine, François; Rabeyron, Paul-Louis. 1989. *Medicinas Paralelas*. São Paulo: Brasiliense.

\_\_\_\_\_. 1991. *Antropologia da Doença*. São Paulo: Martins Fontes

Laraia, Roque Barros de. 1986. *Cultura: um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Laveleye, Didier de. 2008. "Distribuição e heterogeneidade no complexo cultural da "pajelança" In *Uma outra Invenção da Amazônia*. Belém: Cejup. pp. 112-120.

Leal, Izabeli da S. 2012. “História da Comunidade Santa Luzia” *In Acervo do Projeto Ijê Ofé*. Fórum de Ong’s e Movimentos Sociais da Amazônia Oriental (FAOR). Belém. (Inédito)

Leite, Ilka B. 2010. “Humanidades Insurgentes: Conflitos e Criminalização dos Quilombos” *In* Alfredo W. B. de Almeida [et al.]. *Cadernos de debates Nova Cartografia Social: Territórios quilombolas e conflitos*. Manaus: Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia / UEA Edições, pp: 18-41.

\_\_\_\_\_. 2005. “Oficina Sobre Laudos Antropológicos” *In Laudos Periciais Antropológicos em Debate / Ilka Boaventura Leite*. Florianópolis: coedição NUER/ABA. pp. 31-43. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/livros/laudos.pdf>. Acesso em 24.11.2016.

Lévi-Strauss, Claude. 2003. “A Eficácia Simbólica” *In Antropologia Estrutural*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, pp: 215-236.

Lima, Antônio Carlos de S. 2008. “Políticas Públicas” *In* Lívio Sansone, Osmundo Araújo Pinho (Orgs). *Raças: novas perspectivas antropológicas*. 2 ed.rev. Salvador: Associação Brasileira de Antropologia: EDUFBA, pp: 351-392.

Lima, Edilene C. 2008. “Cobras, xamas e cacadores entre os Katukina (pano)” *In Tellus*, Campo Grande-MS, 8 (15), pp.35-57.

Lopes, Fernanda. 2005. “Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde”. *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(5), pp: 1595-1601.

López, Laura C. 2012. “O Conceito de Racismo Institucional: aplicações no campo da saúde” *In Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 6, Nº. 40, jan/mar. pp. 121-134. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n40/aop0412.pdf>. Acesso em 15.04.2015.

Luz, Madel. 1997. “Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX” *In Phisys: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 7(1). pp: 13-43.

Machado, José P. s/d. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa – Quarto Volume. Lisboa: Livros Horizontes.

Malinowski, Bronislaw. 1976. *Argonautas do Pacífico*. São Paulo: Abril Cultural.

Malungu. s/d. *Quilombolas do Pará: Reafirmando Identidades*. Pará: Malungu.

Marques, Amaro S.; Freitas, Daniel A.; et al. 2014. “Atenção Primária e Saúde Materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola” *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2). pp. 365-371. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Martins, Alaerte L. 2006. "Mortalidade Materna de Mulheres Negras no Brasil". In *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(11). pp: 2473-2479.

Matos, Thamirys Di P. C. de. 2015. *Narrativas e saberes de curadores da Linha do Fundo*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Maués, Raymundo H. 1990. *A Ilha Encantada: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores*. Belém: UFPA.

\_\_\_\_\_. 1994. "Medicinas populares e "pajelança cabocla" na Amazônia" In *Saúde e doença: um olhar antropológico* – Paulo Cesar Alves e Maria Cecília de S. Minayo (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 73-81.

\_\_\_\_\_. 1999. "Medicinas populares e "pajelança cabocla" na Amazônia" In *Uma outra Invenção da Amazônia*. Belém: Cejup. pp. 195-207.

\_\_\_\_\_. 2002. "Catolicismo e Xamanismo: comparação entre a cura no Movimento Carismático e na pajelança rural amazônica" In *ILHA*, v.4, Nº. 2. Dez. pp. 51-57. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/15120/15570>. Acesso em 30.09.2016.

\_\_\_\_\_. 2008. "A Pajelança cabocla como ritual de cura xamânica" In *Pajelanças e Religiões Africanas na Amazônia*. Belém: EDUFPA. pp. 121-125.

Mauss, Marcel. 1974. "Introdução: da Dádiva e, em Particular, da Obrigação de Retribuir os Presentes" In *Sociologia e Antropologia, com uma introdução à obra de Marcel Mauss, de Claude Lévi-Strauss*. São Paulo: EPU/EDUSP. pp. 39-48.

\_\_\_\_\_. 1974. "As Dádivas Trocadas e a Obrigação de Retribuí-las (Polinésia)" In *Sociologia e Antropologia, com uma introdução à obra de Marcel Mauss, de Claude Lévi-Strauss*. São Paulo: EPU/EDUSP. pp. 49-67.

Melo, Maíra F. T.; Silva, Hilton P. da. 2015. "Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil" In *Revista da ABPN*, vol. 7. pp-168-189.

Mendes, Patrícia M. 2012. *Segurança Alimentar em Comunidades Quilombolas: estudo comparativo de Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Cacau (Colares, Pará)*. Dissertação de Mestrado. Curso Internacional de Mestrado em Planejamento do Desenvolvimento. Universidade Federal do Pará. Pará. (Inédita)

Minayo, Maria C. de S. 1988. "Saúde-doença: uma concepção popular da Etiologia" *In Cadernos Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 4 (4), pp: 363-381. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v4n4/03.pdf>. Acesso em 08.06.2016.

\_\_\_\_\_. 1993. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. – São Paulo: Hucitec.

\_\_\_\_\_. 1994. "Representações da cura no catolicismo popular" *In Saúde e doença: um olhar antropológico* – Paulo Cesar Alves e Maria Cecília de S. Minayo (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 57-72.

\_\_\_\_\_. 2008. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11.ed. – São Paulo: Hucitec.

Moraes, Irislane P. de. 2012. *Do Tempo dos Pretos d'antes aos Povos do Aproaga: patrimônio arqueológico e territorialidade quilombola no Vale do Rio Capim (PA)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Motta-Castro, Ana R.; Gomes, Selma A.; *et al.* 2009. "Adesão e Resposta à Vacinação Contra Hepatite B em Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil Central" *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 25(4). pp.738-742. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/04.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Motta-Maués, Maria A.; Villacorta, Gisela M. 2008. "Matintapereras e pajés: gênero, corpo e cura na pajelança amazônica" *In Pajelanças e Religiões Africanas na Amazônia / Raymundo Heraldo Maués e Gisela Macambira Villacorta (orgs)*. Belém: EDUFPA. pp. 325-348.

Moura, Clóvis. 1977. "Uma Trajetória: da escravidão à marginalização" *In O Negro – de Bom Escravo a Mau Cidadão?* 3ª ed. – Rio de Janeiro: Conquista. pp. 16-87.

\_\_\_\_\_. 1981. *Rebeliões de Senzala*. 3ª ed. – São Paulo: Livraria Editora Ciências Humanas Ltda (LECH).

\_\_\_\_\_. 1993. *Quilombos – resistência ao escravismo*. 3ª ed. – São Paulo: Ática

\_\_\_\_\_. 2004. *Dicionário da Escravidão Negra no Brasil / Clóvis Moura*. São Paulo: EDUSP.

Munanga, Kabengele. 1999. *Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: identidade nacional versus identidade negra*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Nascimento, Élcio C. do. 2013. *(IN)segurança Alimentar em Comunidades Quilombolas do Município de Abaetetuba, Pará*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Agriculturas Amazônicas. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Neno Cavalcante, Breno. 2015. *Relatório de Campo: participação no V Encontro do Grupo Abayomi, Município de Salvaterra, Marajó (PA)*. Projeto de Pesquisa Indígenas e quilombolas mulheres em situação de violência: diversidade sociocultural, Direitos Humanos e Políticas Públicas na Amazônia. IFCH/UFGA. Belém. (Inédito)

Ngokwey, Ndolamb. 1988. "Pluralistic, Etiological Systems in their Social Context: brazilian case study" *In Soc. Sci. Med.* 26(8). pp. 793-802.

Nobre, Angélica H. 2009. *Atravessando Fronteiras: viagem rumo à saúde tradicional*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Social. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

O'Dwyer, Eliane C. 2002. "Introdução" *In Quilombos: Identidades étnicas e territorialidade* / Eliane Cantarino O'Dwyer (Org). – Rio de Janeiro: Editora FVG.

\_\_\_\_\_. 2008. "Terras de Quilombo no Brasil: direitos territoriais em construção" *In Ariús*. Campina Grande, Vol. 14, Nº. 1/2, Jan/Dez. pp. 9-16.

\_\_\_\_\_. 2010. *O papel social do antropólogo – aplicação do fazer antropológico e do conhecimento disciplinar nos debates públicos do Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: E-papers.

\_\_\_\_\_. 2016. "Uma nova forma de fazer história: os direitos às terras de quilombo diante do projeto modernizador de construção da nação" *In Direitos quilombolas & Dever de Estado em 25 anos da Constituição Federal de 1988* / Osvaldo Martins Oliveira (Org). – Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia. pp. 257-274.

Oliveira, Alex Sandro J. de. 2011. *Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades de remanescentes de Quilombo*. Assis: Triunfal Gráfica e Editora.

Oliveira, Assis da Costa. s/d. *Relatório de Campo*. Projeto Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas. IFCH/UFGA. Belém. (Inédito)

Oliveira, Assis da C.; Libardi, Estela; Costa, Marcilene S. da. 2009. *Relatório de Campo – Comunidade quilombola Mangueiras: memória, identidade e direitos*. Projeto Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas. IFCH/UFGA. Belém. (Inédito)

Oliveira, Assis da C.; Beltrão, Jane Felipe; Ribeiro, Patrick H. 2013. "Etnodesenvolvimento: prática pedagógica na formação universitária de povos e comunidades tradicionais" *In Revista EXITUS*, Vol. 03, Nº. 02, Jul/Dez. pp: 109-121. Disponível em:

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Oshai/Meus%20documentos/Downloads/Artigo\_Revista%20Exitus\_Vol%203%20N%202\_\_p109-121.PDF. Acesso em 08.08.2014.

Oliveira, Fátima. 2002. *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

Oliveira, Márcio V.; Guimarães, Mark Drew, C.; *et al.* 2014. “Fatores Associados à não Realização de Papanicolau em Mulheres Quilombolas” *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11). pp. 4535-4544. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4535.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Oliveira, Stéphanie K. M.; Moura, Mayane; *et al.* 2015. “Auto-percepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil” *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9). pp. 2879-2890. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2879.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Oshai, Cristina M. A. 2014. “Universalidade menos Equidade = Desigualdade” *In Banco de Idéias do SUS*. Fiocruz. Disponível em: <http://www.ideiasus.fiocruz.br/portal/busca-rapida-de-praticas?busca=oshai&buscar=Pesquisar&formId=4>. Acesso em 22.09.2014.

Pacheco, Agenor S. 2010. “As Áfricas nos Marajós: visões, fugas e redes de contato” *In Denise Pahl Schaan e Cristiane Pires Martins (orgs). Muito Além dos Campos – Arqueologia e História na Amazônia Marajoara*. Belém: GK Noronha. pp. 31-70.

Pacheco de Oliveira, João. 2004. “Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia” *In Esther Jean Langdon e Luíza Garnelo (orgs.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa / Associação Brasileira de Antropologia. pp: 09-32.

Paim, Jairnilson S. 2009. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Paixão, Marcelo; Carvano, Luís M. 2008. *Relatório das Desigualdades Raciais no Brasil - 2007 e 2008*. Rio de Janeiro: Garamond. Disponível em: [http://www.laeser.ie.ufrj.br/PT/relatorios%20pdf/RDR\\_2007-2008\\_pt.pdf](http://www.laeser.ie.ufrj.br/PT/relatorios%20pdf/RDR_2007-2008_pt.pdf). Acesso em 22.09.2014.

Parente, Francilene de A. 2009. *Relatório de Campo – segunda viagem à Laranjituba*. Projeto Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas. IFCH/UFGA. Belém. (Inédita)

\_\_\_\_\_. 2016. “Eles são indígenas e nós também”: pertencas e identidades étnicas entre Xipaya e Kuruaya em Altamira/Pará. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Pereira Júnior, Davi. 2009. “Estudo de Sobreposição” *In Quilombos de Alcântara: Território e Conflito – o intrusamento do Território das Comunidades Quilombolas de Alcântara pela empresa binacional Alcântara Cyclone Space*. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, pp: 69-101.

Pereira, Lucélia L.; Silva, Hilton P. da. 2015. "Projeto Mais Médicos para o Brasil: Estudo de Caso em Comunidades Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil" *In Revista da ABPN*, vol.7. pp. 28-51.

Piani, Pedro P. F. 2007. *Sobre a Possibilidade de Integração de Saberes Locais no SUS: um estudo sobre Mangueiras na Ilha do Marajó, Pará*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. (Inédita)

\_\_\_\_\_. 2010. "Integralidade das práticas em saúde: experiência da comunidade de Mangueiras na ilha de Marajó (PA) e o Sistema Único de Saúde" *In Acesso aos direitos sociais: infância, saúde, educação, trabalho* / Paulo Sérgio Pinheiro, Regina Pahim Pinto (Orgs). – São Paulo: Contexto. pp. 97-112.

Pimenta, Tânia S. 2003. "Terapeutas Populares e Instituições Médicas na Primeira Metade do Século XIX" *In Artes e Ofícios de Curar no Brasil: capítulos de história social* / Sidney Chalhoub [et al.] (org). Campinas: UNICAMP. pp. 307-339.

Poutignat, Philippe; Streiff-Fenart, Jocelyne. 1998. "O Domínio da Etnicidade: as questões-chave" *In Teorias da Etnicidade. Seguido de Grupos Étnicos e suas fronteiras de Fredrik Barth*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP. pp. 141-172.

*Revista Amazônica*. Disponível em:

<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica>. Acesso em 21.06.2014

Projeto Ijê Ofé. 2012. *Acervo do material produzido em oficinas de formação*. Fórum de Ong's e Movimentos Sociais da Amazônia Oriental (FAOR). Belém. (Inédito)

Projeto Nova Cartografia Social (PNCS). 2006. *Quilombolas da Ilha de Marajó*. Belém: Design Casa 8. Fascículo 7.

Rabelo, Miriam C. M. 1994. "Religião, Ritual e Cura" *In Saúde e doença: um olhar antropológico* – Paulo Cesar Alves e Maria Cecília de S. Minayo (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp. 47-56.

Raffestin, Claude. 1993. "O que é território?" *In Geografia do Poder*. São Paulo: Ática. pp. 143-163.

Revel, Jacques; Peter, Jean-Pierre. 1976. "O Corpo – o homem doente e sua história" *In Jacques Le Goff e Pierre Nora (Orgs.). História: novos objetos*. Rio de Janeiro: F. Alves. pp. 141-159.

Sá Maruoka, Cristina M. 2009. *Análise das Alterações Patológicas de Fundo de Olho em amostras de Populações Quilombolas do Município do Acará*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Neurociências e Biologia Celular. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Salles, Vicente. 2005. *O Negro no Pará sob o Regime da Escravidão* / Vicente Salles. Belém: IAP; Programa Raízes.

Sampaio, Patrícia M. 2011. “Escravos e Escravidão Africana na Amazônia” *In O Fim do Silêncio* / Patrícia Melo Sampaio. Belém: Editora Açai. pp. 13-42.

Santos, Ricardo V.; Maio, Marcos C. 2005. “Antropologia, raça e os dilemas das identidades na era da genômica” *In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, maio-ago. pp. 447-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v12n2/10.pdf>. 15.06.2013.

Schaan, Denise P. 2009. “Sobre Índios e Portugueses: arqueologia e história da ilha do Marajó” *In Marajó: arqueologia, iconografia, história e patrimônio*. Erechim (RS): Habilis. pp. 29-42

Schaan, Denise P.; Beltrão, Jane F. 2009. “Editorial” *In Revista Antropológica Amazônica*. Vol.1 (1). Belém: UFPA. pp. s/n. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/127/182>. Acesso em 21.06.2014

Schor, Dora; Lima, Cláudia R. de A. 2005. “Aspectos Epidemiológicos das Desigualdades Raciais em Saúde no Brasil” *In Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(5), pp: 1586-1594.

Schwarcz, Lília K. M. 1999. “Questão Racial e Etnicidade”. *In Sergio Micelli. O que ler na Ciência social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Editora Sumaré: ANPOCS; Brasília, DF: CAPES, pp: 267-325.

Segundo, Takeshi K.; Ferreira, Efigênia F. e; *et al.* 2004. “A Doença Periodontoal na Comunidade Negra dos Arturo’s, Contagem, Minas Gerais, Brasil” *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 20(2). pp.596-603. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/29.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Sena, Clever; Santos, Rita de C. S. A.; Barros, Flávio B. 2014. “A biodiversidade tem axe? Sobre apropriações de animais e plantas no candomblé” *In Fragmentos de Cultura*, Goiânia. 24 (2), pp. 211-222.

Silva, Dimas S. da. 1997. “Apontamentos para compreender a origem e propostas de regulamentação do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias de 1988” *In Regulamentação de Terras de Negro no Brasil*. Boletim Informativo NUER / Fundação Cultural Palmares, Vol.1, Nº. 1, 2. Ed. Florianópolis: EFUSC. pp. 9-28. Disponível em: [http://nuer.ufsc.br/files/2014/04/m-mgpefhgnff\\_boletim\\_nuer\\_1.pdf](http://nuer.ufsc.br/files/2014/04/m-mgpefhgnff_boletim_nuer_1.pdf). Acesso em 18/02/2015.

\_\_\_\_\_. 1997. “Reflexões jurídicas sobre terras de negros no Brasil” *In Regulamentação de Terras de Negro no Brasil*. Boletim Informativo NUER / Fundação Cultural Palmares, Vol.1, Nº. 1, 2.Ed. Florianópolis: EFUSC. pp. 49-78. Disponível em:

[http://nuer.ufsc.br/files/2014/04/m-mgpefhgnff\\_boletim\\_nuer\\_1.pdf](http://nuer.ufsc.br/files/2014/04/m-mgpefhgnff_boletim_nuer_1.pdf). Acesso em 18/02/2015.

Silva, Cláudio T. da. 2001. "O Usucapião Singular Disciplinado no Art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias" *In Revista Jurídica Virtual*. Brasília, 3(28), set. pp. 1-4. Disponível em:

<https://revistajuridica.presidencia.gov.br/index.php/saj/article/viewFile/837/825>.

Acesso em 22.03.2016.

Silveira, Oliveira da. 2003. "Vinte de Novembro: história e conteúdo" *In Educação e Ações Afirmativas: entre a injustiça simbólica e a injustiça econômica* / Petronilha Beatriz Gonçalves e Silva e Valter Roberto Silvério (Orgs). Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. pp. 21-42. Disponível em: [http://etnicoracial.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/educacao\\_acoes\\_afirmativas.pdf](http://etnicoracial.mec.gov.br/images/pdf/publicacoes/educacao_acoes_afirmativas.pdf). Acesso em 18/03/2016.

Silveira, Nádia H. 2004. "O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami" *In Esther Jean Langdon e Luíza Garnelo (orgs.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa / Associação Brasileira de Antropologia. pp: 111-128.

Soares, Daniela A.; Barreto, Sandhi M. 2014. "Sobrepeso e Obesidade Abdominal em Adultos Quilombolas, Bahia, Brasil" *In Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 30(2). pp. 341-354. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0341.pdf> Acesso em 20.07.2016.

Soares, Daniela A.; Barreto, Sandhi M.; *et al.* 2015. "Indicadores Nutricionais Combinados e fatores Associados em População Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil" *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20(3). pp. 821-832. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00821.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Soares Filho, Adauto M. 2012. "O recorte étnico-racial nos Sistemas de Informações em Saúde do Brasil: potencialidades para a tomada de decisão" *In Saúde da População Negra* / Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes (Orgs). Brasília, DF: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros. pp. 34-61

Sousa, Lucilene M.; Martins, Karine A.; *et al.* 2013. "Alimentação Escolar nas Comunidades Quilombolas: desafios e potencialidades" *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (4). pp. 987-992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/11.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Souza, Cláudio L.; Barroso, Sabrina M.; *et al.* 2014. "Oportunidade Perdida para Diagnóstico Oportunista de Diabetes Mellitus em Comunidades Quilombolas do Sudoeste da Bahia, Brasil" *In Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6). pp. 1653-1662. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01653.pdf>. Acesso em 20.07.2016.

Teixeira, Carla C.; Silva, Cristina D. da S. 2013. "Antropologia e Saúde Indígena: mapeando marcos de reflexão e interfaces de ação" *In Anuário Antropológico / 2012-I, 2013.* pp. 35-57. Disponível em: [file:///C:/Users/SETIN05/Downloads/aa-374-i-antropologia-e-saude-indigena-mapeando-marcos-de-reflexao-e-interfaces-de-acao%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/SETIN05/Downloads/aa-374-i-antropologia-e-saude-indigena-mapeando-marcos-de-reflexao-e-interfaces-de-acao%20(1).pdf). Acesso em 19.08.2015.

Teixeira, Sônia F.; Mendonça, Maria H. 1995. "Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: comparações" *In Reforma sanitária: em busca de uma teoria.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pp: 193-232.

Teles, Eliana R. 2014. *Territorialidade na Várzea: estratégia de uso de recursos, identidade e conflito na Ilha de Marajó.* Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Trajano Filho, Wilson; Martins, Carlos B. 2004. "Introdução" *In O Campo da Antropologia no Brasil / Wilson Trajano Filho e Gustavo Lins Ribeiro (orgs).* Rio de Janeiro: Contra Capa. pp. 13-38.

Treccani, Girolamo D. 2006-a. "O Artigo 68 do ADCT: reconhecimento Constitucional do Direito de Propriedade" *In Terras de Quilombo: caminhos e entraves do processo de titulação.* Belém: Secretaria Executiva de Justiça. Programa Raízes. pp. 80-102.

\_\_\_\_\_. 2006-b. "As Diferentes Tentativas de Regulamentar o Art. 68 do ADCT" *In Terras de Quilombo: caminhos e entraves do processo de titulação.* Belém: Secretaria Executiva de Justiça. Programa Raízes. pp. 113-122.

Trindade, Joseline S. B. 2015. "Lavrando a Memória, Cultivando a Terra: o direito de dizer e fazer a roça no Quilombo do Curiaú-AP". Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. (Inédita)

Verani, Cibele B. L. 1991. "Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu)" *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia.* Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. pp. 65-88.

Vergolino-Henry, Anaiza.; Figueiredo, Arthur N. 1990. *A presença Africana na Amazônia Colonial: uma notícia histórica.* Belém: Arquivo Publico do Pará.

Viveiros de Castro, Eduardo. 1996. "Os pronomes cosmologicos e o perspectivismo amerindio" *In Mana.* 2 (2), pp. 115-144.

Walker, Sheila S. 2012. *Conocimiento desde Adentro – los afrosudamericanos hablan de sus pueblos y sus historias.* Cauca, Colômbia: Editorial Universidad Del Cauca.

Weber, Max. 2002. "Comunidade e Sociedade das Relações Sociais" *In Conceitos Básicos de Sociologia.* São Paulo: Centauro. pp. 71-75.

Werneck, Jurema. S/d. "Racismo, Racismo Institucional e Gênero" *In Racismo Institucional: uma abordagem conceitual* / Geledés. Rio de Janeiro: Trama Design; Ibraphel Gráfica.

pp. 17-20. Disponível em:

[file:///C:/Users/User/Documents/Racismo%20Institucional%20uma%20abordagem%20conceitual Werneck.pdf](file:///C:/Users/User/Documents/Racismo%20Institucional%20uma%20abordagem%20conceitual%20Werneck.pdf). Acesso em 10.04.2015.

Xavier, Eliana C. A. 2012. "Visão da Feminilidade sobre os Cuidados em Saúde dos Quilombos Contemporâneos" *In Saúde da População Negra* / Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (Orgs), pp. 204-220. – 2. ed. rev. e ampl. 1. reimp. – Brasília, DF: ABPN – Associação Brasileira de Pesquisadores Negros.