



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E
QUALIDADE DE VIDA**

DEIZE FREITAS PONTES

**CONDIÇÕES DE VIDA E HÁBITOS CULTURAIS EM SAÚDE EM COMUNIDADE
TRADICIONAL DO BAIXO AMAZONAS: O CASO DO QUILOMBO/MOCAMBO
MURATUBINHA**

**SANTARÉM
2019**

DEIZE FREITAS PONTES

**CONDIÇÕES DE VIDA E HÁBITOS CULTURAIS EM SAÚDE EM COMUNIDADE
TRADICIONAL DO BAIXO AMAZONAS: O CASO DO QUILOMBO/MOCAMBO
MURATUBINHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Mestrado Acadêmico em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida – PPGSAQ, do Centro de Formação Interdisciplinar (CFI) da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida, elaborada sob a orientação do Prof. Dr. Itamar Rodrigues Paulino, UFOPA.

**SANTARÉM
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

- P814c Pontes, Deize Freitas
Condições de vida e hábitos culturais em saúde em comunidade tradicional do Baixo Amazonas: o caso do quilombo/mocambo Muratubinha . / Deize Freitas Pontes – Santarém, 2020.
122 p. : il.
Inclui bibliografias.
- Orientador: Itamar Rodrigues Paulino
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Pró-reitoria de Pesquisa, Pós Graduação e Inovação Tecnológica, Centro de Formação Interdisciplinar, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida.
1. Cultura. 2. Saúde. 3. Doença. 4. Qualidade de vida. I. Paulino, Itamar Rodrigues, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 305.8098115



Universidade Federal do Oeste do Pará
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E
QUALIDADE DE VIDA

ATA N° 30

No vigésimo quinto dia do mês de novembro do ano de dois mil e dezenove, às treze horas e trinta minutos, na sala trezentos e dezenove, instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado da discente Deize Freitas Pontes. A banca examinadora foi composta pelos professores: Dr. Augusto Rodrigues da Silva Junior, UNB, examinador externo à instituição, Dra. Alanna do Socorro Lima da Silva, Ufopa, examinador interno, Dr. Maxwell Barbosa de Santana, Ufopa, examinador interno e Dr. Itamar Rodrigues Paulino, orientador da discente. Deu-se início a abertura dos trabalhos, por parte do professor, Itamar Rodrigues Paulino, presidente da banca, que, após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, solicitou a discente que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada "Condições de Vida e Hábitos Culturais em Saúde em Comunidade Tradicional do Baixo Amazonas: O caso do Quilombo/Mocambo Muratubinha", marcando um tempo de quarenta minutos para a apresentação. Concluída a exposição, o professor Itamar Rodrigues Paulino, passou a palavra aos examinadores para arguir a discente. Terminadas as arguições, a presidente da banca solicitou aos presentes que se retirassem da sala para a realização do julgamento do trabalho, concluindo a Banca Examinadora por sua APROVADA, conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Oeste do Pará. A versão final da dissertação deverá ser entregue ao programa, no prazo máximo de sessenta dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora e constante na folha de correção anexa. Conforme o Artigo 57 do Regimento Interno do Programa, a discente não terá o título se não cumprir as exigências acima.

Dr. AUGUSTO RODRIGUES DA SILVA JUNIOR, UnB

Examinador Externo à Instituição

Dr. MAXWELL BARBOSA DE SANTANA, UFOPA

Examinador Interno

Dra. ALANNA DO SOCORRO LIMA DA SILVA, UFOPA

Examinadora Interna

Dr. ITAMAR RODRIGUES PAULINO, UFOPA

Presidente

DEIZE FREITAS PONTES

Mestranda

“Dedico esta dissertação a minha mãe, Ana!
Quero dizer que essa conquista não é só minha,
mas nossa. Tudo que consegui só foi possível
graças ao amor, apoio e dedicação que a
senhora sempre teve por mim. Sempre me
ensinou agir com respeito, simplicidade,
dignidade, honestidade e amor ao próximo.”
Muitíssimo obrigado!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e sabedoria para seguir sempre em frente. Obrigada por ser a minha força e o meu guia em todos os momentos. A ti, Senhor, toda honra e toda a glória.

À Ana, minha mãe, pelo amor, incentivo e apoio incondicional, que me proporcionou a continuidade nos estudos até à chegada a este mestrado, os meus eternos agradecimentos.

Às minhas irmãs que, mesmo estando a alguns quilômetros de distância, me deram apoio e carinho sempre, principalmente a Deilane companheira para todas as horas.

Aos seu Raimundo e Dona Vanda, por terem me acolhido em sua casa no Quilombo Muratubinha e pela ajuda na pesquisa de campo. Agradeço imensamente aos moradores do Muratubinha pela disponibilidade e contribuição com esta dissertação.

Aos parceiros de Mestrado da turma PPGSAQ que compartilharam comigo esses momentos de aprendizado.

Às minhas amigas que ganhei no mestrado, Camila e Eloisa, que sempre se fizeram presentes, demonstrando apoio e palavras de encorajamento. Rimos, choramos e nos ajudamos mutuamente.

A todas as meninas do PROEXT, pela caminhada de estudos que seguimos nesses dois anos. Em especial a Telma, pela grande ajuda nas idas em pesquisa de campo.

Ao orientador, Itamar Rodrigues Paulino, pela orientação prestada, disponibilidade e apoio na elaboração desta dissertação.

Ao Programa de Pós-graduação Sociedade Ambiente e Qualidade de vida, a todos os professores, às secretárias do PPGSAQ, Estelina e Joice, que fizeram parte desse caminhar.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

RESUMO

A presente dissertação está centrada no modo de viver e nos hábitos culturais em saúde da população do interior da Amazônia, destacando-se a Comunidade Remanescente de Quilombos Muratubinha, no oeste paraense. A comunidade está caracterizada pela sua diversidade ambiental, por suas complexidades socioculturais e condições geográficas singulares. A questão científica que norteou a pesquisa é: *as práticas sociais cotidianas e os hábitos culturais em saúde influenciam a qualidade de vida de moradores de uma comunidade quilombola da Amazônia?* A pesquisa teve por objetivo investigar as condições sociais vividas e as práticas culturais de quilombolas no processo saúde – doença. Buscou evidenciar, ou não, pontos que vinculem as culturas dos moradores da comunidade investigada ao meio ambiente em que vivem e como é promovida a saúde coletiva pela e junto à população, além dos aspectos associados que interferem na saúde e os recursos utilizados pelos quilombolas, de forma preventiva e curativa. A pesquisa de abordagem qualitativa com elementos do método etnográfico focou uma comunidade de remanescentes de quilombos, Muratubinha, caracterizada como de várzea, em Óbidos-PA. Por meio da aplicação de questionário utilizando entrevista semiestruturada com narradores-chave, observação participante, transcrição e análise das informações que validaram os resultados, possibilitando um posicionamento científico e de cidadania das condições de vida e saúde dos comunitários, identificando e empoderando, para isso, aspectos imprescindíveis da cultura quilombola na manutenção de sua identidade e de seus saberes.

Palavras-Chave: Cultura. Saúde. Doença. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

This dissertation focuses on the way of life and cultural habits with regards to the population in Amazonian region, highlighting a Remnant Community of Quilombos (Black) Muratubinha, in western of Pará, characterized by its environmental diversity, socio-cultural complexities and geographical conditions. The scientific question that guided the research is: *do daily social practices and cultural health habits influence the quality of life of the quilombo community residents in the Amazon region?* The research aimed to investigate the living social conditions and cultural practices of quilombos with health disease process, showing or not points that link the cultures of the investigated community residents, the environment in which they live and how the collective health is promoted by and among the population, in addition to the associated aspects that interfere with the health and resources used by quilombos, in a preventive and curative manner. The qualitative approach research with ethnographic method elements focused on a community of remnants of quilombos, Muratubinha, characterized as lowland, in Óbidos-PA. Through a questionnaire application with semi-structured interviews with key-narrators and participant observation, transcription and analysis of information, the results were validated, enabling a scientific and citizenship positioning of living and health conditions of community, identifying and empowering the quilombo culture in the maintenance of its identity and knowledge.

Keywords: Culture. Cheers. Disease. Quality of life.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localização Panorâmica Área Urbana de Óbidos <> CRQM Muratubinha/Óbidos-PA.....	61
Quadro 1 - Registro de Certidão expedido à Comunidade Remanescente de Quilombos (CRQ) Muratubinha, município de Óbidos-PA, Portaria Nº 122/2018, publicada no DOU de 26/04/2018	62
Figura 2 - CRQM Muratubinha/Óbidos-PA.....	61
Figura 3 - Período de Cheia do rio Amazonas na CRQM Muratubinha/Óbidos-PA ..	66
Figura 4 - Período de Cheia do rio Amazonas na CRQM Muratubinha/Óbidos-PA ..	66
Figura 5 - Modelo de Filtro da Igreja da Paz.....	67
Figura 6 - Modelo de Filtro da Igreja da Paz.....	67
Figura 7 - Modelo de Filtro feito a base de balde de plástico com quatro velas de filtragem, adaptado pelo E1	68
Figura 8 - Modelo de Filtro feito a base de balde de plástico com quatro velas de filtragem, adaptado pelo E1	68
Figura 9 - Tipo de Banheiro utilizado em Muratubinha	69
Figura 10 - Tipo de Banheiro utilizado em Muratubinha	69
Figura 11 - Banheiros sobre Palafita, próximo à plantação de hortaliça, em Muratubinha.....	69

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
CAPÍTULO I - DISCUSSÕES CONCEITUAIS SOBRE CULTURA E A QUESTÃO AFRICANA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA	12
1.1 Contextos Históricos na Construção do Conceito de Cultura.....	13
1.2 Cultura em comunidades quilombolas do Baixo Amazonas.....	19
CAPÍTULO II - HÁBITOS CULTURAIS E SAÚDE COLETIVA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO BAIXO AMAZONAS.....	30
2.1 Características do sistema médico oficial e tradicional em saúde.....	33
2.2 Condições e hábitos em saúde coletiva em comunidades quilombolas	40
2.3 Cuidados em saúde: Práticas tradicionais em comunidades quilombolas.....	47
CAPÍTULO III - HÁBITOS CULTURAIS E SAÚDE COLETIVA NO BAIXO AMAZONAS: DIAGNOSE CONTEXTUAL DA COMUNIDADE DE REMANESCENTES DE QUILOMBOS/MOCAMBOS MURATUBINHA – ÓBIDOS/PA	56
3.1. Quanto aos Fundamentos e Procedimentos Metodológicos da Pesquisa.....	57
3.2 Quanto à Estrutura da Pesquisa em Campo: técnicas e instrumentos.....	58
3.3 Local da Pesquisa: Comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo Muratubinha.....	60
3.4 Perfil do Entrevistado	63
3.5 Dados Coletados na Pesquisa de Campo e análise.....	65
3.5.1 Hábitos culturais e saneamento.....	65
3.5.2 Hábitos culturais e meio ambiente.....	73
3.5.3 Hábitos culturais e qualidade de vida	80
3.5.4 Hábitos culturais e a relação saúde-doença	86
3.5.5. Hábitos Culturais e as Práticas de cuidado da saúde	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS	108
ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	117
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	119
ANEXO III - QUADRO DE PLANTAS USADAS EM TERAPIAS POPULARES PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS, CITADAS PELOS ENTREVISTADOS.....	120
ANEXO IV - QUADRO DE ANIMAIS USADO EM TERAPIAS POPULARES PARA TRATAMENTO DE DOENÇAS, CITADOS PELOS ENTREVISTADOS.....	122

INTRODUÇÃO

As comunidades remanescentes de quilombos/mocambos são formadas por indivíduos de ancestralidade africana e, em geral, estão localizadas em áreas isoladas. Atualmente, os quilombos não se referem necessariamente à ocupação realizada em determinado período histórico ou com a comprovação biológica da descendência; mas envolve participação de grupos étnico-raciais, segundo o critério de auto atribuição, com relações territoriais específicas e presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica (SECRETÁRIA ESPECIAL DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL- SEPPPIR, 2004).

Por meio de estudos e pesquisas sobre e em comunidade remanescente de quilombo, ocorreu a oportunidade de conhecer sua realidade concreta, constatando não somente as condições físicas em que vivem, como também observar dimensões culturais e socioeconômicas que envolvem este grupo. Assim como, a saúde e a doença e os cuidados a elas ligados, os quais se expressam em atitudes, comportamentos, valores e crenças das pessoas.

Desta forma, a cultura pode representar o contexto em que as crenças, os saberes, as experiências e peculiaridades de determinados grupos sociais interagem para que os acontecimentos/fatos façam sentido. Ela fornece os elementos para que os eventos, as práticas do cotidiano, inclusive aquelas relativas à saúde, sejam compreendidas, aceitas e partilhadas. É com base nisto que nos ateremos à questão das práticas e hábitos culturais em saúde de uma comunidade quilombola existente no Baixo Amazonas.

Ora, uma comunidade de pessoas que se autorreconhecem como descendentes de remanescentes de quilombos é detentora de um território que está além do espaço geográfico. O tipo de território ao qual nos referimos inclui uma série de redes de pessoas e instituições que permitem o funcionamento das organizações internas da comunidade, como escola, igreja, sistema econômico, conservação e uso do meio ambiente, sistema de saneamento, coleta de lixo e abastecimento, hábitos e costumes sociais, lida com a questão de saúde e doença, dentre outros. Isso é fundamental nas discussões sobre hábitos culturais e saúde coletiva.

Dessa forma, quando se fala em quilombolas, é preciso ampliar a discussão do direito à saúde, que é uma das premissas básicas do Sistema Único de Saúde [SUS], levando-se em conta que o acesso ao mesmo, passa ainda pelas condições sociais e econômicas da população e não apenas de sua condição étnica. Porém, sem perdermos de vista a urgência da universalidade do SUS e o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e de qualidade, a toda a população brasileira.

Além disso, é importante destacar que para além de uma visão multifatorial, a saúde humana inclui processos de caráter biológico determinados socialmente. Neste sentido, o conceito de saúde extrapola a simples ausência de doença, estando atrelado também às formas de organização social da produção, assim como às condições de qualidade de vida, alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.

Tais condições de vida influenciam no panorama geral de saúde e qualidade de vida e, para a compreensão deste, é preciso analisá-lo a partir do contexto socioeconômico e cultural dessas comunidades. Sabe-se que as diversidades raciais/étnicas e econômicas influenciam nas diferentes condições de saúde da população. Além disso, é preciso aceitar, conforme defende Paulino (2016), que problemas de saúde coletiva também são problemas culturais. Desse modo, entendemos que não podemos investigar as práticas de cuidado à saúde de um povo sem investigar suas manifestações e seus hábitos culturais. Em especial aquelas não convencionais, seja pelas raízes da construção desse saber e dessas práticas ou pela maneira como tradicionalmente são passadas de gerações a gerações.

Diante disso, propõe-se no primeiro capítulo, uma discussão da construção conceitual de *cultura* e sua relação com comunidades quilombolas na Amazônia. No segundo capítulo, focaremos os aspectos ligados às condições de vida dos quilombolas e das suas práticas culturais em saúde coletiva, com ênfase no modelo em saúde oficial e tradicional, nos cuidados em saúde em comunidades quilombolas. No terceiro capítulo, discorreremos sobre fundamentos e procedimentos metodológicos da pesquisa, quanto à estrutura da pesquisa em campo, técnicas e instrumentos, local da pesquisa, perfil dos entrevistados, dados coletados na pesquisa de campo, análise e resultado dos dados para assim poder responder à nossa questão científica, a saber: *as práticas sociais cotidianas e os hábitos culturais*

em saúde influenciam a qualidade de vida de moradores de uma comunidade quilombola da Amazônia? No quarto capítulo, fazemos uma síntese de toda a pesquisa para fins de apresentar uma visão holística do processo.

Neste sentido, é objetivo geral de nossa dissertação investigar as condições de vida e os hábitos culturais de quilombolas no processo saúde doença, pesquisando pontos que vinculem as culturas dos moradores da comunidade focada, ao meio ambiente em que eles vivem, e como é promovida a saúde coletiva, pela e junto à população. Além disso, investigando os aspectos associados a cultura, ao meio ambiente, que interferem na saúde e qualidade de vida e os recursos utilizados pelos quilombolas, de forma preventiva e curativa.

CAPÍTULO I

DISCUSSÕES CONCEITUAIS SOBRE CULTURA E A QUESTÃO AFRICANA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

Um conceito geral do termo *cultura* é aquele que compreende um conjunto de realizações materiais e de aspectos espirituais de um povo, ou seja, cultura é o que é produzido pela humanidade, seja no plano concreto ou no plano imaterial, desde artefatos e objetos até ideais e crenças. Nota-se que, embora o conceito pareça geral, o termo carrega uma história bastante complexa, razão pela qual definir de forma mais objetiva o que é cultura não seja uma tarefa tão simples. Em sua obra *Dicionário de Filosofia*, Abbagnano (1901-1990) define que:

Cultura (in. *Culture*, fr. *Culture*, ai. *Kultur*, it. *Cultura*) tem dois significados básicos. No primeiro e mais antigo, significa a formação do homem, sua melhoria e seu refinamento. No segundo significado, indica o produto dessa formação, ou seja, o conjunto dos modos de viver e de pensar cultivados, civilizados, polidos, que também costumam ser indicados pelo nome de civilização. A passagem do primeiro para o segundo significado ocorreu no séc. XVIII por obra da filosofia iluminista. (ABBAGNANO, 2007, P. 225)

Conforme citado, o termo cultura estabelece certos traços em comum que nos permite ter uma noção mais ampla, complexa e argumentativa daquilo que aparentemente expressa o conceito. Primeiramente, é preciso assumir a noção de que a cultura é uma dimensão própria do ser humano. No entanto, o ser humano vive em sociedade e a partir dela e por ela cria seus costumes, não podendo existir cultura de um indivíduo sozinho.

Outra noção a ser considerada é que cultura supõe um povo, uma nação, um grupo social de certas estruturas organizacionais que lhes permite uma vida em comum e em grupo. Essa também é a concepção de Laraia (2009), que aponta ser no final do século XVIII e no princípio do seguinte que o termo germânico *Kultur* fora utilizado para simbolizar aspectos espirituais de uma comunidade, enquanto que a palavra francesa *Civilization* referia-se principalmente às realizações materiais de um povo. Essa discussão ocorre numa época de efervescência intelectual iluminista, cuja bandeira na França era a de caracterizar a cultura como um estado de espírito cultivado pela instrução.

1.1 Contextos Históricos na Construção do Conceito de Cultura

Portanto, o conceito de cultura do século XIX estava vinculado aos saberes acumulados e transmitidos de grupo em grupo ao longo de sua história. Além disso, no vocabulário francês, a palavra também estava associada às ideias de progresso, evolução, educação e razão, ou seja, o conceito de cultura não se diferenciava do conceito de civilização, pois a primeira evocava os progressos individuais e a segunda, os progressos coletivos. Canedo sustenta que:

Há uma diferenciação entre o estado natural do homem, irracional ou selvagem, posto que sem cultura; e a cultura que ele adquire através dos canais de conhecimento e instrução intelectual. Decorre daí a ideia de que as comunidades primitivas poderiam evoluir culturalmente e alcançar o estágio de progresso das nações civilizadas. Este pensamento também deu origem a um dos sentidos mais utilizados em nossos dias, que caracteriza como possuidores de cultura os indivíduos detentores do saber formal. No século XIX, a noção francesa de cultura se ampliaria para uma dimensão coletiva, se aproximando do significado de civilização e, até mesmo, o substituindo. (CANEDO, 2009, p. 2).

Essa constatação justifica as razões pelas quais o conceito de Cultura passou por severas críticas no final do século XIX e ao longo do Século XX. A definição fora feita pela primeira vez por Tylor, que vinculou cultura à evolução de um povo em oposição à ideia de transmissão biológica. Tylor considerou o princípio do Evolucionismo, que defendia haver uma escala evolutiva por meio de processos de adaptação conforme havia apregoadado Charles Darwin em sua obra *A Origem das Espécies*¹ (1859).

Certamente que, no caso Darwinista, essa evolução diz respeito às questões biológicas. Segundo Paulino (2018), Tylor estende a teoria darwinista à questão humana e apresenta que há um processo de evolução que as sociedades primitivas deveriam percorrer para chegar ao nível de sociedade civilizada. Dessa forma, Edward Burnett Tylor (1832-1917), em 1871, em sua obra *Primitive Culture: Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Art, and Custom*, universaliza o termo cultura definindo-o como:

Cultura ou civilização, tomada em seu amplo sentido etnográfico, é esse todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, direito, costume e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade. A condição de cultura entre as várias sociedades da humanidade, na medida em que é capaz de ser investigada

¹ Na sua primeira edição (1859), o livro recebeu o título inglês *On the Origin of Species by Means of Natural Selection, or the Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life* [Da Origem das Espécies por Meio da Seleção Natural ou a Preservação de Raças Favorecidas na Luta pela Vida]. Na sua sexta edição (1872), o título foi abreviado para *The Origin of Species* (A Origem das Espécies), como é de conhecimento de todos nos dias de hoje.

em princípios gerais, é uma matéria apta para o estudo das leis do pensamento e da ação humana. Por outro lado, a uniformidade que impregna tão amplamente a civilização pode ser atribuída, em grande medida, à ação uniforme de causas uniformes; enquanto, por outro lado, suas várias gradações podem ser consideradas como estágios de desenvolvimento ou evolução, cada um dos resultados da história anterior, prestes a fazer sua parte adequada na formação da história do futuro. (TYLOR, 1871, p. 1)²

Portanto, a diversidade cultural passa a ser explicada a partir de estágios evolutivos postulando que as culturas seriam classificadas em mais ou menos complexas e que existiriam estágios de evolução e, como afirmara Tylor (1871), várias gradações que podem ser consideradas como estágios de desenvolvimento ou evolução. Diante disso, Steiger (2006) esclarece que, para Tylor, o estágio inicial da humanidade seria o da selvageria, em que os indivíduos viveriam em grupos nômades, na forma de hordas primitivas, no estágio ainda inicial quando não havia um domínio sistemático da ciclicidade da natureza e sem uma compreensão cultural da morte. Na linha progressiva ao estágio de selvageria, está o estágio da barbárie. Nascimento (2018), em sua dissertação sobre *“Culturas e Memórias das Comunidades de Quilombo da Amazônia: um passado revisto a partir do presente”*, aponta que,

O segundo estágio evolutivo seria a barbárie, em que há a adoção ainda que incipiente da agricultura e a domesticação de animais, todavia, segundo os evolucionistas culturais, este grupo também ainda não poderia ser considerado civilizado, visto faltar o refinamento cultural que somente poderia ser adquirido a partir da intelectualização da sociedade. Por fim, o último estágio da humanidade seria o da civilização, etapa alcançada pelos países europeus, onde estariam os “civilizados”, que conseguiram alcançar certo refinamento social, artístico, legal e moral. Esse estágio seria, pois, o ponto mais alto a ser atingido pelas sociedades não civilizadas. Segundo o evolucionismo cultural, o ser humano possuiria características inatas comuns a todas as sociedades e que as levariam a um único caminho, o da evolução desde o estágio selvagem ao refinamento da civilidade. Neste contexto, as diferenças entre os povos foram transformadas em hierarquização e classificação entre indivíduos e sociedades, e passaram a dominar as relações sociais entre europeus e não europeus, trazendo à tona implicações históricas para o termo cultura. Assim, as teorias evolucionistas, aliadas à doutrinação religiosa serviram nesse contexto para fortalecer ideais de superioridade e inferioridade entre os povos, dividindo o mundo em países civilizados a exemplo dos europeus e não civilizados a exemplo dos africanos, trazendo consequências até o presente século aos descendentes de povos considerados inferiores, a exemplo dos povos

² Culture or Civilization, taken in its wide ethnographic sense, is that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society. The condition of culture among the various societies of mankind, in so far as it is capable of being investigated on general principles, is a subject apt for the study of laws of human thought and action. On the other hand, the uniformity which so largely pervades civilization may be ascribed, in great measure, to the uniform action of uniform causes; while on the other hand its various grades may be regarded as stages of development or evolution, each the outcome of previous history, and about to do its proper part in shaping the history of future. Tradução nossa.

africanos, subjugados e escravizados por séculos pelos povos europeus (NASCIMENTO, 2018, p. 20).

Esse modo de conceituar cultura entrou em choque no desenrolar do século XX por força de que autores, *pouco confortáveis* com esse enquadramento conceitual, tais como Franz Boas (1858-1942), Alfred Kroeber (1876-1960), Claude Lévi-Strauss (1908-2009), Clifford Geertz (1926-2006), entre outros, começaram a se posicionar a partir de uma perspectiva dinâmica e ampla, pois notaram que o fenômeno cultural tinha mais de causalidades sociais do que de causalidades naturais (PAULINO, 2018). Esses pensadores reverberam no conceito específico de cultura e nas grandes discussões sobre a evolução da humanidade em franca ocorrência na Europa moderna. Entre vários outros, Paulino cita,

Jean Jacques Rousseau (1712-1778) e a crítica de que as instituições educativas corrompem o homem e tiram-lhe a liberdade, sendo preciso educar a criança de acordo com a natureza, Immanuel Kant (1724-1804) e a questão do imperativo categórico como normatização moral ou o dever universal a ser cumprido como condição de vida, Auguste Comte (1789-1857) e o uso das leis positivistas como critério de explicação das leis que regem o mundo social, Charles Darwin (1809-1882) e a teoria evolucionista de que a sobrevivência das espécies está intrinsecamente relacionada à seleção natural; Karl Marx (1818-1883) e a crítica ao papel e ao poder do Mercado no estágio civilizatório da humanidade, Friedrich Nietzsche (1844-1900) e a transmutação dos valores para recuperar a unidade ética perdida pela humanidade ao longo da história, Sigmund Freud (1856-1939) e o estudo do equilíbrio das pulsões e dos instintos humanos como condição que permite a sociedade avançar no processo civilizatório, Jean-Paul Sartre (1905-1980) e o debate sobre o fato de que a única condição para um ser humano estar livre é estando preso à liberdade (PAULINO, 2018, p. 153).

Franz Boas (1858-1942) foi um dos primeiros pensadores a produzir uma definição do termo cultura saindo do espaço biológico e entrando no antropológico, percorrendo um caminho bastante diverso à concepção de Edward Tylor. Franz Boas é apontado como o inventor da etnografia por ter sido o primeiro antropólogo a fazer pesquisas com observação direta das sociedades primitivas. Ele critica a metodologia usada pelos evolucionistas, pois segundo ele um mesmo fenômeno cultural não poderia desenvolver-se da mesma forma em cenários diferentes. A concepção boasiana tem como base, “*o reconhecimento de que cada ser humano vê o mundo sob a perspectiva da cultura em que nasceu*” (BOAS, 2010, p. 18).

Em seus estudos, Boas concluiu que a diferença fundamental entre os grupos humanos era de ordem cultural, não necessariamente determinada pelo ambiente físico. Sendo assim, defendia que, ao estudar os costumes particulares de uma determinada comunidade, o pesquisador deveria buscar explicações no contexto

cultural, na constituição da origem e reconstituição da história daquela comunidade. Decorre dessa constatação, o reconhecimento da existência de culturas diversas e diferentes, e não de uma cultura única que deveria ser padronizada como cultura universal. Na mesma concepção de Boas, Alfred Kroeber (1876-1960) afirma que sociedade, cultura e indivíduo são como “peças” da máquina social que devem ser desmontadas, interpretadas e depois remontadas pela análise de seu funcionamento, sem ignorar os elementos do quadro natural, pois estes exercem influência sobre alguns aspectos, mas nunca determinam seu comportamento e evolução da cultura (KROEBER, 1952).

Desse modo, entende-se que, embora os aspectos naturais sejam importantes para a construção dos indivíduos, a proposta de Kroeber é a de apresentar os aspectos sociais como formadores da personalidade conferindo caráter de indissociabilidade desta com a cultura. Laraia (2009) apresenta que a contribuição de Kroeber para a ampliação do conceito de cultura pode ser relacionada nos seguintes pontos:

1. A cultura, mais do que a herança genética, determina o comportamento do homem e justifica as suas realizações.
2. O homem age de acordo com os seus padrões culturais. Os seus instintos foram parcialmente anulados pelo longo processo evolutivo por que passou. (Voltaremos a este ponto mais adiante.)
3. A cultura é o meio de adaptação aos diferentes ambientes ecológicos. Em vez de modificar para isto o seu aparato biológico, o homem modifica o seu equipamento superorgânico.
4. Em decorrência da afirmação anterior, o homem foi capaz de romper as barreiras das diferenças ambientais e transformar toda a terra em seu hábitat.
5. Adquirindo cultura, o homem passou a depender muito mais do aprendizado do que a agir através de atitudes geneticamente determinadas.
6. Como já era do conhecimento da humanidade, desde o Iluminismo, é este processo de aprendizagem (socialização ou endoculturação, não importa o termo) que determina o seu comportamento e a sua capacidade artística ou profissional.
7. A cultura é um processo acumulativo, resultante de toda a experiência histórica das gerações anteriores. Este processo limita ou estimula a ação criativa do indivíduo.
8. Os gênios são indivíduos altamente inteligentes que têm a oportunidade de utilizar o conhecimento existente ao seu dispor, construído pelos participantes vivos e mortos de seu sistema cultural, e criar um novo objeto ou uma nova técnica. (LARAIA, 2009, p. 52)

Laraia também apresenta que, para Kroeber, a cultura deve ser vista como uma formação para além daquilo que a herança genética oferece, pois “*determina o comportamento do homem e justifica as suas realizações, agindo o homem de*

acordo com os seus padrões culturais". As classificações do conceito permitem várias inclusões, a saber:

[...] Os indivíduos que fizeram as primeiras invenções, tais como o primeiro homem que produziu o fogo através do atrito da madeira seca; ou o primeiro homem que fabricou a primeira máquina capaz de ampliar a força muscular, o arco e a flecha etc. São eles gênios da mesma grandeza de Santos Dumont e Einstein. Sem as suas primeiras invenções ou descobertas, hoje consideradas modestas, não teriam ocorrido as demais. E pior do que isto, talvez nem mesmo a espécie humana teria chegado ao que é hoje. (LARAIA, 2009, p. 52).

Outra abordagem significativa sobre cultura é a de Claude Lévi-Strauss (1908-2009), que considera cultura como sistemas estruturais. Em seu texto *Race et Histoire*, publicado ainda em 1952, nega decisivamente o evolucionismo cultural. Ele apresenta no texto uma crítica robusta à ideia de que as culturas passam por estágios de padronização e homogeneização de modelos culturais, principalmente com o refinamento do comportamento humano a partir das concepções europeias de cultura. Para Lévi-Strauss, a história cumulativa do homem é mais produto da sua *conduta* do que da sua natureza e para haver progresso é necessário que as culturas se inter cruzem, isto é, entrem em contato umas com as outras para que suas trocas favoreçam o progresso como assim o diz "*todo progresso cultural é função de uma coligação entre as culturas*" (LÉVI-STRAUSS, 1976, p. 22). Ressalta, ainda, não ser possível haver culturas isoladas, entendendo-se assim a necessidade de uma cultura contatar, conhecer e interagir com as demais em vista de compreensões que contribuam para o desenvolvimento mútuo.

Outro antropólogo que contribuiu com as discussões sobre cultura é Clifford Geertz (1926-2006). Ele aponta que:

O conceito de cultura é essencialmente semiótico, acreditando com Max Weber, que o homem é um animal amarrado as teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise, portanto, não como sendo uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões enigmáticas na sua superfície. Todavia, essa afirmativa uma doutrina numa cláusula, requer por si mesma uma explicação (GEERTZ, 1989, p. 15).

Geertz dá uma nova dinâmica ao conceito de cultura, a partir de uma definição semiótica de que o homem é um indivíduo *amarrado* em teias de significados tecidos por ele próprio. Segundo ele, a cultura é a própria condição de existência dos indivíduos, produto das ações em um processo contínuo, através do qual, os

indivíduos dão sentido à suas ações. Ela ocorre na mediação das relações dos indivíduos entre si, na produção de sentidos e significados.

De acordo com Morgado (2014), ao tratar do conceito de cultura sob o aspecto semiótico, Geertz contribui para o entendimento de questões estruturais das sociedades nas diversas épocas e realidades contextuais e, sobretudo, para a compreensão das diferenças e transformações que vem ocorrendo nos últimos séculos. Essas premissas nos permitem concluir que há vários aspectos da vida que podem ser vivenciados pelo ser humano, mas que, para se tornarem reais, é preciso desenvolver adaptações instrumentais junto ao meio que possibilitam mudanças de costumes, alimentação, religião e crenças, valores, línguas, símbolos, fatores econômicos, sociais, políticos, artísticos, intelectuais, entre outros.

Nota-se, então, que a cultura deve ser analisada como um processo abrangente de transformação ou de estagnação, no qual se estabelecem relações essenciais entre diferentes aspectos da vida humana. Neste sentido, Silva e Silva (2006), enfatizam que:

A função da cultura é, entre outras coisas, permitir a adaptação do indivíduo ao meio social e natural em que vive. E é por meio da herança cultural que os indivíduos podem se comunicar uns com os outros, não apenas por meio da linguagem, mas também por formas de comportamento. Isso significa que as pessoas compreendem quais os sentimentos e as intenções das outras porque conhecem as regras culturais de comportamento em sua sociedade. Por exemplo, gestos como rir, xingar, cumprimentar, assim como os modos de vestir ou comer indicam, para outras pessoas do grupo tanto a posição social de um indivíduo quanto seus sentimentos, mas apenas porque quem interpreta seus gestos e sua fala possui os mesmos códigos culturais. (SILVA e SILVA, 2006, p. 2).

Em certa medida, a cultura pode ser encarada como uma “lente” herdada por meio da qual o indivíduo percebe e compreende o mundo em que habita e aprende a viver nele. Assim, dessa percepção surgem fatores de coesão e identidade dos diversos grupos humanos, ao menos essa é a definição de Helman:

[...] A maioria das sociedades tem alguma forma de estratificação social em classes sociais, castas ou categorias, e cada estrato é marcado pelos seus próprios atributos culturais distintos, incluindo uso da linguagem, costumes, estilos de vestir, padrões de alimentação e moradia e assim por diante. Ricos e pobres, poderosos e destituídos de poder – cada um terá herdado sua própria perspectiva cultural (HELMAN, 2003, p. 12).

Paulino desenvolve uma concepção similar a de Helman, evidenciando as diferenças culturais e as perpetuações de práticas culturais de cada povo ou de cada indivíduo, para afirmar que a cultura é um conjunto de orientações, informações,

modos de viver e ser que os indivíduos herdaram, as quais lhes dizem como devem se comportar individual e coletivamente, com o meio social e o meio ambiente em que vivem. Por isso, Paulino aponta que:

O ajuntamento de costumes e crenças, as manifestações artísticas, os hábitos cotidianos, as experiências e o conhecimento pessoais e coletivos acumulados e transmitidos entre gerações, e as relações entre seres humanos e o seu ambiente é o que podemos entender como componentes formativos de cultura. (PAULINO, 2018, p. 154).

O termo cultura é demais abrangente, o que demonstra ser dificultoso apontar um conceito precisamente delimitado e objetivamente construído. Isso leva a uma forte diluição do conceito em práticas diversas. Determina Paulino:

Esse conceito abrangente tem sua estruturação pulverizada em várias dimensões sociais, tais como danças, músicas, ritos e rituais, línguas e linguagens, hábitos pessoais e coletivos, atividades trabalhistas extrativistas, agropecuárias, pesqueiras e urbano-industrial, entre outras. No rol de evidências culturais, podemos incluir símbolos e signos próprios de grupos culturais particulares que mantêm seus vínculos internos e sua coesão coletiva. O conceito ou conceitos de cultura revelam a amplitude e a complexidade da temática. (PAULINO, 2018, p. 154)

Essas considerações nos permitem reconhecer como conceito de cultura as indicações do antropólogo Clifford Geertz (2008), que aponta que todo indivíduo é um ser social imerso numa rede de sentidos e significados que são identificados como cultura. Nesse sentido, investigar determinada cultura é discutir códigos de símbolos partilhados por membros da mesma, identificando particularidades presentes nos diferentes grupos.

1.2 Cultura em comunidades quilombolas do Baixo Amazonas

No Brasil, a colonização, o tipo de povoamento e de exploração organizados pela Coroa portuguesa, principalmente a partir do século XVI, favoreceram a constituição de uma sociedade formada por povos de diversas matrizes. Na história da colonização brasileira, povos originários indígenas, colonizadores portugueses e de outros países da Europa, africanos escravizados e obrigados à diáspora tiveram contatos intensos uns com os outros. Desde a chegada portuguesa a terras do Novo Mundo, as relações entre os colonizadores, os povos originários e os novos povos transportados à terra tupiniquim, as relações entre povos eram sempre feitas à base de conflitos.

Especificamente no Brasil, nos séculos XVII, XVIII e XIX tivemos o processo escravagista. Neste período, os portugueses não conseguiram transformar em realidade a escravização indígena, talvez por conta de o espírito indígena não aceitar a submissão a um povo que sequer pertencia à região dos trópicos. Então, os portugueses optaram, já no século XVII, por uma política de escravização africana e da migração forçada para suas terras colonizadas, no então Novo Mundo.

Em terras brasileiras, os escravos africanos permaneceram submissos por três séculos, às leis escravagistas, sido estas revogadas em definitivo pela Lei Imperial n.º 3.353, sancionada em 13 de maio de 1888, que extinguiu a escravidão no Brasil. As comunidades de quilombos e mocambos do Brasil são parte de uma História Africana feita a partir da grande diáspora do século XVI, que durou até o século XX, e inclui nela longo processo de história da escravidão e lutas incansáveis por liberdade que resultaram na emancipação de negros africanos e nascidos no Brasil com a promulgação da Lei Áurea.

Conforme Gomes (2015), as comunidades de escravos fugitivos desenvolveram modelos de sociedade baseados na ocupação territorial, prática agrícola, preservação da cultura nas condições diversas e organização sociopolítica, que permitisse a preservação da liberdade e a continuação da resistência:

As comunidades negras no Brasil desde antes da Abolição da Escravidão se organizaram em microssociedades, produzindo seus roçados e cuidando de seus gados de base, vivendo de extrativismo e, em alguns casos, articulando com outros grupos da sociedade brasileira, como os indígenas, fazendeiros e autoridades simpatizantes à causa da liberdade negra. Por isso, há situações em que as comunidades de africanos ou remanescentes foram reconhecidas como comunidade de negros, denominadas de vilas de roceiros negros, tendo como uma de suas atividades de resistência e sobrevivência as trocas mercantis e a interação com a economia local (Nascimento, 2018, p. 46).

Ainda nesse aspecto, logo após o processo de abolição, prossegue Nascimento (2018, p. 46):

Surgiram comunidades em que os negros se aglutinavam na mesma fazenda em que haviam trabalhado como escravos, cujas negociações socioeconômicas entre estes e aqueles resultaram no acolhimento e no reconhecimento da condição livre dos negros pelos próprios senhores de terra.

Mas também foram fundadas diversas comunidades de escravos fugidos e alforriados, longe de territórios hostis e que pudessem dar aos negros a segurança necessária para o desenvolvimento de suas vidas. Essas organizações de negros

tinham como prática de resistência o protesto reivindicatório, cujo mote norteador era a ocupação de terras e de fazendas, além daqueles grupos que, resgatando sua identidade nômade africana, tornaram-se migrantes permanentes. Por isso, é importante ressaltar que o que tornaram essas comunidades semelhantes foram o compartilhamento de cultura, identidade, memória e a implantação de espaços territoriais para fins de economia agrária.

Nos dias atuais, após mais de um século de promulgada a abolição da escravatura no Brasil, há espalhadas no País diversas comunidades com histórias de mais de um século, feitas por escravos alforriados, ou fugidos, e seus descendentes. A organização das comunidades remanescentes de quilombos foi uma maneira encontrada pelos povos de matriz africana para resistir às investidas de extinção de sua cultura. As práticas culturais constituem, pois, estratégias de afirmação da identidade negra dessas comunidades.

As relações culturais entre os colonizadores europeus, os povos originários que já habitavam a região do novo mundo e os negros, provenientes das imigrações e das diásporas do continente africano para o Brasil, impeliram transformações na cultura tanto dos povos colonizados quanto dos colonizadores, bem como dos povos escravizados e transportados para o continente das Américas.

No que se refere ao processo migratório e diaspórico africano, a consequência principal foi a miscigenação desses povos com europeus e com os originários, com as relações interculturais e a incorporação de valores externos à cultura afro para manutenção de sua existência diante da hegemonia cultural, política e social portuguesa. Entretanto, a miscigenação não ocorreu somente entre portugueses e africanos, pois os povos da África também foram submetidos às relações interculturais com povos originários de diversas culturas.

A relação entre índios, brancos e negros na Amazônia foi bastante intensa desde a chegada dos colonizadores. Assim, são características da História da Amazônia, as relações, nem sempre harmoniosas, entre as antigas e diversas culturas de povos nesta região. Por isso, é fundamental, considerarmos a tese de que na Amazônia faz-se necessário reconhecer a existência de diversas “amazônias”. Ora, a Amazônia é uma região ocupada por grupos étnicos e por populações tradicionais, historicamente constituídas, a partir dos vários processos de colonização e miscigenação. Pode-se afirmar, assim, que o ser humano

amazônico é resultado dos intercâmbios históricos entre diferentes povos e etnias. Entre os principais agentes sociais que compõem o mosaico amazônico, destacam-se os povos indígenas, as populações de matriz africana e os originados da Metrópole portuguesa, com seus modos de vida adaptados ao mundo da floresta.

Entre as referências culturais, estão pessoas que vivem em comunidades ribeirinhas e à margem dos grandes rios da Amazônia, as que vivem de pesca, de coleta extrativista, as pessoas de quilombos, entre outras. As comunidades tradicionais na Amazônia por possuírem “*um modelo particular de gestão dos recursos naturais e de organização social*” acabam por se constituir “*num espaço onde se estabelecem a construção de identidades sociais, de projetos comuns, mas também, de manifestação da diversidade*” (CHAVES, 2001, p. 77).

Portanto, é na comunidade que se encontra o espaço onde se solidificam as relações sociais e modos de vidas específicos, bem como formas de gestão apropriadas dos recursos locais, o que evidencia o importante papel dos hábitos culturais. Para lidar com os hábitos de uma determinada comunidade, é necessário compreendê-los a partir de uma perspectiva holística, ou seja, é preciso considerar todos os aspectos coletivos e individuais que determinam a vida de uma determinada comunidade. Neste caso, a diversidade de recursos serve de arcabouço cultural para que a comunidade assuma suas identidades, sem perder suas memórias, e projetando seus encaminhamentos socioculturais no futuro.

Todas essas questões, no espaço das comunidades afrodescendentes da Amazônia, têm uma importância singular, pois elas constituem populações de mocambos e quilombos que habitam os mais longínquos lugares da floresta amazônica. Além disso, com a posse de uma história reveladora de uma vasta diversidade cultural da região, que remonta a séculos passados, alcançando as raízes ancestrais africanas.

Em se tratando de povos de matriz africana no Brasil, é preciso elucidar o que vem a ser um povo quilombola, ou remanescente de quilombo, ou mesmo um povo de mocambo. É costume na literatura sobre Estudos Africanos no Brasil apontar que os quilombolas fazem parte de um grande contexto e se autodefinem a partir das suas relações culturais com a terra, o território, as tradições e as práticas socioculturais e econômicas próprias. Na região do Baixo Amazonas, as comunidades afro-brasileiras estão organizadas na forma de Mocambo e Quilombo.

De acordo com Dias (2011) o termo quilombos foi citado pela primeira vez pelo governador de Minas Gerais Dom Lourenço em um documento oficial sobre o regimento dos capitães-do-mato. Esse documento quisera dirimir dúvidas, na então capitania das Minas Gerais, sobre as atividades dos Capitães-do-mato e fortalecer a atividade de sufocamento das sublevações negras na região altiplana de Minas Gerais. No texto regimental, o governador Dom Lourenço citou:

[...] [§3] Pellos negros que forem prezos em quilombos formados distantes de povoação onde estejam asima de quatro negros, com Ranchos piloens, e modo de aly se conservarem, haveram por cada negro destes vinte outavas de ouro.

[...] [§8] Encomendo aos dittos Capitães [borrado] que nas investidas de quilombos se não hajão com a Crueldade com que alguãs se havião antecedentemente, e só em cazo de rezistencia poderão os dittos Capitães uzar da defença natural, porque fazendo o contrário se tomará conhecimento desta materia. (sic). (DOM LOURENÇO DE ALMEIDA, 1722)³

O governador previu que a sociedade mineira tivesse dúvidas, evidenciando em um documento oficial uma clara definição do que vem a ser. Esse termo vem à tona novamente em 02 de dezembro do ano de 1740, quando reportando ao rei João V de Portugal, o Conselho Ultramarino valeu-se da seguinte definição de quilombo: “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoadas, ainda que tenham ranchos levantados e nem se achem pilões neles”.⁴ Esta caracterização descritiva perpetuou-se como definição clássica do conceito e influenciou uma geração de pesquisadores. A carta ainda contém uma determinação quanto ao quilombo:

E sendo preciso acudir com remedios para Se evictar a facilidade e impunidade com que os negros fogem, e se juntão em quilombos cometendo delles roubos, salteamentos, E mortes, conciderando o conselho q’ as penas de degredo, e prizaõ não são para os Escravos porq’ Servem de cauzar prejuizo aos Senhores e o pouco que sentem os açoutes a q’ quotidianamente Estão costumados, Se sirva VMag de ordenar que a todos os negros q’ se acharem em quilombo voluntariamente pella pRimeira ves Se lhe ponha na espadoa hua marca de fogo de hum F q’ para Este effeito haverá Em todas as Camaras a qual Se lhe porá sem mais processo que a notoriedade do facto, Logo q’ do quilombo vier, pReso antes de entrar a cadea. Pela Segunda vez se lhe corte hua orelha constando por Certidão do Escrivão para ter já a marca por Simples mandado do Ouvidor ou Juis ordinario, E q’ pella terceira ves Se proceda contra elles em junta a pena de morte, constando da primeira fuga pella marca posta, e da Segunda pello Sumario processo, porq’ se lhe decepou a orelha. (sic) (AHM, Carta do C.U.M., Lisboa, 1740).

³ APM – SMM (Sessão Colonial, Códice 02. P. 108-110. Regimento dos Capitães-do-mato, 17 de dezembro de 1722)

⁴ APM, ARQUIVO HISTÓRICO ULTRAMARINO. 2/12/1740. Con. Ultra. Brasil/MG. No.3174; Cx.: 40; Doc.:27. Carta do Conselho Ultramarino a D. João V. Lisboa, 1740.

Notemos que esse conceito de Quilombo, explicitamente vinculado à ideia de fuga e de resistência, não mais se sustenta diante do atual contexto de recomposição das comunidades afrodescendentes. Ao longo da história brasileira, a constituição dos quilombos ocorreu a partir de uma infinidade de processos para além da fuga, tais como doações e heranças de terras a escravos e ex-escravos, permanência e ocupação de territórios públicos, dentre outros. De fato, os primeiros quilombos eram pequenas aldeias para onde os escravos, que fugiam das fazendas e casas de família, iam buscar refúgio. As pequenas aldeias eram também chamadas mocambos, e tanto eles como os quilombos duraram todo o período da escravidão no Brasil, e hoje em dia muitas delas caracterizam-se como comunidades remanescentes de quilombos.

Esses locais eram de difícil acesso, com inúmeras dificuldades naturais e físicas encontradas no caminho até se alcançar os quilombos mais importantes, ou as regiões mais importantes de quilombos. Nessas localidades, os africanos se reconstruíam e tiveram que modificar suas tradições, criando uma cultura própria que evoca em seus antepassados aspectos que favorecem a relação com o continente africano ao mesmo tempo em que pudessem fazer sobreviver suas tradições diante da imposição cultural portuguesa em terras além-mar, e das condições adversas da floresta.

Depois de quase quatro séculos de perseguição e opressão, a história e a luta dos povos negros no Brasil começaram a ganhar reconhecimento de fato na década de 1980. É nessa época que a luta quilombola por reconhecimento ganha força em nível nacional, provocando mudanças no processo de construção da Constituição Federal que estava sendo reescrita nos anos oitenta.

Nos tempos atuais, a legislação brasileira institui quilombo como uma organização comunitária africana remanescente de escravos fugidos e escravos libertos, e pertencente ao passado da história brasileira. O reconhecimento não teria ocorrido se um movimento de entidades que buscava valorização da população negra e igualdade racial no País não tivesse sido organizado para propor mudanças na Assembleia Constituinte, no final da década de oitenta.

Dessa discussão, surgiram sugestões que culminaram com artigos constitucionais levados para o interior da Carta Magna brasileira aprovada em 1988. Graças a essa costura, a legislação brasileira, por meio da Constituição da República

de 1988, tornou-se uma das formas conceituais utilizadas no reconhecimento de uma comunidade tradicional de quilombo. Mais precisamente no Artigo 68, ficou garantido o direito à propriedade definitiva da terra às comunidades remanescentes de quilombos, devendo o Estado emitir títulos a esses grupos étnicos, reconhecendo sua história alicerçada na ancestralidade africana, desde que a comunidade faça o autorreconhecimento como comunidade remanescente de quilombos, ou mesmo quilombos.

O artigo 68 abrange, então, uma ampliação do rol de atuação do Estado em relação aos direitos desses grupos, que até então estiveram destituídos de garantias constitucionais positivas, uma vez que foram objetos do direito repressivo durante as fases colonial e imperial.

Tal atuação contribuiu para a ampliação da capacidade do Estado no processo de minimização dos padrões de desigualdades sociorraciais. A questão do direito de grupos quilombolas à sua territorialidade permaneceu não tematizado no espaço público geral desde a abolição da escravidão (1888) até a Constituição Federal de 1988. Isso levou a um déficit no reconhecimento dos direitos e a uma demanda acumulada para a efetivação dos direitos à territorialidade dos quilombolas.

Por essa razão e com a publicação do Decreto 4.887/2003, pelo então Presidente Luís Inácio Lula da Silva, essas populações voltam ao cenário enquanto grupos étnicos reconhecidos. Assevera-se, no entanto, que no contexto de legitimidade dos quilombos, o referido marco legal foi de grande relevância para as comunidades de quilombo existentes no Brasil, pois fortaleceram as discussões sobre o referido termo ao definir, em seu art. 2º, que:

Art. 2º - Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

§ 1º Para os fins deste Decreto, a caracterização dos remanescentes das comunidades dos quilombos será atestada mediante autodefinição da própria comunidade.

§ 2º São terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos as utilizadas para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural.

§ 3º Para a medição e demarcação das terras, serão levados em consideração critérios de territorialidade indicados pelos remanescentes das comunidades dos quilombos, sendo facultado à comunidade interessada apresentar as peças técnicas para a instrução procedimental.

Embora o termo quilombo tenha ganhado força nos anos 1980, a partir do reconhecimento constitucional da posse das terras e da territorialidade, para negros comprovarem serem remanescentes de comunidades existentes em determinadas áreas no período da escravidão e nos anos após a emancipação, na região amazônica o uso mais comum é o termo mocambo, que preconceituosamente significa habitação miserável. De acordo com Nascimento (2018), a melhor maneira para compreender o termo em outra perspectiva, é sobre a visão dos próprios habitantes desses espaços.

[...] Mocambo é um tipo de habitação no formato de uma cabana artesanalmente construída à base de palhoça de coqueiro, buriti, sapé, palha de cana, açai, ubim e palmeiras comuns. Essas habitações rústicas eram o lugar fundante da territorialidade negra no Baixo Amazonas, sendo constituídas como colônias de negros fugidos da escravidão e negros que haviam obtido o alforriamento. O modo de construção pode ser explicado a partir de dois aspectos, a primeira é que o clima quente da floresta é amenizado pela sombra úmida sob uma palhoça, ou seja, é um modelo de habitação funcional que provê isolamento térmico, melhor adaptado do que casas de alvenaria ou barro. O segundo ponto é o fácil acesso ao produto, em abundância na floresta e gasto econômico zero, embora seja polêmico associar o modelo mocambo a casa de pobre (NASCIMENTO, 2018, p.52).

Em conformidade com Nascimento (2018), *mocambo* é o termo utilizado pelos habitantes de comunidades remanescentes de quilombos para designar seu modo habitacional, baseado em construções características da adaptação na região encontrada para a formação dos mesmos. Ainda segundo o mesmo autor, o registro constitucional de quilombo, como o simbólico identificador das comunidades africanas no Brasil, tem sido questionado pelas comunidades de origem africana da região do Baixo Amazonas.

Essas comunidades começaram a utilizar o termo quilombo apenas nos anos 1980, com a organização das associações de quilombos do Baixo Amazonas que, em vista de apresentação coletiva de projetos reivindicativos da posse territorial, passaram a utilizar o termo constitucional quilombo. Mesmo que ainda, em termos práticos, as comunidades utilizem o termo mocambo, cuja identidade com a cultura afrobrasileira é mais apropriada e evidente.

Segundo a Fundação Palmares (dados divulgados em dezembro de 2018), há no Brasil três mil duzentas e treze comunidades remanescentes de quilombos (FCP, 2018), sendo que os seis estados que apresentam maior quantitativo de certificações são: Bahia (783); Maranhão (754); Minas Gerais (366); Pará (259); Pernambuco (160) e Rio Grande do Sul (129).

No Estado do Pará, este quantitativo é de 259 comunidades certificadas como remanescentes de quilombos, ocupando o quarto lugar no quantitativo de comunidades no Brasil, ratificando a descendência africana e sua importância nessa região. Logo, reconhecer a existência de comunidades remanescentes de quilombos nos dias atuais é saber que apesar de relações complexas que foram estabelecidas ao longo da história, essas sociedades desenvolveram estratégias para manutenção de seus territórios e de sua cultura. Já na região paraense do Baixo Amazonas e do Baixo Tapajós, a Fundação Cultural Palmares (2018) define que vivem 60 comunidades remanescentes de quilombos, organizadas em uma rede ativa de associações, estando assentadas nas cidades de Alenquer (1), Monte alegre (2), Óbidos (14), Óbidos/Oriximiná (8), Oriximiná (23), Prainha (1) e Santarém (11).

Os quilombolas dessa região foram pioneiros na luta para fazer valer os direitos assegurados na Constituição. Corroborando com tal afirmação, Idaliana Azevedo (2002), uma das mais expressivas referências sobre História e Memória nos negros do Baixo Amazonas, comenta em sua obra, *Puxirum: memória dos negros do oeste paraense*, sobre a realização do primeiro “Encontro Raízes Negras” com a temática:

Do entrelaçar de nossas diferentes raízes brota o rebento da esperança – solidariedade, promovido pela Associação Cultural Obidense (ACOB) que ocorreu no período de 24 a 26 de junho de 1988, no quilombo de Pacoval, município de Alenquer, com o objetivo de redescobrir a história e promover trocas de experiências entre os quilombolas de Óbidos, Alenquer e Oriximiná. A partir desse Encontro deu início o processo de reconhecimento das comunidades remanescentes do Baixo Amazonas, por meio de duas frentes de trabalho, a instituição de novos encontros de raízes negras para que se mantivesse a discussão sobre a questão quilombola na região do Baixo Amazonas, e a formação das associações de moradores de locais remanescentes de quilombos. (AZEVEDO, 2002, p. 141-142).

Ainda que esse reconhecimento tenha sido feito de forma tardia, a história dos quilombos do Baixo Amazonas começa no século XVIII, com o cultivo do cacau e a criação de gado em grandes fazendas na região de Santarém e de Óbidos. O crescimento econômico tornou essa região uma das mais importantes na Província do Grão-Pará. Logo, uma grande leva de escravos africanos foi trazida para trabalhar nas fazendas do Baixo Amazonas. Por isso, Funes é assertivo:

Falar em remanescentes de quilombos, no Baixo Amazonas é remeter a uma história marcada por conflitos, resistências de cativos que romperam com a sua condição social ao fugirem dos cacoais, das fazendas de criar, das propriedades dos senhores de Óbidos, Santarém, Alenquer. É navegar nas reminiscências vivas que marcam as experiências sociais e vivências

dos afroamazônidas que constituíram seus espaços no alto dos rios Curuá, Erepecurú e em especial no Trombetas, onde ser livre era possível. (FUNES, 1995, p. 2).

Vale destacar, que durante o período da escravidão, os quilombolas que eram habitados por escravos fugidos que conseguiam, de certa forma, articular junto às cidades próximas aos mocambos, a venda de produtos, frutos de seus trabalhos, sem com isso colocar em risco a própria liberdade.

Neste sentido, os quilombolas no Baixo Amazonas, que haviam fugido do trabalho forçado em áreas de plantação cacaueteira, plantavam, em seu lugar de refúgio, e comercializavam produtos com regatões, que navegavam pelos mocambos no interior da floresta para as negociações de compra e venda, e também de maneira direta com comerciantes simpatizantes com a causa africana nas cidades da região, como Óbidos e Santarém.

Os mocambos produziam mercadorias importantes para o comércio local, como mandioca, tabaco, cacau e certas drogas do sertão. É dessa maneira que, em nossa percepção, os mocambos se inseriram nas sociedades locais, constituindo redes de apoio mútuo, conquistando sua autonomia e reivindicando o reconhecimento de sua identidade e memória, na condição de comunidades remanescentes de quilombos, ou simplesmente mocambos.

Esse dinamismo revela a capacidade das comunidades afro-brasileiras de resolver ao seu modo problemas diversos encontrados nessa longa e inacabada diáspora, que começou pelo desenraizamento territorial, social, cultural, religioso, ambiental, por motivos alheios à sua história, e fora entrelaçada a interesses europeus desde mais de cinco séculos.

Isto explica, em termos, porque mocambos na região do Baixo Amazonas desenvolvem práticas e formas específicas de relação com os recursos provenientes de suas comunidades; possuem sistema de hábitos próprios, e é por meio desses saberes, conhecimentos e práticas voltados para a utilização de seus recursos, que os mesmos contribuem para a manutenção de suas características identitárias e manutenção memorial.

A compreensão e o reconhecimento da história da formação do povo africano no Brasil, da organização comunitária, de sua constituição identitária, de seu registro e conservação dos eventos memoriais servem de base para discutirmos uma temática fundamental para aspectos de sociedade, ambiente e qualidade de vida das

comunidades remanescentes de quilombos da região do Baixo Amazonas, que é a questão dos hábitos culturais e sua relação com a saúde coletiva, ponto dos próximos capítulos.

CAPÍTULO II

HÁBITOS CULTURAIS E SAÚDE COLETIVA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO BAIXO AMAZONAS

O ser humano sempre tem buscado ao longo da história alternativas diversas na tentativa de eliminar seus males. Por isso, as diferentes ações de cuidado estão relacionadas ao contexto sociocultural que as caracteriza em cada momento. Desse modo, os padrões de cultura de um grupo, de uma comunidade e de uma sociedade devem ser entendidos como contribuintes nas compreensões que envolvem o processo saúde-doença, bem como na possibilidade de intervenções que possibilitem desenvolver novas atitudes que permitam a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva.

A importância dos fatores culturais, para muitos aspectos diferentes da saúde internacional, foi reconhecida oficialmente em 1996 pela Organização Mundial de Saúde [OMS] e pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura [UNESCO], que o declararam como o Ano da Cultura e da Saúde. Em sua declaração conjunta, os diretores gerais das duas organizações das Nações Unidas propuseram caminhos subsequentes para a cooperação, de forma que a saúde e a cultura possam ser desenvolvidas de um modo mutuamente sustentador, beneficiando todas as pessoas em todos os países e de todas as formas.

Conforme Paulino (2018), os direitos culturais estão relacionados ao direito à produção e ao reconhecimento de bens, bem como ao direito de respeito mútuo por quem produz e por quem recebe esses bens. Ao fazer referência a bens culturais produzidos, Paulino sugere que há uma diversidade manifestada das formas, presentes e expressas no contexto mundial.

Além disso, o autor cita como exemplos música, dança, literatura, pintura, artesanato, teatro, festejos, contos e cantos; modos de expressão e difusão da fala, hábitos de vida como alimentação, beberagem e vestuário; atividades produtivas de caráter individual e coletivo; modos de relacionamento indivíduo/sociedade e natureza, entre muitos outros. Essa abrangência conceitual da produção cultural também nos encaminha para nosso foco investigativo, a saber, os hábitos culturais que produzem bens e comportamentos passíveis de influenciar a qualidade da saúde das comunidades quilombolas da região do Baixo Amazonas.

É fato que não poucas vezes as dimensões humanas da cultura e da saúde discursam sobre diversos assuntos pertinentes a elas sem que uma se apodere do discurso da outra. Contudo, um ponto torna o encontro e o debate inevitáveis, ambas procuram garantir a qualidade da vida de um determinado grupo social. Esse fundamento sustenta e serve de garantia plausível para que seja estabelecido um diálogo cada vez mais próximo e promissor entre cultura e saúde, apresentando questões, proposições e interações discursivas e práticas sobre a existência humana, ainda que essas as áreas tenham sistemáticas diferentes.

De acordo com Sommer (2007), o conceito de saúde, em realidade, é um processo social dinâmico ligado a outros processos sociais, no qual o indivíduo leva para o seu particular a realidade social dinamizada num determinado período de tempo. Neste sentido, podemos afirmar que os modelos de saúde, doença e cuidado não resultam somente da história biológica e pessoal de uma pessoa, não podendo assim ser minimizados à experiência individual, pois envolvem a coletividade, seus valores e costumes intersubjetivamente compartilhados.

Recentemente, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006), apresentou os “determinantes sociais da saúde”, mostrando que fatores sociais, econômicos, culturais, etnoraciais, psicológicos e comportamentais são classificados como determinantes sociais da saúde, pois influenciam a ocorrência de possíveis problemas de saúde – física e/ou mental – e seus fatores de risco na população. Assim sendo, Helman afirma que,

A origem cultural tem uma influência importante em muitos aspectos da vida das pessoas, incluindo crenças, comportamento, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de espaço e de tempo e atitudes em relação à doença, dor e outras formas de infortúnio – todos podendo ter importantes implicações para a saúde e os cuidados de saúde. Porém, a cultura em que você nasceu, ou na qual você vive, nunca é a única influência. Ela é apenas uma de várias influências sobre as crenças e os comportamentos relacionados à saúde, que incluem: fatores individuais (como idade, gênero, tamanho, aparência, personalidade, inteligência, experiência, estado físico e emocional); fatores educacionais (tanto educação formal quanto informal, inclusive educação em uma subcultura religiosa, étnica ou profissional); fatores socioeconômicos (como pobreza, classe social, status econômico, ocupação ou desemprego, discriminação ou racismo, bem como redes de suporte social de outras pessoas); fatores ambientais (como clima, densidade populacional ou poluição do habitat, mas incluindo também tipos de infraestrutura disponível, como moradia, estradas, pontes, transporte público e serviços de saúde). (HELMAN, 2003, p. 13).

Helman nos propõe que qualquer que seja a cultura local, a má saúde geralmente está associada a fatores individuais, educacionais, socioeconômicos, ambientais e vários outros que tornam a saúde coletiva bastante vulnerável à interferência de doença. Logo, trata-se de um processo social dinâmico relacionado com outros processos sociais, no qual cada indivíduo constrói e entende sua saúde e doença por meio da representação sociocultural em consonância com a realidade em que vive.

Nesse sentido, é importante considerar o universo sociocultural em que cada indivíduo está inserido e sua experiência de doença, para entender as concepções de saúde, doença e cultura que cada um constrói para si. Além disso, como essas percepções influenciarão na escolha dos mecanismos de tratamento à sua aflição e possível cura.

Conforme Helman (2003), a “cultura” não pode e nem deve ser considerada em um vácuo. A cultura “pura” dificilmente existe, pois é apenas um componente de uma mistura complexa e diversificada de fatores que exercem influência sobre as crenças das pessoas, sobre a forma como elas vivem o seu cotidiano e sobre sua saúde e doença. Neste sentido, é fundamental assumir a tese de que a cultura é uma dimensão humana que ajuda na formação de determinados hábitos, que influenciam na qualidade de vida da saúde coletiva e, por consequência, na qualidade de vida das pessoas.

Na Amazônia, são notáveis as grandes disparidades sociais quando nos referimos ao acesso aos serviços básicos de infraestrutura, como saneamento ambiental, atendimento de saúde, e serviços de tratamento de água. Na região do Baixo Amazonas, especificamente, essa situação é bastante precária. Se considerarmos que as diversas comunidades quilombolas, que têm seus históricos relacionados à escolha do território ainda nos séculos passados, com topografia pouco acessível, e nesses locais construírem seus mocambos para fazer valer como estratégia de sobrevivência a preservação oculta de seus esconderijos dos brancos proprietários de escravos, principalmente dos capitães do mato. Logo, essa realidade implica que nos tempos da república e da democracia existe a necessidade de fazer com que o regime de saúde do Sistema Único de Saúde, bem como acesso ao planejamento sanitário e de água potável para o consumo, faça parte da realidade dessas pessoas e animais.

2.1 Características do sistema médico oficial e tradicional em saúde

A relação saúde e cultura é algo que paira além do modelo médico oficial imposto pelo sistema de saúde do País desde que ele começara a ser implantado como serviço público, ainda no século XIX, com a vinda da Família real portuguesa para o País. O que se tem de críticas e questionamentos ao modelo é que ele tem uma abordagem iluminista, europeu por constituição, que está vinculado à biologia, fisiologia, patologia humana e analisa a relação saúde-doença apenas como um processo biológico.

Segundo Mayr (1988), o modelo médico foca os problemas de doença, enfermidade, dor ou defeito, como processos físicos, que são objetos de investigação patológica, bioquímica e fisiológica. Isto implica afirmar que o referido modelo não valoriza fatores de ordem social, cultural, ou fatores subjetivos individuais.

Além da visão fisiologista de doença, a ação diagnóstica não considera fatores dialógicos ou acordos entre médico e paciente. Esse modelo, conseqüentemente, não intervém preventivamente e nem produz ações que trabalham o binômio *saúde-doença* numa dinâmica de coletividade.

As práticas oficiais de saúde são ofertadas à população por meio de políticas, programas e são executadas principalmente dentro das principais instituições, como hospitais e centros de saúde, que interagem diretamente com os usuários. A lógica biomédica, muitas vezes, é fundamentada na ideia de que as pessoas quando apresentam algum sintoma de doença e estão com a saúde comprometida devem procurar os serviços desempenhados por profissionais da saúde. É importante destacar que esse sistema oficial desempenha um papel fundamental, principalmente, nas sociedades ocidentais. Existe um discurso e uma configuração política que sustentam essa conformação e a própria sociedade se molda e adere a essas práticas (SILVA, 2013, p. 52).

A crítica a esse modelo é pertinente no sentido de que ele ignora as correlações da saúde com as questões sociais, econômicas, culturais e ambientais, daí ser necessário haver mudanças na concepção do modelo. Tais mudanças devem ser introduzidas de tal maneira que a nova organização do sistema de atenção à saúde contemple fatores do tipo cultural, social e ambiental.

Isto implica reconhecer no debate, de melhoria do sistema, fatores antes ignorados e hoje confirmados como referência na tabela de conhecimentos necessários à compreensão sobre as origens das doenças, as técnicas terapêuticas

próprias de cada grupo social, e os papéis de atuação de cada ser humano envolvido. Pois é válido aceitar que a busca pela diagnose e pelo tratamento mobiliza diversos outros sistemas de atenção à saúde, os quais, por sua vez, não estão e nem devem estar dissociados dos hábitos cultura.

Em uma sociedade composta por diversos grupos sociais, há simultaneamente a existência de vários sistemas de atenção à saúde, como por exemplo, sistema médico oficial, baseado no conhecimento biomédico e oferecido pelo Estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), e os sistemas populares aos quais os grupos sociais recorrem para o diagnóstico, o tratamento e a cura de doenças, entre outros (LANGDON e WIJK, 2010).

Neste sentido, Amadigi, Gonçalves, Fertoni, Bertoni e Santos (2009), sugerem que na análise de qualquer sociedade complexa sejam identificados dois subsistemas de cuidado à saúde: o profissional e o popular ou familiar, que são na verdade subsistemas amplamente utilizados pelas pessoas de forma sobreposta ou às vezes interativa, mas não excludente. Esses sistemas fornecem à pessoa os caminhos para efetuar a interpretação de sua condição de saúde-doença e buscar as ações possíveis que proporcionam o cuidado e/ou a cura,

[...] O subsistema profissional é formado pelas profissões de cura organizadas e com aprendizado formal, além de serem legalmente reconhecidas, representadas pela biomedicina nas sociedades ocidentais. O subsistema popular é a expressão da cultura popular, do senso comum, não profissional, não especialista e no qual as manifestações das doenças são primeiramente identificadas e enfrentadas. Aqui, a doença é vista como uma desordem na vida cotidiana para a qual é necessário encontrar um significado. Inclui o indivíduo, a família, a rede social e os membros da comunidade próxima. Os cuidados podem ser adotados pela pessoa que se sente doente e/ou pela família e incluem: remédios caseiros, repouso, suporte emocional, práticas religiosas, mudança na dieta alimentar, massagens, etc. O subsistema popular pode ser formado por especialistas de cura não profissionais, não reconhecidos legalmente, tais como curandeiros, benzedoras e outros. Assim, as alternativas terapêuticas são escolhidas tanto de acordo com a acessibilidade ao processo terapêutico como em relação ao entendimento dos indivíduos de determinada sociedade sobre as doenças, a cura e sobre os tratamentos que funcionam e que tem resolutividade. (AMADIGI *et al.*, 2009, p. 142).

O caminho a ser percorrido em busca da cura depende do sujeito, haja vista que os meios utilizados para isso são geralmente escolhidos a partir de experiências culturais, históricas, sociais, religiosas e até mesmo ambientais. É necessário, dessa forma, haver uma discussão equilibrada e aberta por parte dos participantes do sistema único de saúde, que bem pode ser organizada por meio da correlação de

promoção, contributiva e complementar entre o sistema oficial e o sistema popular de saúde, sobre conceitos de saúde e doença, para que, a partir dos resultados discursivos, se consiga compreender processos de cuidado.

Nessa perspectiva, a saúde, que não é vista pelas pessoas de maneira igual, deve refletir a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade, ou nação ou mesmo de uma comunidade, isto é, a concepção das pessoas de saúde dependerá de fatores diversos como época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas, e principalmente dos hábitos culturais praticados pelas pessoas.

Estamos propensos ao entendimento de que as crenças e as práticas de cuidado em saúde se originam e se desenvolvem em diversos contextos sociais, fazendo assim parte da dinâmica existencial humana, e contribuindo com a sua estrutura na construção e no desenvolvimento dos hábitos culturais da coletividade.

No caso específico do conceito *doença*, o termo recebeu várias denominações, complementações e readequações para que assim pudesse ter, em seu alto grau de abrangência, a multiplicidade de sentidos adquiridos ao longo da experiência humana com sinais e sintomas próprios da debilidade física, fisiológica e psicológica. É essa amplitude conceitual que impôs a Amadigi *et all* (2009), a ideia de que o conceito de doença é construído a partir de processos socioculturais e da experiência de debilidade humana vivida pelas pessoas.

Neste caso, a doença pode ser vista como uma sequência de eventos que ganham significado à medida que a pessoa age para buscar alívio do seu sofrimento e superação da debilidade que fragilizam suas condições fisiológicas e psicológicas. Esse processo é caracterizado pelo reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença, pelo diagnóstico, bem como pela escolha e avaliação do tratamento.

Laplantine (1991) nos alerta para o fato de que a língua francesa só dispõe de um vocábulo (*maladie*) para designar a doença, enquanto na língua inglesa há três expressões: *disease*, que significa a doença tal como ela é apreendida pelo conhecimento médico; *illness*, doença como é experimentada pelo doente; e *sickness*, que é um estado menos grave e mais incerto que o precedente, de maneira geral, o mal-estar.

Por sua vez, Figueirêdo (2013, p. 1853) afirma que, “a expressão *illness* pode ser entendida por dois pontos de vista clássicos: doença-sujeito e doença-sociedade,

refletindo, respectivamente, a experiência subjetiva do doente e comportamentos socioculturais ligados à doença”. Além disso, o mesmo autor, ao discutir o termo junto a Laplantine, considera que para integrar as noções de doença-objeto (*disease*), doença-sujeito (um ponto de vista de *illness*) e doença-sociedade (outro ponto de vista de *illness*), propõe, seguindo Laplantine (1991), a concentração da investigação no termo *sickness*, visto que essa terminologia pode articular, ao mesmo tempo, “as condições sociais, históricas e culturais de elaboração das representações do doente e das representações do médico e isso qualquer que seja a sociedade considerada” (FIGUEIRÊDO 2013, p. 1853).

Menos específico do que as terminologias anglo-saxônicas, o termo aportuguesado do radical latino *morbis* para significar doença, tem forte relação com morte, com a cessação da vida, sendo necessário que se desconstrua e se promova seu desuso por conta de seu próprio significado etimológico. O mesmo se dá com o termo *enfermo*, que remonta a processos religiosos de *encaminhamento* da alma. Não é por acaso que, o termo utilizado na língua lusa seja *doença*, bem menos carregada de morbidez do que palavras derivativas de *morbis*, como moribundo e morte, e *infirmas*, que está vinculado a disfunções orgânicas acometidas de forma crônica.

O estado da arte de que compusemos sobre saúde-doença nos ajuda a compor uma nova discussão sobre os modelos de saúde no Brasil. Neste caso, temos o modelo médico oficial em saúde, e o modelo popular baseado na medicina tradicional. Segundo Luz (2002), o primeiro é denominado de modelo biomédico ou mecanicista, e é predominante na maioria dos estados e cidades brasileiras, com estrutura bastante fechada para partilhas de suas compreensões, seus modelos diagnósticos e suas formas de cura com fontes heterogêneas às suas. Além disso, tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento e de toda a revolução artístico-cultural que ocorreu nessa época.

Essa perspectiva mecanicista é ainda marcante no meio científico e na área de saúde nos dias de hoje, embora atualmente menos enfática. O modelo biomédico ou mecanicista leva os profissionais a se concentrarem apenas na máquina corporal, negligenciando outros aspectos determinantes do processo saúde-doença. Isso se dá porque a medicina convencional está embasada nos conhecimentos

fisiopatológicos clássicos e, especificamente, nos tratamentos medicamentosos, para o afastamento de doenças.

Segundo Ribeiro e Amaral (2007), o método clínico baseado em modelo biomédico, surgido no início do século XIX e que alcançou hegemonia durante o século XX, trouxe grandes avanços para a ciência médica e conferiu grande poder ao médico, mas tornou o diagnóstico da doença preponderante sobre o doente.

Acontece que nem todas as pessoas adoecem da mesma forma ou se enquadram numa doença bem definida, e isso provocou questionamentos ao método clínico desde o início do século passado, haja vista que o tratamento de uma doença pode ser totalmente impessoal, mas o cuidado do paciente precisa ser totalmente pessoal.

Como marco histórico simbólico da dissociação entre saúde, medicina e cultura, Luz (2005) aponta a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na república do Cazaquistão, membro da então União Soviética, no ano de 1978. Durante o evento, o diretor geral da Organização Mundial da Saúde declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada para resolver os problemas de saúde de dois terços da humanidade, fazendo um apelo aos governos de todos os países para o desenvolvimento de formas simplificadas de atenção médica, destinadas às populações carentes no mundo inteiro; com o correspondente esforço no campo da formação de recursos humanos, utilizando-se, para isso, os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais.

Fruto dessa conferência saiu o comprometimento dos governos com a saúde pública, buscando complementações mútuas entre os modelos biomédicos e populares, sendo adotado o lema “Saúde para todos no ano 2000” como mote norteador da proposta.

Essa mudança de olhar da OMS, aceita pela maioria dos países globais, alterou os rumos e as formas sistêmicas dos modelos públicos de saúde. Contudo, as grandes questões de saúde atuais têm se mostrado amplas e exigindo, para enfrenta-las, não apenas políticas públicas de infraestrutura, ligadas ao saneamento e à educação, atualmente deixadas de lado pelos governos com a dominância mundial do neoliberalismo, como também modelos médicos pouco custosos, que possam assegurar práticas adequadas de promoção e recuperação da saúde.

Assim, maneiras simples e que não fazem apelo à grande tecnologia atual, tão refinada quanto cara, ligada às especialidades médicas, têm servido de modelo integrador da saúde dos cidadãos. Passando a atendê-los por meio do que se designou de atenção primária à saúde, sendo formatada como uma estrutura simplificada tanto para a diagnose, dispensando a parafernália dos exames sofisticados, como para a terapêutica, utilizando material orgânico e não orgânico advindo diretamente do meio ambiente,

Privilegia-se, como forma de intervenção prioritária a adoção, pela clientela, de práticas alternativas de saúde, hábitos e estilos de vida; hierarquizam-se ações, formas de intervenção, incentivando-se muitas vezes uma presença mais ativa do cidadão doente em face de sua doença, através de estratégias de socialização, como a formação de grupos de pacientes com troca de experiência e tomada de decisões para iniciativas de práticas coletivas, reuniões e discussões com terapeutas e especialistas (LUZ, 2005, p. 146).

Assim, a atenção básica apresenta-se como alternativa de cuidado em saúde, fazendo uso sistemático de terapias baseadas no conhecimento popular tradicional. Entende-se como saber tradicional, o resultado do acúmulo de experiências vivenciadas pelos indivíduos em um lugar, na relação que estabelecem com o ambiente natural e social e, da mesma forma, a memória coletiva de um grupo que se reproduz na relação entre os sujeitos e seus pares. Castro, ao comentar sobre o saber tradicional, aponta que,

As ações práticas vivenciadas na relação homem/natureza possibilitam aos indivíduos a formulação e acumulação do conhecimento. Neste sentido, entende-se que as ações práticas vivenciadas por componentes de populações tradicionais, no meio natural, permitem a elaboração de diversos saberes, os quais se originam na experiência cotidiana, possibilitando assim o seu acúmulo pelos sujeitos. (CASTRO, 2000, p. 169).

Esses conhecimentos empíricos e de costumes passados de pais para filhos, bem como as crenças diversas das comunidades de base tradicional são frutos da relação profunda com a natureza e sua compreensão com o fim de determinar seu uso nos seu processo saúde-doença.

De acordo com Luz (2005), esse modelo é conhecido como modelo popular baseado na medicina tradicional. Há o modelo indígena e também há o modelo de origem africana. Nosso foco diz respeito ao segundo. O modelo popular quilombola como um sistema de cura complexo, que se enraizou fortemente na cultura das grandes fazendas e na dos centros urbanos por influência da força de trabalho escravo, que também tem uma base terapêutica fortemente ancorada na fitoterapia.

Entretanto, embora empregue a natureza como recurso básico de intervenção de cura, é inegavelmente mais espiritualista em sua abordagem dos fenômenos de adoecimento individual e grupal, e seu agente de cura mais importante é normalmente um sacerdote (ou sacerdotisa), através da figura do *pai-de-santo* ou *mãe-de-santo*, bem como do *preto-velho* que opera terapeuticamente intermediando entidades espirituais, divindades de diversas hierarquias, geralmente em rituais importantes na cura.

Em geral, tal sistema de cura se encarrega do tratamento de *doenças espirituais* ou de origem espiritual (mau-olhado, feitiço etc.), ou então daquelas doenças para as quais a medicina ocidental não oferece ainda perspectiva de cura, ou cujo tratamento é considerado como excessivamente invasivo, como câncer, AIDS e várias doenças crônicas. Cobre, portanto, uma gama enorme de doenças orgânicas e não orgânicas, empregando como meios terapêuticos, além dos “passes” espirituais, a fitoterapia e a prática de uma homeopatia popular de tradição secular na sociedade brasileira.

Além disso, exige certas disposições, comportamentos e atitudes dos pacientes “em tratamento”, como dietas especiais, formas de sentir e de pensar que facilitam a cura, além de oferendas de preces e alimentos, ou doações materiais às divindades e entidades religiosas no sentido de propiciar o restabelecimento do paciente (LUZ, 2005). Segundo Barros (2002), na antiguidade, a medicina mágico-religiosa predominante, se inseria em um contexto religioso-mitológico no qual o adoecer era resultante de transgressões de natureza individual ou coletiva. Assim, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, o exercício de rituais que assumiam as mais diversas feições, condicionadas à cultura local, sendo as ações lideradas por feiticeiros, sacerdotes ou xamãs.

As relações com o mundo natural eram baseadas em uma cosmologia que incluía em sua estrutura deuses caprichosos e espíritos tanto bons como maus. Os curandeiros pensavam a doença como interferências de agentes do universo espiritual, cabendo aos próprios curandeiros a responsabilidade da prática médica da época para aplacar essas forças sobrenaturais. Esse enfoque é ainda hoje aceito por milhares de pessoas das diversas comunidades tradicionais brasileiras, concomitante, por vezes, com elementos da medicina ocidental, dita científica.

De forma paralela ao modelo biomédico, a medicina baseada no saber popular mantém-se viva no cotidiano da população, sendo inclusive utilizada por médicos, que também fazem uso de medidas profiláticas e terapêuticas populares para ajudar as pessoas no restabelecimento de sua saúde. Essas práticas são geralmente trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações. Neste sentido, é importante frisar que a experiência corporal produzida pelos rituais de cura é mediada pela cultura que evidencia nas sensações corporais fatores justificados no âmbito espiritual, não são separando corpo de alma no processo terapêutico. A construção da doença como realidade humana é, portanto, um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural, o que implica uma negociação de significados na busca pela cura.

É, pois, no campo da realidade social, tão embebida de dinâmicas, que são construídas as percepções de doenças e seus processos de tratamento. As pessoas interpretam o mundo e agem sobre ele usando seu sistema simbólico e, ao agir, reconstróem a realidade. Essa abordagem possibilita diálogo e negociação entre culturas e sistemas de cuidados diversos, contextualizados entre profissional de saúde, usuários e famílias.

2.2 Condições e hábitos em saúde coletiva em comunidades quilombolas

O Conhecimento Tradicional Ecológico (CTE), também como parte da cultura tradicional, é composto e construído por um grupo de pessoas vivendo ao longo de gerações em contato íntimo com a natureza. Isto inclui um sistema de classificação e um conjunto de observações empíricas sobre o ambiente local e um sistema de autogerenciamento que regula o uso dos recursos como afirmaram Castelli e Wilkinson (2002).

Assim, o CTE pode ser caracterizado como de tradição e transmitido oralmente; sendo obtido por meio da observação da experiência prática; estando fortemente ligado ao contexto concreto das relações sociais e espirituais. Essas caracterizações do CTE sobre o conhecimento das comunidades tradicionais fazem recordar o estudioso francês Claude Lévi-Strauss (1908-2009) ao definir logo no primeiro capítulo de sua obra *O Pensamento Selvagem* (2005) o conjunto desses conhecimentos como “ciência do concreto”. Segundo Lévi-Strauss, os conhecimentos que são adquiridos pelas comunidades tradicionais seguem

procedimentos parecidos com os da ciência acadêmica, tais como, a observação, a experimentação e a classificação. Enquanto que o conhecimento tradicional ecológico nas comunidades quilombolas é desenvolvido socialmente, ou seja, pela coletividade, na ciência e na tecnologia o conhecimento é desenvolvido por indivíduos e equipes de investigadores. Por isso, importa afirmar que o conhecimento tradicional é construído no cotidiano das relações sociais e não se separa da vivência ou experiência dos sujeitos em sua comunidade, ou seja, a cultural tradicional está ligada aos saberes e fazeres das comunidades tradicionais sobre o meio ambiente natural, social e espiritual.

De acordo com Silva (2006), há aspectos sobre as complexas relações entre meio ambiente e saúde na Amazônia que são de um enorme desafio. A Amazônia brasileira, além de um vasto e complexo ecossistema, é também o *habitat* de um considerável contingente populacional humano, abrangendo os Estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins, compreendendo uma área de 5.033.072 Km², o que corresponde a 61% do território brasileiro. Além disso, conta com uma população estimada em 16,5 milhões de pessoas das quais, 62% vivem na zona urbana e 38% na zona rural, conforme dados do IBGE (2018).

Embora grande parte desse contingente esteja concentrada nas áreas urbanas, há uma considerável parte que vive nas áreas rurais, como pode ser atestado na porcentagem do IBGE. Nesse contingente populacional estão incluídas as diversas comunidades de remanescentes de quilombo. Por sua vez, as comunidades quilombolas da Amazônia, em função da forte influência do meio natural em que vivem, apresentam modos de vida e cultura diferenciadas. Seus hábitos estão diretamente submetidos aos ciclos naturais. A forma como apreendem a realidade e a natureza é baseada não só em experiência e racionalidade, mas em valores, símbolos, crenças e mitos.

Além disso, as peculiaridades ambientais exercem grande influência no processo saúde e doença. Nos dias atuais, porém, observamos a perda das referências culturais, principalmente aquelas tradicionalmente utilizadas no trato com a saúde, visto que após a inserção do sistema médico de saúde em comunidades quilombolas da Amazônia, diversos conhecimentos e costumes, como o uso de plantas medicinais, por exemplo, passaram a entrar em desuso.

As perdas de referenciais culturais implicam em um rearranjo dos procedimentos locais com relação à saúde. Esse rearranjo tem causado preocupações porque o processo de ser saudável nas regiões de comunidades tradicionais em grande medida é resultado das relações socioculturais que a população estabelece em seu viver cotidiano junto à natureza. Por isso, cabe expressar preocupações do ponto de vista do cuidado com saúde sobre como estão as condições de vida das pessoas em uma comunidade quilombola da Amazônia, principalmente quanto às medidas de saneamento do meio, educação sanitária, noções e atitudes de higiene, hábitos culturais de empoderamento da saúde coletiva e controle de diversas doenças.

Em localidades ribeirinhas na região do Baixo Amazonas, vários fatores ambientais interferem no processo saúde e doença de comunidades remanescentes de quilombolas/mocambos, como saneamento básico, meio ambiente, alimentação, lazer, serviços sociais, entre outros. Esses fatores socioambientais interferem na qualidade de vida das pessoas. Tomemos como exemplo as condições de saneamento que são na maioria das vezes precárias, inexistindo infraestrutura que viabilize a destinação adequada dos dejetos, bem como o dificultoso acesso a água de boa qualidade.

No que tange à questão hídrica em atividades humanas, constitui prática rotineira dos quilombolas a utilização das águas de rios e igarapés para higienização corporal, lavagem de utensílios, e até mesmo para ingestão, sendo que o leito de onde se retira a água para essas atividades é também o lugar para onde se destinam e se despejam dejetos humanos sem tratamento algum. Tal cenário sanitário favorece o estabelecimento de condições propícias à propagação de inúmeras doenças, gerando condições desfavoráveis à qualidade de vida dessas populações. Essa situação demanda a instituição de uma política de estado mais específica voltada para as comunidades tradicionais, indígenas e quilombolas.

Não foi mera conveniência, mas necessidade e política de saúde pública, que o governo Federal, sob a égide do decreto presidencial nº 4.887/03111, assinado pelo então presidente Luis Inácio Lula da Silva, determinou a criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), feita por meio da Lei 10.678 de maio de 2003.

No ano seguinte, esta secretaria cria em 12 de março, na comunidade remanescente de Kalunga, situada nos municípios de Cavalcanti, Teresina de Goiás e Monte Alegre, no estado de Goiás, o *Programa Brasil Quilombola* [PBQ], dando início a uma política de Estado mais incisiva junto às áreas remanescentes de quilombos, com recursos constantes da lei orçamentária anual do Plano Plurianual 2004-2007⁵. Essa política é continuada a partir de sete de fevereiro de 2007, com o Decreto nº 6.040 que institui a “Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais”, com o objetivo de promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições.

No bojo dessa intensificação das ações de política de Estado, Luis Inácio Lula da Silva institui, em 21 de setembro de 2007, uma série de ações e propostas concentradas no *Programa de Aceleração do Crescimento* para os povos Indígenas e Quilombolas, quase completamente centradas em obras de saneamento e infraestrutura, bem como em ações de segurança alimentar e nutricional e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Essa preocupação do Estado quanto às comunidades quilombolas, sinaliza para algo que as comunidades já estão cientes há décadas, a falta de infraestrutura sanitária e ausência de acondicionamento hídrico apropriado para o consumo humano, além de limitada segurança alimentar, mesclada à frágil estrutura de qualificação da saúde dessas comunidades.

Outro aspecto fundamental na composição do estado da arte das comunidades quilombolas no Baixo Amazonas e que servem de parâmetro na compreensão da qualidade de vida dessas populações, diz respeito às relações destas com o meio ambiente.

Segundo Rêgo, em geral, as práticas utilizadas pelos quilombolas para explorar seus recursos naturais apresentam fortes laços de interdependência sociedade-natureza (RÊGO, 1999), fazendo com que a identidade dessas

⁵ Para mais informações, consultar: SEPPPIR. Programa Brasil Quilombola, Brasília, 2004. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_br_quilombola_2004.pdf.

comunidades esteja atrelada a um forte vínculo com a natureza onde estão inseridas, estejam elas situadas em locais de várzea ou de terra firme.

Neste caso, podemos considerar que atividades quilombolas como extrativismo e cultivo de espécies de interesse baseiam-se na intervenção direta do homem no bioma local, sem que essas atividades tenham características predatórias ao sistema ambiental, pois a relação sustentável com o meio natural dá ao quilombo uma identidade própria que é transformada em hábitos. Esses hábitos são determinados pelo universo cultural das populações tradicionais, na simbiose entre as relações práticas e simbólicas que essas populações estabelecem com a natureza. Tal intervenção, entretanto, às vezes pode ser caracterizada de forma negativa, caso esteja ligada à diminuição de recursos naturais e sem a devida atenção sustentável local. Exemplos de ação humana que favorece a escassez de oferta da natureza é a *“redução dos estoques pesqueiros na Amazônia, tendo estreita relação com a derrubada de matas ciliares, a destruição de nascentes, o assoreamento, a poluição e o represamento dos rios”* (SANTOS e SANTOS, 2005, p. 175).

Juntam-se à questão ambiental, fatores como alimentação e lazer que também interferem na qualidade de vida das populações quilombolas. A maioria das famílias quilombolas da região do Baixo Amazonas vive do extrativismo, da agricultura de subsistência, e do cuidado de animais fornecedores de alimentos (do tipo leite, ovos, etc). Essas atividades econômicas são baseadas na mão de obra familiar que assegura a coleta dos produtos básicos para o consumo da própria família ou para vendas em vista da subsistência familiar.

No estudo do perfil nutricional das comunidades remanescentes de quilombos e mocambos, na região do Baixo Amazonas, feito por Costa, percebe-se que, de maneira geral, os hábitos alimentares são bem variados por conta da ingestão de alimentos variados como peixe, mandioca, ovos, coco e açaí (COSTA, 2010). Os diferentes alimentos presentes na dieta dos povos quilombolas têm, por assim dizer, uma relação direta com a região geográfica que estes povos residem. Esse modelo de subsistência, porém, possui sérias limitações, pois atividades do tipo extrativista, agrícola familiar de subsistência, de pescaria de base artesanal e o cuidado de animais fornecedores de alimentos, são ações que podem sazonalmente ser

interrompidas, em virtude das mudanças abruptas no ambiente (períodos de cheia e vazante), típico da região amazônica.

Essa realidade mesclada ao aumento populacional nas comunidades quilombolas tem resultado na escassez do alimento, contribuindo para o aumento do índice de desnutrição infantil e de doenças relacionadas à insuficiência nutricional (GUERRERO, 2007). Juntam-se a essa questão fatores de cunho econômico, com a troca dos alimentos naturais por aqueles de fabrico industrial. Neste sentido, Moraes e Nascimento (2006, p. 87), apresentam que,

Os alimentos mais consumidos nas comunidades quilombolas, geralmente são os cultivados pelos próprios moradores. No entanto, mesmo com tantos valores presentes nas comunidades, seus membros têm se rendido à indústria alimentícia, que apresenta seus sabores e cores para seduzir, por meio dos meios de comunicação, principalmente a TV. Vale sublinhar que, em razão dos processos de urbanização e globalização, muitos povos tradicionais trocaram seus alimentos naturais pelos artificiais

Essa troca do produto *in natura* pelo produto da indústria alimentícia é preocupante, pois produtos industrializados influenciam diretamente a qualidade de vida e de saúde das pessoas. Essa preocupação é também manifestada pelos pesquisadores Maria Lúcia Teixeira Polônio e Frederico Peres. Eles relatam que a mudança de hábitos alimentares da população tem chamado atenção de órgãos reguladores, haja vista que trocas de alimentos *in natura* por alimentos processados industrialmente contribuem para o aparecimento de doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças crônicas.

Os autores observam que, além dos alimentos processados serem prejudiciais à dieta humana, a indústria ainda promove adulteração de dosagem de aditivos ao produto com o fim de prolongar sua vida útil e conseqüente menor custo nas prateleiras (POLÔNIO e PERES, 2009). Nesse sentido, urge que se instrua a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável. Se pensarmos no caso de comunidades tradicionais, a desinformação e o incentivo a uma alimentação baseada em alimentos industrializados causam prejuízos tanto a sua saúde quanto a sua cultura. Outro fator preponderante que interfere nas condições de vida do quilombola é o lazer. Freitas, Silva e Galvão apontam que:

o estudo de temas transversais da cultura como o lazer constitui amplo eixo de discussão, principalmente quando se refere às populações marginalizadas e estigmatizadas historicamente como é o caso das comunidades quilombolas. Poucos são os estudos realizados sobre costumes e manifestações de lazer inerentes a essas comunidades e a relevância das práticas no âmbito da promoção da saúde. (Freitas, Silva e Galvão, 2009, p. 90)

Neste sentido, Guimarães e Martins (2004), esclarecem que o lazer é uma dimensão em que estilos de vida são desenvolvidos através do comportamento das pessoas, sendo fundamental no desenvolvimento do sentido da vida. Neste sentido, Vitor Melo e Edmundo Junior, na obra *Introdução ao lazer*, tecem interessantes conjecturas. Segundo os autores, as atividades de lazer devem ser consideradas como vivências culturais, englobando os diferentes interesses humanos, as diversas linguagens e manifestações; que podem ser realizadas no tempo livre das obrigações profissionais, familiares, domésticas, religiosas e das necessidades físicas, e devem possibilitar o prazer (MELO e JUNIOR, 2003).

Essas vivências de lazer, feitas de maneira lúdica, favorecem tanto manutenção e perpetuação da cultura, como também ajudam na promoção da saúde coletiva. É nesta perspectiva que não se deve traduzir qualidade de vida das pessoas como simetricamente proporcional à produtividade. Qualidade de vida deve ser vista como uma mudança das condições socioambientais, o que inclui o acesso as diferentes possibilidades de vivências lúdicas no tempo de lazer. Uma revisão no modo de constituir a vida nos mocambos, garantindo a atividade lúdico cultural certamente resultaria em melhorias das condições de saúde do indivíduo e da coletividade.

Como podemos notar a respeito das comunidades quilombolas, a atenção especial em relação à qualidade de vida e saúde é precária, quase inexistente. Conforme o Ministério da Saúde (2001), a população negra no Brasil apresenta, como agravos mais frequentes à sua saúde, doenças de herança genética, hipertensão arterial e diabetes, ou doenças a elas associadas, resultante de herança genética; bem como doenças adquiridas, em parte decorrentes de condições socioeconômicas desfavoráveis a que estão submetidas, a saber: desnutrição, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças provenientes do trabalho no campo, doenças respiratórias, parasitoses intestinais.

Na região do Baixo Amazonas, essas incidências são comuns, pois há grande parcela de populações remanescentes de quilombos que vive em situações de extrema carência, estando cada vez mais propensa a adquirir doenças de alto risco, como infectocontagiosas de caráter viral ou bacteriológica, que abalam o sistema imunológico e trazem como consequência a suscetibilidade a doenças oportunistas, podendo ainda gerar epidemias, agravando ainda mais as condições dessa

população. Nesses casos, há que promover ambientes favoráveis à saúde da população, integrando agentes públicos e entidades de apoio.

2.3 Cuidados em saúde: Práticas tradicionais em comunidades quilombolas

O reconhecimento de que as comunidades quilombolas são portadoras de saberes sobre a natureza destaca o papel do negro como “*guardião de um saber relacionado à vida e ao meio ambiente, como é o caso da manipulação das plantas medicinais, uso racional da diversidade biológica, aproveitamento de alimentos e principalmente o conhecimento do ciclo da natureza que permitiu a preservação de seu território*” (CANGUSSU e PAES, 2013, p.2). Segundo Cangussu e Paes, há de fato uma relação bastante respeitosa e amistosa entre comunidades quilombolas e a natureza, razão pela qual, elas sejam portadoras de uma riqueza vasta de conhecimento. Neste sentido, Posey é incisivo,

Essas comunidades possuem um vasto conhecimento tradicional, o qual é um sistema integrado de crenças e práticas características de grupos culturais diferentes, e os povos tradicionais, geralmente, afirmam que a “natureza” para eles não é somente um inventário de recursos naturais, mas representa também as forças espirituais e cósmicas que fazem da vida o que ela é. (POSEY, 1992, p. 112).

Por assumirem que a natureza é lugar sagrado de manifestação de forças espirituais e cósmicas, as comunidades quilombolas se utilizam de práticas e rituais religiosos que fazem uso de plantas e animais no tratamento de enfermidades. Ora, é de saber geral que desde os tempos mais antigos, os cuidados com a saúde se misturam aos cuidados espirituais. Embora nos tempos atuais a vida tenha se tornado cada vez mais uma *filial* da razão e do desenvolvimento científico, as pessoas ainda evocam nas ações médicas do sistema formal as práticas tradicionais, populares e espirituais de saúde.

Por esta razão, não é possível dissociar conhecimentos empíricos, costumes e crenças das populações tradicionais no trato com a natureza sem que eles estejam voltados para o trato com a saúde coletiva. Isto se dá por causa do longo processo histórico, social e cultural de acumulação de informações e de conhecimentos por seus detentores ao longo de sucessivas gerações no tempo e no espaço, sempre relacionando as práticas medicinais às práticas espirituais para auxiliar na manutenção da saúde e cura de doenças, seja pela falta do modelo de atenção

biomédico nas comunidades, seja pela resistência ao modelo biomédico ou ao modelo oficial.

Conforme Queiroz (1991) nos propõe, as práticas tradicionais populares se manifestam em duas áreas distintas: a caseira, baseada principalmente em ervas e óleos (origem vegetal e animal) medicinais e a religiosa, relacionada especialmente às benzeduras. No caso destas, feitas por rezadeiras e do uso de plantas, Siqueira *et al* (2006) definem que a crença desses sábios está numa dimensão significativa no processo de cura das doenças, pois “*é através desses sábios populares que a medicina popular deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas de cura para se tornar um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre a vida, a doença e a morte* (SIQUEIRA *et al.*, 2006, p. 71).

No entanto, Paes e Pereira (2016) distinguem que os conhecimentos sobre tratamentos de diversas doenças em comunidades tradicionais são bastante variados. No que diz respeito aos conhecimentos mais gerais, como o uso de chás e de banhas (óleos de origem animal), há certo domínio de boa parte da comunidade. Entretanto, os conhecimentos mais específicos pertencem às benzedoras e benzedores, rezadeiras e curandeiros que tratam dos problemas mais difíceis de serem curados.

Ainda que haja essa distinção, não se pode furtar à tese de que todo e qualquer conhecimento é coletivo e não se tem um benefício pessoal por saber mais que os demais membros da comunidade. As benzeções, feitas por esses praticos espirituais, não são passíveis de cobrança, ou seja, a cura implica num ato de benzeção que seja gratuito e fruto de alteridade.

Desde tempos imemoriais, o homem busca na natureza recursos que melhorem sua condição de vida, sendo a flora sua principal fonte de alimento e abrigo, além de ser utilizada na produção de armas, utensílios domésticos e remédios. No decorrer dos tempos e em todas as culturas, o homem aprendeu a tirar proveito dos recursos naturais principalmente para fins medicinais de tratamento e cura de doenças. Isso é bastante evidente no espaço quilombola.

Segundo Albuquerque (2001), as comunidades quilombolas são detentoras de grande parte do conhecimento sobre medicina tradicional, pois sua história está vinculada à lógica e à dinâmica da natureza cujos recursos os abasteceram de conhecimento empírico do uso desses recursos nas preparações medicamentosas.

Na mesma medida, Pasa (2011) defende que o hábito de cultivar as plantas medicinais pelas comunidades tradicionais pode ser muito vantajoso, pois além de manter a baixa dependência de produtos adquiridos externamente, ocasiona impactos mínimos sobre o ambiente, dimensionando o fortalecimento do espaço ocupado com a preservação e até mesmo o cultivo de diversos tipos de plantas, favorecendo um ambiente que atenda às necessidades de subsistência. Esse hábito também favorece em certa medida o aumento da renda familiar, pois diversas comunidades fazem o atendimento comercial dessas plantas e seus derivados medicinais em feiras e mercados, fornecendo matéria-prima vegetal de qualidade para a produção de fitoterápicos, conforme preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Atualmente, o cultivo de plantas medicinais e os conhecimentos tradicionais delas advindos têm sofrido forte impacto de mudanças socioeconômicas, culturais e das formas de uso da terra na Amazônia (SIGNORINI; PIREDDA; BRUSCHI, 2009), pois tais mudanças interferem com forte agressividade na sustentabilidade terapêutica dos povos tradicionais (SHANLEY E LUZ, 2003).

Portanto, o estabelecimento de ações para garantir o registro e a valorização desse conhecimento, inclusive para uso da ciência é urgente e necessário. Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, em seu *Cadernos de Atenção Básica: Práticas Integrativas e Complementares - Plantas Mediciniais e Fitoterapia na Atenção Básica* (BRASIL, 2012), a OMS reconhece que a maioria da população dos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, utiliza de práticas tradicionais em saúde, como um dos poucos recursos terapêuticos para tratar suas doenças mais frequentes.

O texto aponta que 80% desta população utiliza práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde e 85% destes utilizam plantas medicinais ou preparações destas. Essa percepção estatística é bastante evidente nas comunidades quilombolas da Amazônia, onde as principais estratégias para curar as doenças e conservar a saúde residem nos conhecimentos tradicionais inerentes ao uso das plantas medicinais e dos recursos florestais do próprio ambiente (AMARAL, 2008).

Tais conhecimentos implicam domínio empírico no campo dos saberes das diferentes partes de uma planta que são utilizadas nos tratamentos de enfermidades. Neste caso, Franco e Barros (2006), em estudos nas comunidades quilombolas,

observam que estão no domínio empírico o conhecimento de raiz, folhas, caule, e flor, que podem ser usados de variadas maneiras, como sumos, chás, garrafadas, pomadas e óleos.

Tais produtos fitoterápicos e tópicos são bastante utilizados pelos quilombolas no tratamento de diversas doenças. Autores como Amoroso e Gély (1988), Schardong e Cervi (2000), Mig Silva (2003), Franco e Barros (2006), apresentam em suas pesquisas resultados que apontam para a utilização de plantas medicinais no tratamento de doenças do sistema respiratório como gripe, sinusite, inflamação na garganta, pneumonia, asma, tosse, e doenças relativas ao sistema digestivo, como diarreia e parasitoses intestinais.

Além de plantas medicinais, há o uso corriqueiro de óleos e banhas provenientes de animais da região. Polliane Moraes (2016), em sua dissertação de mestrado, intitulada *Cultura e Saberes: cuidados com a saúde em Senador Modestino Gonçalves - Minas Gerais*, sob a orientação do doutor Alan Nascimento, apresenta o uso de alguns animais como capivara, peixe e cobra em comunidades quilombolas para duas supressões de necessidades: a carne desses animais é utilizada como complementação alimentar e o óleo retirado deles é utilizado para tratamentos de queimaduras e outras moléstias. A “banha” desses animais serve tanto para aliviar a dor quanto para cicatrizar feridas geradas pela queimadura. Segundo Moraes (2006, p. 110):

Apesar de ser um remédio natural, ainda assim, os quilombolas seguem algumas recomendações: caso as feridas estejam abertas, é necessário levar o óleo ao fogo minutos antes de começar o tratamento, isso para evitar contaminações. A capivara, por sua vez, é um animal que leva muita fartura à mesa e esperança para quem sofre de asma, bronquite e chiado.

No estudo de Moraes, também há um relato importante quanto ao uso de animais quanto práticas culturais em saúde, que reforça a ideia citada acima:

[...] lembro-me de que minha irmã sofria de chiado e foi lhe indicado dois remédios: o primeiro era gordura de capivara ministrada em chás de hortelã, capim cidreira, poejo ou folha de laranja, e o outro tratamento seria cozinhar os testículos de um leitão preto, contanto que não tivesse nenhuma pinta branca em qualquer parte do corpo – trata-se de um tratamento sigiloso onde o paciente nunca pode saber. Com tantos detalhes para seguir, minha mãe escolheu a primeira opção, e minha irmã se curou de chiado e nunca mais teve a doença. O meu primo irmão obteve também cura de chiado com esse mesmo tratamento. No caso dele, o remédio foi ministrado por 11 dias consecutivos, contando 11 gotas no primeiro dia e, gradativamente, diminuindo a dose até chegar a uma gota. (MORAES, 2006, p. 111-112).

Aliado a esses cuidados, a extração de propriedades para fins terapêuticos de animais, como as cobras. De acordo com Moraes, as funções terapêuticas vindas de cobras são tanto da pele quanto do óleo. A pele é usada para fazer cinto para quem tem problemas na coluna. Já o óleo é eficaz no tratamento tanto para animal quanto em humanos. Cita-se, portanto a fala proveniente de seu estudo, como exemplo do uso de tal terapia popular:

Falando disso, me vem à memória o dia em que uma vaca se machucou no sítio do meu pai e seu quarto (pata traseira) definhou, secou e perdeu os movimentos, a recuperação total foi graças ao tratamento com banha de cobra (MORAES, 2016, p. 111).

Outra narrativa que expõe com clareza tais práticas é apresentada por Fernando Sergio Dumas dos Santos. Segundo ele,

No rio Negro, o rezador Joanico Raimundo Lopes, descendente da etnia Desana, faz uso do espinhaço de jibóia, do qual ele obtém um pó usado na preparação de um chá que combate o sarampo. E, no mesmo rio, Marcos Vinicius Nascimento, que trabalha como guarda de endemias, trata feridas e reumatismo com a banha da sucuriju: "Mata-se a cobra, retalha-se, cozinha-se e retira-se a banha que se usa como pomada" (Entrevista realizada na comunidade de Camanaus, Vale do rio Negro em 2000). (SANTOS, 2000, p. 927).

Nossas pesquisas apontam que o animal réptil rastejante mais citado por quilombolas no tratamento de doenças é a sucuriju (*Eunectes murinus*). Razões são dadas para essa evidenciação. Os quilombolas costumam utilizar a gordura (banha) da sucuriju na terapia de diversas enfermidades. Ela é indicada no tratamento de 'rasgadura' (distensão muscular) e 'quebradura' (rompimento de estruturas ósseas), sendo um poderoso cicatrizante de golpes, feridas e operações.

Além disso, a *banha da sucuriju* tem ainda uso como antibiótico em processos inflamatórios e respiratórios, e por isso se usa no tratamento de pneumonia, gripe, entre outros. Segundo Santos (2000), esse produto também ajuda em tratamento de doenças cutâneas como a leishmaniose ("ferida brava") e em problemas circulatórios, como derrame, reumatismo e inchaço.

O emprego medicinal da gordura da serpente no tratamento das doenças citadas também foi relatado em outros estudos, na região do rio Araguaia (BEGOSSI e BRAGA, 1992). Begossi, Hanazaki, Ramos (2006) também citam em seu artigo *Healthy fish: medicinal and recommended species in the Amazon and Atlantic Forest Coast*, que a gordura da tartaruga gigante (*Chelonia midas*), também é usada para tratar asma, bronquite e reumatismo (BEGOSSI et al., 2006).

Além disso, neste contexto, as partes corporais dos grandes mamíferos terrestres como anta, queixada, onça, veado e capivara, têm múltiplas indicações. A anta (*Tapirus terrestris*) e a capivara (*Hydrochaerus hydrochaeris*) foram os mamíferos terrestres mais citados nos estudos de Andréa Leme da Silva, *Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil* (2008).

Segundo Silva, a gordura de ambos é utilizada na cura de problemas respiratórios (ex. asma, gripe, pneumonia) e inflamatórios (ex. ferimentos, golpes etc.). O pênis ("vergalhão") da anta é desidratado e guardado por longo tempo, sendo preparado em infusões (chás) para tratamento de inflamações, hemorragias puerperais e outros problemas uterinos (doenças da "mãe do corpo").

Além desses animais, a queixada (*Tayassu pecari*) é também espécie de usos múltiplos, em doenças respiratórias como a asma e a pneumonia, em inflamação uterina (doenças da "mãe do corpo"), para tratamento da malária e como cicatrizante de golpes e traumatismo ósseo. A banha, os dentes e as unhas da onça (*Panthera spp.*) são utilizados para tratar problemas respiratórios, tais como asma e pneumonia ("canseira"), e o chifre do veado (*Mazama spp.*) é indicado para picada de serpentes.

Diante do exposto, podemos assumir que no contexto de práticas populares de saúde, há de se destacar os rituais religiosos e o uso de plantas e animais no tratamento de enfermidades, enquanto mecanismos de promoção da qualidade da saúde coletiva de comunidades quilombolas. Segundo Sonia Acioli,

As práticas religiosas são carregadas de atitudes de acolhimento, por isso ajudam o paciente e sua família a reelaborar a experiência de sofrimento vivenciada, reorganizando suas posturas diante da vida. Dessa forma, é possível entender os motivos pelos quais as pessoas buscam alternativas de cuidado à saúde, além das soluções oferecidas pelo sistema oficial de assistência (ACIOLI, 2000, p. 12).

A terapia popular nesses casos é entendida como processos e práticas de cura não oficiais realizadas por praticos de ofício como benzedeiras e benzedeiros, erveiras e erveiros, raizeiras e raizeiros, e parteiras. Essa postulação encontra eco na pesquisa de Mário de Mello (2013). O pesquisador aponta que a religiosidade e os terapeutas populares adquirem um significado importante no processo saúde-doença, pois oferecem em muitos casos as respostas àquilo que é inexplicável dentro do modelo biomédico de assistência à saúde.

Além disso, ofertam aos indivíduos que se encontram em situação de fragilidade devido à doença, o conforto e a força para a reelaboração e enfrentamento de seu sofrimento. As crenças, pois, permitem ao ser humano a superação de incertezas que o cercam e um melhor ajustamento de si em um processo de aceitação das contingências da vida, sem que para isso o indivíduo se renda ao ceticismo. Por isso Acioli é enfática em sua postulação,

Um efeito fundamental da religião é alterar o significado da doença; na mesma medida pode levar à modificação da visão de mundo do indivíduo doente. Isto não implica necessariamente na remoção dos sintomas, mas na mudança positiva dos significados que a pessoa atribui a sua doença, podendo resultar, ainda, em alteração no seu estilo de vida. (ACIOLI, 2000, p. 75).

Os conhecimentos tradicionais ou empíricos sobre a saúde coletiva e dos indivíduos, embora o sistema oficial de saúde não os tenha valorizado por meio do reconhecimento e do investimento no seu registro e proteção contra a depredação da indústria farmacêutica, são de suma importância diante do contexto de falta de atenção à saúde por parte do Estado, principalmente de regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos e das capitais. Essa valorização é urgente e possibilita repensar o sistema de saúde em um regime colaborativo com o sistema popular de saúde.

Neste caso, é preciso resgatar o que rege a *Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais* [PNDSPT], em seu Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007. Ela propõe o respeito aos direitos de conhecimento tradicional e empírico pela comunidade brasileira, e defende o registro e o reconhecimento de posse dos conhecimentos empíricos pertencentes às comunidades tradicionais, sejam elas indígenas ou quilombolas. Essa política é fundamental para a sustentabilidade da vida na Amazônia, pois ela é a floresta tropical que apresenta a maior diversidade biológica, isto é, a maior variedade de espécies vegetais entre todas as florestas do planeta.

Isso não implica afirmar que os povos detentores dos saberes da geobiodiversidade desta floresta têm seus conhecimentos aceitos e respeitados pela academia ou pelo Estado. Para Ander-Egg, o conhecimento popular possui algumas características que lhes são predominantes:

[...] é superficial, conforma-se com a aparência. Sensitivo, pois relaciona-se com a vivência. Subjetivo já que é o próprio sujeito que organiza suas experiências e conhecimentos, assistemático pois esta "organização" das

experiências não visa a sistematização das ideias, e acrítico, pois verdadeiros ou não, a pretensão de que esse conhecimento o seja não se manifesta sempre de uma forma crítica. (ANDER-EGG *apud* MARCONI, LAKATOS, 2007, p.40),

Ou seja, Ander-Egg não reconhece e nem legitima o conhecimento popular porque esse é obtido ao acaso, após inúmeras tentativas, sem regras formalizadas, ou critérios precisos para experimentação, e muito menos se preocupa com críticas a respeito. Porém, assumimos que conhecimento popular tem poucas diferenças do científico, sobre a possibilidade de cognição humana, que produz ambas as formas de saberes, a popular e a científica.

Essas formas se aproximam porque ambas conjugam da mesma verificabilidade, falibilidade e inexatidão. Apesar de o conhecimento científico considerar a expressão “aproximadamente exata”, isso significa que sua exatidão ainda não foi comprovada diante de qualquer resultado. Mas, para que seja compreendido, conhecimento popular precisa de delimitações.

Assim, o que se consolida no primeiro momento são aspectos de certa forma mais presentes no conhecimento popular em contraposição, mas não negação à ciência, pois a ciência não é único caminho de acesso ao conhecimento e à verdade, e pode ser observado tanto por cientistas quanto por pessoas comuns o que levará um ao conhecimento científico e outro ao popular.

Esse debate em favor do conhecimento popular serviu de base para a PNDS/PCT, que dá ênfase ao reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, respeitando e valorizando as identidades, formas de organização e instituições e as práticas de cuidado baseados na cultura, principalmente aquelas voltadas à saúde no espaço residente e resistente de Povos e Comunidades Tradicionais.

A PNDS/PCT, dessa forma, possibilita repensar o sistema de saúde e outras dimensões envolvidas para melhorar as condições de vida da população mais frágil da sociedade brasileira, as comunidades quilombolas e indígenas. Portanto, é importante compreender as condições de saúde e os itinerários terapêuticos desenvolvidos pelos quilombolas, que se configuram como uma população tradicional e que, em grande parte, está em situação de vulnerabilidade social.

Logo, é necessário investigar a forma como a comunidade constrói suas representações de mundo, que interferem diretamente nas práticas relacionadas à

saúde que, por sua vez, reafirmam as representações ou as transformam em novas que permitam respostas mais mediatas e mais duradouras à questão da saúde e da qualidade de vida. O conhecimento e o respeito às noções de saúde que cada comunidade tradicional quilombola ou indígena possui são necessários, uma vez que estas nem sempre concordam com os paradigmas da medicina ocidental, mas regem a vida das comunidades e possuem sua própria eficácia.

CAPÍTULO III

HÁBITOS CULTURAIS E SAÚDE COLETIVA NO BAIXO AMAZONAS: DIAGNOSE CONTEXTUAL DA COMUNIDADE DE REMANESCENTES DE QUILOMBOS/MOCAMBOS MURATUBINHA – ÓBIDOS/PA

Nossas investigações estão voltadas para a questão das condições de vida e hábitos culturais de uma comunidade quilombola da região do Baixo Amazonas, Comunidade de Remanescentes de Quilombos/Mocambos Muratubinha⁶, que consideramos como população vulnerável, dada a localização da comunidade, acesso à área urbana do município, acesso aos serviços públicos de atendimento à população, com problemas ambientais e de infraestrutura, condições de vida em ambiente de ribeira de rio, com forte poder etnocultural.

As pesquisas desenvolvidas por nós estão concentradas numa perspectiva que permita valorizar as práticas de saúde em diferentes espaços, e nas diferentes formas sistêmicas de trato com a saúde coletiva, mesmo quando o tema é a doença. Isto porque,

Saúde é um problema mundial. As diversas manifestações de doença têm raízes diversas, e entre essas raízes encontramos a questão do hábito cultural. Água, saneamento, alimentação debilitada ou desnutrição, condições climáticas são exemplos de formas como se pode pensar a questão da saúde vinculada aos hábitos culturais. (AZEVEDO e PAULINO, 2016, p. 21)

Considerando essa proposição, os estudos e a pesquisa que ora apresentamos, apontam para uma série de questões que aparentemente são bastante distintas e até mesmo ausentes na discussão sobre hábitos culturais e saúde coletiva em âmbito nacional. Por esta razão, nossas investigações na e para a região do Baixo Amazonas nos exige a escolha das ferramentas metodológicas e das referências teóricas universais que nos habilitam a pensar a região a partir das suas especificidades e potencialidades.

Entretanto, não nos é possível perquirir questões de saúde coletiva local sem que abramos espaço metodológico para que os próprios moradores da comunidade pesquisada sejam interlocutores de si mesmos, com suas narrações, suas percepções e sua legitimidade, para falar de questões cujos sujeitos são eles

⁶ Doravante, utilizaremos a sigla CRQM para Comunidade de Remanescentes de Quilombos/Mocambos.

próprios. Os estudos locais, que não podem ser confundidos com certos regionalismos, levantam perspectivas bastante promissoras sobre a questão científica investigada, a saber: *as práticas sociais cotidianas e os hábitos culturais em saúde influenciam a qualidade de vida de moradores de uma comunidade quilombola da Amazônia?* Por estas razões, organizamos nossa pesquisa conforme critérios científicos e orientações didáticas que seguem.

3.1. Quanto aos Fundamentos e Procedimentos Metodológicos da Pesquisa

É preciso, antes de qualquer explanação procedimental apresentar que nossa pesquisa tem um viés interdisciplinar, e que por isso exige um olhar mais concentrado em perspectivas múltiplas sobre o objeto investigado. Neste caso, a estruturação de nossa pesquisa implicou na integração e organização de diversas informações que incluem estudos bibliográficos para a composição do estado da arte com fundamentos teóricos sólidos e estudos documentais sobre a temática. Também apresentamos atenção para a escolha adequada do modelo de técnicas e dos instrumentos que foram utilizados para que os dados coletados pudessem oferecer uma perspectiva interdisciplinar da temática e nos permitisse avançar na compreensão da questão científica e em possíveis respostas.

A presente investigação caracteriza-se como uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa baseada no método de fundamento etnográfico, pois nossa pesquisa envolve questões de hábitos culturais e processos descritivos de comportamentos e atitudes coletivas que interferem na qualidade da saúde e, conseqüentemente, de vida de um determinado grupo social.

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p. 3), a pesquisa de campo é aquela utilizada com objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma possível resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou ainda descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles. A partir das considerações de Neves (1996), entende-se que a pesquisa qualitativa não busca medir determinado evento, já que os fenômenos encontrados são interpretados a partir da percepção dos sujeitos envolvidos na situação investigada e os dados produzidos são resultado da interação direta entre o investigador e o objeto ou indivíduos pesquisados.

Neste sentido, Maria Cecília de Sousa Minayo (2004), considera que a pesquisa qualitativa muito contribui para as investigações a respeito das representações e valores culturais dos grupos sociais. Essa modalidade de pesquisa exige que o investigador possua capacidade de flexibilidade e observação, e que esteja em constante envolvimento com os sujeitos que devem ser vistos e considerados como fontes de possíveis dados da pesquisa, numa atitude de alteridade no processo de interação.

Nakamura (2011), em sua pesquisa sobre o método etnográfico em pesquisas na área da saúde, nos alerta que quando se reflete sobre a etnografia é preciso levar em consideração a relação entre método, teorias, conceitos e a própria produção de conhecimento, para então, criar a possibilidade de compreender os indivíduos por meio de suas experiências, sendo necessário que o pesquisador supere o etnocentrismo. Assim, ao estar em campo na atitude de observador, o pesquisador precisa superar preconceitos e valores próprios a fim de com mais objetividade judicativa identificar e compreender as características, as representações e os significados próprios da comunidade estudada.

3.2 Quanto à Estrutura da Pesquisa em Campo: técnicas e instrumentos

Para melhor compreensão dos procedimentos metodológicos da pesquisa estão descritas a seguir as etapas e técnicas para sua realização. Foram realizadas duas viagens técnicas e inserções socioculturais à comunidade Muratubinha, no período de novembro de 2018 e março/abril de 2019. Durante a segunda visita técnica ocorreu a realização de uma pesquisa de caráter qualitativo, por meio da técnica de entrevista, com utilização de questionário semiestruturado a narradores-chave.

O fundamento didático do questionário semiestruturado está em que o critério para se elaborar a pergunta está concentrado na ideia de que do “quem fala? O quê fala? Porquê fala? Quando fala? Como fala?”, delineamento investigativo para acolher respostas que não podem ser narradas de forma simples e objetiva, exigindo que a pessoa que responde use seu conhecimento objeto inter-relacionada ao difuso, bem como suas emoções e atitudinais (MÜHLHAUS, 2000).

Esse delineamento metodológico visa estender ao máximo as condições abertas do questionário para provocar a emergência nas falas de possíveis hábitos culturais que possam consolidar respostas plausíveis a nossa pergunta científica, base estruturante do questionário aplicado.

Conforme nosso delineamento metodológico, o questionário semiestruturado foi planejado a partir de seis eixos, sendo um eixo identificador das pessoas entrevistadas, e cinco eixos de questionamento. O primeiro eixo consta de perguntas objetivas para levantamento de Identidade, que serviu de base descritiva do perfil do narrador entrevistado. Os cinco últimos tópicos foram organizados na forma de perguntas qualitativas, da seguinte maneira:

- a) Hábitos culturais e Saneamento;
- b) Hábitos culturais e Meio Ambiente;
- c) Hábitos culturais e Qualidade de Vida;
- d) Hábitos culturais e Relação Saúde-Doença;
- e) Hábitos Culturais e Práticas de Cuidado da Saúde.

Nesses tópicos abordamos perguntas que pudessem viabilizar possíveis variáveis referentes a condições de vida, hábitos culturais, aspectos socioeconômicos, condições de saúde, dentre outras (ANEXO I). Fizemos ainda, a observação participante, com o objetivo de registrar normalidades e não normalidades das condições de vida e hábitos culturais voltados para a saúde coletiva, que é o momento em que o pesquisador tece ponderações sobre as narrações. A entrevista foi feita diretamente com o participante, face a face, com duração de 1 a 2 horas cada, incluindo o registro de áudio, de vídeo e de imagem mediante o consentimento de cada entrevistado (ANEXO II).

As informações contidas nas entrevistas foram transcritas e examinadas de acordo com a investigação do conteúdo narrativo. Conforme define Vergara (2003, p. 15) “a análise de conteúdo é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa a identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema.”

A proposição de Vergara é concordante com o pensamento de Bardin, que define ter a análise de conteúdo oscilação entre dois polos, o do rigor da objetividade e o da fecundidade da subjetividade, sendo que essa oscilação, “*absolve e cauciona*

o investigador por esta atração pelo escondido, o latente, o não-aparente, o potencial de inédito (do não-dito), retido em qualquer mensagem” (BARDIN, 1977, p. 9).

Além disso, a abordagem pela análise de conteúdo presta-se aos fins descritivos e explicativos e aos de verificação formulados no problema proposto, confrontando-se os resultados obtidos com a teoria que dá suporte à investigação e, finalmente, a formulação de possíveis conclusões ou considerações acerca.

3.3 Local da Pesquisa: Comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo Muratubinha

A presente pesquisa foca em questões interdisciplinares de cultura e saúde coletiva, em uma comunidade remanescente de quilombo/mocambo, a saber, a Comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo Muratubinha, localizada na região do Baixo Amazonas, no Município de Óbidos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), com população estimada de 52.137 pessoas, o município de Óbidos está localizado às margens do rio Amazonas, na microrregião do Médio Amazonas paraense, no Estreito do rio Amazonas, também conhecido como “Garganta do Amazonas” ou “Fivela do Amazonas”, onde a largura do rio é de aproximadamente 1.892 metros, a parte mais estreita do rio Amazonas, com profundidade de 80/90 metros em seu leito normal vazado, chegando a 110/120 metros na época da cheia, podendo variar.

No município de Óbidos, existem mais de 900 famílias quilombolas, distribuídas em 14 comunidades no território de Óbidos, e 8 em território limítrofe Óbidos/Oriximiná, situadas tanto em região de Várzea como em região de Terra Firme (FCP, 2018). Este estudo está focado nas narrações de moradores da Comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo Muratubinha, situada na Microrregião de Óbidos em área de várzea. Tomamos o entendimento de Paulino sobre várzea na composição desta pesquisa,

Entende-se por comunidades de várzea aquelas pequenas aglomerações humanas que habitam terrenos campinados às margens de um rio, igarapé ou lago que são inundados em época de cheia (enchente). Podemos citar como exemplo de várzea as margens do rio Nilo, do rio Amazonas, regiões ribeirinhas a esses rios que na época de cheia são alagadas, depositando no solo uma grande quantidade de húmus, material orgânico rico que é utilizado como adubo natural no cultivo de culturas alimentícias para o sustento de um grupo familiar. (PAULINO, 2013, p.134)

A comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo Muratubinha está localizada no município de Óbidos, na região do Baixo Amazonas, em uma região de várzea, ao sul do referido município, na segunda entrada à esquerda do rio Amazonas a partir do porto de Óbidos em direção ao município de Juruti.

Seu acesso é por via fluvial, a aproximadamente três horas de barco, distante da zona urbana do município de Óbidos, no oeste do Pará. A comunidade está situada na latitude $1^{\circ}59'27.90''$ (S) e longitude $55^{\circ}41'25.42''$ (O) [georreferência: Escola de Educação Infantil e Ensino Fundamental Antônia Carvalho de Moraes, elevação 0 ao nível do mar. A comunidade limita-se ao norte com o rio Amazonas, ao sul com o lago do Cativo, que desemboca no Lago Grande do Curuai, a oeste com a comunidade de Muratuba e com o Paraná de Dona Rosa e a leste com a comunidade Santa Cruz.

Figura 1. Localização Panorâmica Área Urbana de Óbidos <> CRQM Muratubinha/Óbidos-PA.



Fonte: Google Earth/2018

Figura 2 - CRQM Muratubinha/Óbidos-PA.



Fonte: Google Earth/2017

Na referida comunidade moram 51 famílias, totalizando 227 pessoas, que vivem da pecuária, pesca artesanal, agricultura e outras atividades. O maior patrimônio natural desta comunidade talvez seja o próprio Igarapé Muratubinha, um dos afluentes do lado direito do Rio Amazonas, nasce no próprio Rio Amazonas e desagua no Lago Cativo, com 16km de extensão, e cujo nome significa tribo de índios (*mura*) e forte (*tuba*). Ele corta ao meio a CRQM Muratubinha.

Este igarapé é fundamental para a comunidade, pois é o único meio por onde os comunitários trafegam via fluvial, tanto para procurar o pescado, uma fonte alimentícia fundamental para esta comunidade, como para ir à cidade comprar e vender gêneros alimentícios e outros. Esta região já se tentou plantar juta, ainda nos anos 40, cacau e, no momento, tenta-se cultivar hortaliças sobre marombas (PAULINO; SOUSA, 2018).

Nesta comunidade pode ser observado um núcleo central onde estão localizadas uma igreja católica apostólica romana, uma escola de educação infantil e ensino fundamental e pequenas mercearias nas casas dos comunitários. Não há posto de saúde, somente a atividade de um Agente Comunitária de Saúde [ACS]. Além disso, a maioria das residências está localizada às margens do igarapé na área interna entrada-foz e dispersas umas das outras.

Enquanto comunidade de modelo tradicional quilombola, sua situação foi reconhecida pela Fundação Cultural Palmares (FCP), por meio do processo 01420.000333/2007-35, aberto em 15 de fevereiro de 2007. A comunidade recebeu titulação de reconhecimento do INCRA, por meio da Portaria de Certificação nº 25/2007, e publicada no Diário Oficial da União no dia 13 de março de 2007, sob o número 54501.016339/2006-18, e Identidade Quilombola 470, assim publicado,

Quadro 1 - Registro de Certidão expedido à Comunidade Remanescente de Quilombos (CRQ) Muratubinha, município de Óbidos-PA, Portaria Nº 122/2018, publicada no DOU de 26/04/2018.

REGIÃO	UF	MUNICÍPIO	CÓDIGO DO IBGE	DENOMINAÇÃO DA COMUNIDADE	ID QUILOMBOLA	Nº PROCESSO NA FCP	Nº PORTARIA DE CERTIFICAÇÃO	DATA DA PORTARIA NO D.O.U	Nº PROCESSO INCRA
NORTE	PA	ÓBIDOS	1506106	MURATUBINHA	470	01420.000333/2007-35	25/2007	13/03/2007	54501.016339/2006-18

Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2018, http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551

Por ser uma Comunidade de várzea do Igarapé Muratubinha, a CRQM Muratubinha tem como principal fonte de renda e de alimentação a produção pesqueira, acentuado em período de cheia e baixando aos limites da escassez no período da vazante, o que obriga seus habitantes a se relacionarem com um

ecossistema cujas características principais giram em torno das mudanças cíclicas nas condições ambientais.

Habitar áreas desse tipo pressupõe uma complexa relação de complementaridade com o meio e uma maneira própria de organização da vida nos ritmos dos dois macros períodos anuais, a seca e a cheia. Isto implica que investigar uma comunidade de várzea como CRQM Muratubinha é buscar dados que permitam conhecer os habitantes das margens baixas do rio com o maior volume de água do mundo. É também conhecer a região de colonização mais antiga da Amazônia. Na CRQM Muratubinha, percebemos a presença de diversas práticas culturais no cotidiano dos nativos, características de sua adaptação à região.

3.4 Perfil do Entrevistado

Durante o processo de definição dos procedimentos metodológicos de nossa pesquisa, foram analisados possíveis critérios que tivessem estrutura clara e objetiva. Assim sendo, nossa opção de recorte para definir o perfil de entrevistado obedeceu a três critérios fundamentais.

O primeiro critério refere-se ao entrevistado assumir-se membro provedor(a) da família. Esse critério se sustenta em conceitos de família, tempo de convívio no ambiente da comunidade e condição econômicas sustentáveis de provedor, aplicados em comunidades tradicionais. Neste caso, durante o processo de coleta de dados junto à CRQM Muratubinha, e para fins de adoção de recorte de referência da pesquisa, foram entrevistadas 14 pessoas (6%), adotadas como narrador(a)s que se assumiram provedor(a)s da família.

Apontamos que as pessoas entrevistadas são representativas aleatórias de um total de 51 famílias, que agregadas totalizam 227 pessoas moradores da Comunidade do Muratubinha. Sobre o conceito de família que sustenta a cientificidade de nosso critério, adotamos a proposta de Bastos e Trad, para quem,

As famílias ocupam espaços diferenciados em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. [...] estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e cultura (BASTOS e TRAD, 1998, p.107).

Família é um conceito passível de modificações e mudanças impostas pela sociedade ao longo dos tempos, agregando em cada época diferentes funções e

estruturas. Nos tempos atuais, a formação do núcleo familiar ganha proporção inimaginável ao ponto de corrermos risco de cometer enganos significativos se adotarmos um conceito sem apresentar aspectos que ampliam ou reduzem a carga conceito nessa instituição social.

Constituem aspectos dessa pressão sobre o conceito, o aumento do índice de divórcios e separações; fim da diferença legal entre filho legítimo e ilegítimo; determinação de paternidade por DNA; diminuição de número de nascimentos; aumento de expectativa de vida; ampliação das liberdades sexuais e de gênero; decréscimo de casamentos oficiais, entre outros pontos (CHAPADEIRO, ANDRADE, ARAÚJO, 2011, pp. 21-23).

De acordo com o Manual do sistema de informação da atenção básica. (SIAB), produzido pela coordenação de Saúde da Comunidade, da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde, a família pode ser definida como, “[...] o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência, que residem na mesma unidade domiciliar. Inclui empregado (a) doméstico (a) que reside no domicílio, pensionistas e agregados”. (BRASIL, 1998).

A adoção deste primeiro critério [narração do(a) membro provedor da família] é uma opção metodológica que nos permite acesso a dados necessários e significativos que não podem ser negligenciados quando se intenta apresentar um retrato da situação social sobre hábitos culturais e saúde coletiva das famílias de uma determinada comunidade. Tais dados são sobre saneamento básico, relações do coletivo humano com o meio ambiente, trato com a saúde-doença, acesso aos serviços práticas de cuidado da saúde. Mas também são incluídas questões de educação, renda família, trabalho entre outros aspectos.

O segundo critério diz respeito à idade mínima para participar da pesquisa. A idade adotada por nós é de 30 anos ou mais, quando se pressupõe que o indivíduo já tenha constituído família e possua um trabalho relativamente estável. Nesse sentido, as entrevistas ocorreram com pessoas com idade entre 30 e 76 anos.

O terceiro critério refere-se ao tempo de residência na comunidade. Adotou-se 5 anos de residência na comunidade como o período mínimo para a participação na pesquisa. Esse quesito foi contemplado em 100% dos entrevistados, visto que todos afirmaram ter nascidos e não terem se mudado para fora da comunidade nos últimos 5 anos.

Outros dados identificadores de perfil referem-se a gênero. Das 14 pessoas entrevistadas 57,14% (8 pessoas) se definiram como do sexo feminino; e 42,86% (6 pessoas) se declararam do sexo masculino. 57,14% (8 pessoas) dos entrevistados possuem ensino fundamental incompleto, 21,43% (3 pessoas) assumiram saber ler e escrever, mas não frequentaram a escola, 14,28% (2 pessoas) possuem ensino fundamental completo e 7,15% (1 pessoa) afirmou possuir Ensino médio completo.

Além desses dados, a totalidade dos entrevistados afirmou morar com sua família em casas de construção de madeira e alvenaria suspensas em palafitas. A média de moradores por residência gira em torno de quatro a cinco pessoas e as atividades profissionais e de trabalho mais citadas pelos entrevistados são agricultura, pesca, cuidado do lar e aposentadoria. A origem da renda de provimento familiar provém de aposentadoria, agricultura, pesca, venda em feiras na região urbana e auxílio oferecido pelo governo, como bolsa família. Para fins de referência, os 14 entrevistados serão identificados pelos codinomes Entrevistado 01 (E 01), Entrevistado 02 (E 02) ... Entrevistado 14 (E 14).

3.5 Dados Coletados na Pesquisa de Campo e análise

Para fins de composição da estrutura de apresentação dos dados, por meio de entrevista semiestruturada, adotamos roteiro investigativo descrito no ponto 3.2 desta dissertação. Desta forma, a partir das visitas técnicas, e por meio do diálogo, foram coletados diversos dados, cujos resultados foram transcritos, organizados e analisados, segundo seguintes as categorias Hábitos culturais e Saneamento; Hábitos culturais e Meio Ambiente; Hábitos culturais e Qualidade de Vida; Hábitos culturais e Relação Saúde-Doença; Hábitos Culturais e Práticas de Cuidado da Saúde.

Com esse formato de análise, acreditamos tornar objetivo o entendimento das narrações e sua relação com os referenciais descritivos nesta dissertação.

3.5.1 Hábitos culturais e saneamento

Nas comunidades de várzea, o ritmo da vida segue a variação do nível da água e os moradores estão sujeitos às alagações anuais que podem cobrir suas plantações até o limite do assoalho das palafitas sobre as quais suas casas foram

construídas. As enchentes alcançam valores máximos de até 15 metros em algumas regiões da calha amazônica, devido à variação sazonal no regime de chuvas dos afluentes de ambas as margens e de sua própria cabeceira.

A alternância entre períodos de águas baixas e altas define o calendário das atividades econômicas na várzea. Nesse trânsito entre sazonais, há variações em padrões de renda, disponibilidade de recursos naturais e condições de saúde e de alimentação dos moradores (LIMA E POZZOBON, 2005).

Figura 3 - Período de Cheia do rio Amazonas na CRQM Muratubinha/Óbidos-PA



Fonte: ProextCima/2017

Na comunidade quilombola estudada, quando perguntados sobre o local de onde é retirada a água utilizada para consumo humano em suas casas, averiguou-se que a localidade se encontra ainda desprovida do sistema simplificado de abastecimento de água. Todos os participantes afirmaram que a mesma era captada do rio Amazonas ou do Igarapé Muratubinha, no entanto, a maioria afirmou que essa retirada de ambos, obedece a alternância entre cheias e vazantes, mas que a preferência dos mesmos é pela água do rio Amazonas, devido a mesma possuir uma qualidade melhor, na percepção deles.

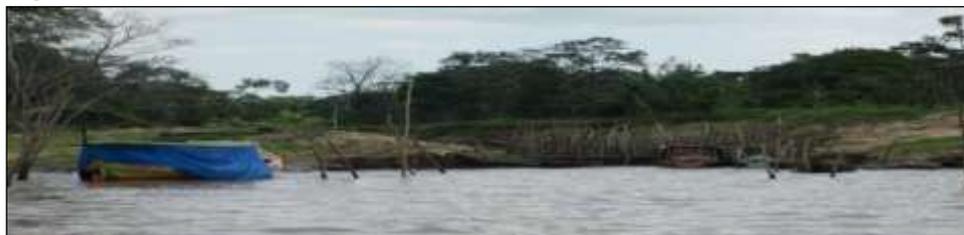
No verão a gente pega lá no Amazonas, agora em tempo de cheia a gente tira daqui do Muratubinha (E 03).

No verão, no igarapé, e na cheia no Amazonas (E 08).

Do Igarapé na cheia, e quando tá no seco a gente pega lá do rio Amazonas mesmo, porque a do Igarapé já não presta muito (E 09).

Rio Amazonas é melhor a água, a gente pega de lá (E 06).

Figura 4 - Período de Cheia do rio Amazonas na CRQM Muratubinha/Óbidos-PA.



Fonte: ProextCima/2017

Percebe-se, diante das falas dos moradores, a questão de apropriação da água diretamente do rio Amazonas ou do Igarapé Muratubinha para beber, considerados a partir da dinâmica do próprio rio. Os narradores expressam claramente suas condições culturais estritamente ligadas à periodicidade de alta e de baixa das águas, o que também provoca variabilidade constante do quantitativo de vazante fluvial do Igarapé Muratubinha a favor e contra o Amazonas.

O abastecimento de água é um problema observado em outras áreas de remanescentes de quilombos, como nas comunidades de Alcântara e Kalunga. A maioria dos moradores dessas comunidades relata que suas residências não são abastecidas por meio de um sistema ou mesmo microssistema de abastecimento. Na comunidade Caiana dos Crioulos, conforme Silva, nenhum dos domicílios possui esse tipo de abastecimento, sendo, pois utilizadas as águas dos rios e poços artesianos ou (BRASIL, 2005; SILVA, 2007).

Quando questionados sobre o tratamento da água utilizada para beber, os entrevistados responderam:

A gente realiza, passa no filtro, é até lá de Santarém esse filtro de vela que a Igreja da Paz (*Figura 05 e 6*) que fizeram e nos deram. Depois a gente passa em outro filtro que nós mesmo fizemos, também de vela, que já supera esse da igreja da paz. Pra melhorar a gente passa duas vez, passa no primeiro e tira metade das impurezas, depois passa no outro. A gente passa em dois filtros. A gente arrumou esse outro modelo do pessoal lá de trombetas que o irmão dela (esposa) trabalha lá. Esse outro a gente fez com a vela daquele filtro de barro que um daquele é 200 reais, mas a gente pega a vela e coloca no balde, é idêntico ao de barro só que foi trocado as peças, a gente tá reaproveitando. E é o filtro que é aprovado pela saúde é só esse de vela (E 01).

A gente tem um filtro, a gente filtra e coloca o hipoclorito (E 03).

A gente põe pra filtrar e coloca no pote (E 04).

A gente filtra com um filtro da Igreja da Paz que eles doaram pra gente filtrar (E 12).

Figura 6 - Modelo de Filtro da Igreja da Paz.



Fonte: ProextCima/2017

Figura 5 - Modelo de Filtro da Igreja da Paz.



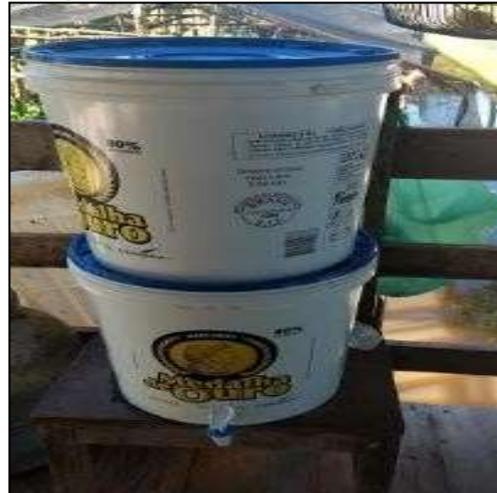
Fonte: ProextCima/2017

Figura 8 - Modelo de Filtro feito a base de balde de plástico com quatro velas de filtragem, adaptado pelo E1



Fonte: ProextCima/2019.

Figura 7 - Modelo de Filtro feito a base de balde de plástico com quatro velas de filtragem, adaptado pelo E1



Fonte: ProextCima/2019.

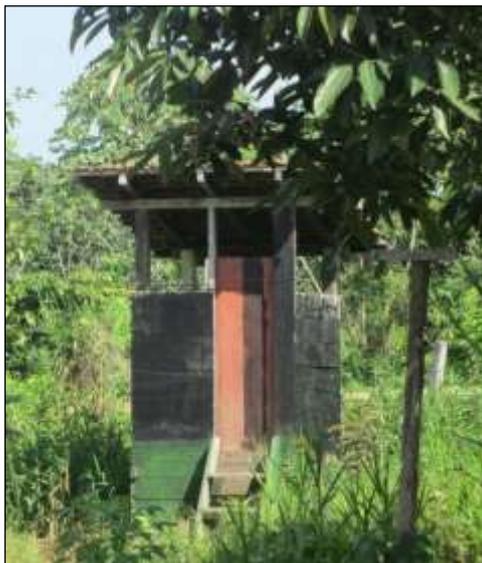
Conforme a fala dos moradores, infere-se que há uma preocupação com a qualidade da água utilizada para beber. Damos ênfase ao Entrevistado 01, que ressalta seu hábito cultural na busca por uma água adequada para beber, relatando as etapas do tratamento que ele utiliza, realizadas de acordo com os seus conhecimentos culturais, e dadas condições econômicas limitadas para a compra de um filtro capaz de filtrar com mais qualidade as águas do rio Amazonas, de densidade bastante alta e qualidade arenosa.

Na região do Baixo Amazonas, esses fatores são importantes na configuração da relação entre cultura e saúde coletiva, pois com raras informações e pouco acesso, a população faz o que está ao seu alcance quanto a seus costumes e práticas culturais no manuseio da água para consumo humano. Destacando que essa questão é de extrema importância, pois ela funciona também como vetor com capacidade de transmitir diversas doenças, acarretando em malefícios à saúde coletiva.

Sobre a destinação dos rejeitos do banheiro das suas casas, os entrevistados relataram:

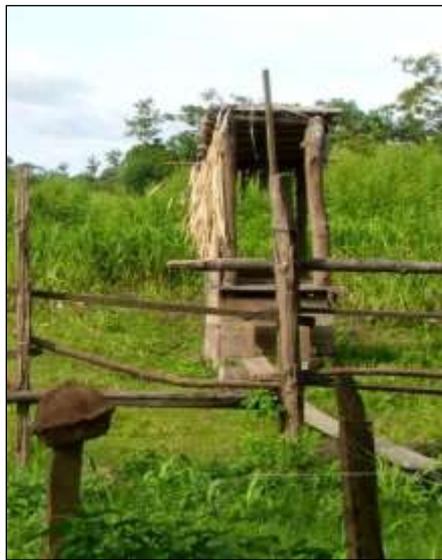
- É embaixo do banheiro, que é feito o banheiro de madeira em cima, por causa da cheia (E 02).
- No chão. A gente ainda não teve condição de fazer a fossa (E 11).
- É no sanitário, tem uma fossa cavada em baixo (E 09).
- É cavado o buraco, a gente faz alto, então é lá que a gente utiliza (E13).
- Tem fossa aqui em casa (E12).

Figura 10 - Tipo de Banheiro utilizado em Muratubinha.



Fonte: ProextCima/2018

Figura 9 - Tipo de Banheiro utilizado em Muratubinha.



Fonte: ProextCima/2018

Figura 11 - Banheiros sobre Palafita, próximo à plantação de hortaliça, em Muratubinha.



Fonte: ProextCima/2017

Nota-se, a partir dos relatos, que a maior parte dos comunitários utiliza a fossa rústica (buraco), escavada diretamente no terreno, sem qualquer revestimento. Dessa forma, os resíduos caem diretamente no solo, ou nos cursos d'água próximos das casas, contaminando o ambiente e tornando-se mais prejudicial à saúde.

Todavia, aqueles que possuem uma condição financeira mais avantajada relatam o uso de fossa no padrão das construídas na zona urbana, o que é reforçado no questionamento utilizado para que os mesmos pudessem descrever a estrutura do sanitário que eles e suas famílias utilizavam para destinação de dejetos. Nesse questionamento, foi descrito nas falas o seguinte:

É a mesma estrutura do que é usado na cidade. É usado aqui. Só que é aqui é várzea e é feito acima do nível das enchentes, porque se fizer abaixo quando vier enchente a gente não vai usar, porque não vai ter como, a água

ultrapassa. Foi um homem da cidade que veio fazer, até o tio dela (esposa) que veio fazer aqui, ele nunca fez na várzea, mas a gente tinha vontade de ter, aí ele foi falando como era e fez pra gente. Eu acho que tá certo. Aqui na comunidade as pessoas foram fazendo. Cada um foi fazendo do jeito deles. Quando eu já fiz já tinha nas outras, todos são diferentes (E 01).

É assoalhado, cercado, cavado o buraco e nós fecha (E 04).

É de madeira, cercado, mas é acima da cheia (E 05).

É de madeira, no assoalho (E 06).

A gente construiu a fossa de alvenaria, tem dois metros profundo, com 1m e 70cm da face da terra pra cima, tem 2m de comprimento, e a largura é a armação toda tem uns 2m parece que também, é feito de cimento (E 07).

Os sanitários suspensos em palafitas, distantes ou próximos das casas, possuem estrutura rústica e ineficaz para a região, uma vez que, no período da cheia, as águas do rio entram em contato com as fezes proliferando e disseminando doenças, principalmente nas crianças que se divertem na água. Dessa forma, em relação ao saneamento básico, especificamente sobre a destinação de dejetos, este não é adequado na comunidade. Os resíduos são direcionados para fossas rústicas, em buracos, como relatado, a céu aberto, e perpassando pela influência da sazonalidade do período de cheias e vazantes.

Embora haja nas narrativas certa ausência de percepção da destinação dos excrementos durante sazonalidade da cheia, pode-se afirmar haver proliferação de dejetos nas águas que também são utilizadas para consumo próprio, o que assinala perigo de contaminação do solo, água e alimentos cultivados nos quintais e, em consequência, maiores riscos de contaminação ao organismo humano.

Percebe-se que essa é uma situação bastante delicada, haja vista que há a preocupação da maioria dos entrevistados em buscar uma solução para o devido problema de saneamento, esbarrando na falta de informações adequadas e de auxílio do poder público, mas, principalmente, nas barreiras impostas pela própria característica da região de várzea, bem como na dificuldade em se encontrar a técnica apropriada para a construção da mesma.

Acerca da percepção dos entrevistados sobre “como poderiam ser melhorada as condições de saneamento da sua casa”, os relatos foram:

Se eu tivesse eu trocava esse banheiro fazia uma fossa de tanque, esses tanques de plástico é muito bom, não precisa gastar dinheiro com cimento. No Paraná de baixo, um conhecido me falou que tinha só uma casa lá que ainda não tinha adotado esse sistema de caixa. Em cima fura pra encaixar o cano e faz a ligação com o banheiro, ele disse que é muito ótimo, que com uns anos quiser trocar, pode trocar, meus planos é trocar, eu acho mais adequado (E 02).

Se fizesse um banheiro de fossa, podia melhorar, a casa também ainda não ta nem terminada (E 05).

Fazer um poço aqui, porque jogam muito lixo no rio, aí polui a água e pode dar uma doença na gente (E 06).

Se tivesse uma ajuda do governo, ia melhorar (E 09).

Se tivesse um poço, melhorava, e uma fossa também (E 11).

Se tivesse água encanada aqui em casa, era melhor pra nós (E 13).

Os entrevistados narram questões bastante peculiares. O entrevistado 02 almeja a construção de tanques de plástico como fossas, já adotadas em outra comunidade da região que segundo ele são eficazes, mais adequadas e econômicas se comparadas às fossas de alvenaria de padrão urbano.

O entrevistado 06, por sua vez, demonstra a preocupação com o meio ambiente, especificamente com a poluição dos rios atrelada ao processo saúde doença. Segundo ele, há o receio na utilização da água dos rios para o consumo, surgindo como alternativa a construção de poços artesianos.

Já o entrevistado 09, sugere que se a comunidade tivesse ajuda do poder público, a situação seria melhor para a população. Diante destas narrações, analisamos que há um interesse por mudança de hábitos culturais na comunidade. Os moradores pensam em buscar novas formas de melhorar o saneamento básico de suas residências e da comunidade como um todo. No entanto, faltam recursos e auxílios do Estado para a concretização. Ademais, a péssima estrutura de saneamento básico é questionada pelos moradores, que também relacionam esta situação às condições de saúde do local.

Procurou-se ainda, instigar a opinião dos moradores sobre a questão relacionada à cheia e à vazante do igarapé Muratubinha e do rio Amazonas, de que maneira influenciam na utilização da água consumida na comunidade. Nessa questão, citamos algumas respostas, que levantam pontos controversos,

Ela influencia na seguinte forma, quando ta cheio fica mais perto pra gente pegar a água do igarapé Muratubinha, quando ta no seco do rio Amazonas a gente tem que ir buscar longe a água pra beber (E 02).

Quando ta cheio a gente não tem trabalho de ir lá no rio Amazonas pegar água, porque a gente pega daqui do igarapé pra beber, agora quando ta no seco a gente tem o trabalho de ir lá no rio Amazonas e carregar nos baldes pra cá, é mais dificultoso (E 03).

Tem que proteger a água, porque pode prejudicar a saúde da gente, porque quando ta cheio é bom, porque os micróbios não ficam parados, eles vão indo embora (E 06).

Quando ta bem cheio a água suja mais, aí tem que ter um cuidado maior, porque quando ta na cheia o pessoal faz cocô na água aqui por perto e a água vem e a gente pode até usar essa água suja (E 08).

Quando ta cheia fica imundo o banheiro e água também (E 11).

A cheia traz as imundices do rio, aí pra beber a água tem que ter maior cuidado (E 013).

Facilita na seca porque a água tá mais sentada corre menos o risco de ser contaminada mas é mais difícil pra pegar, agora na cheia ela vai lavando tudo e levando contaminação, mas a facilidade é que fica mais perto pra pegar (E 12).

Conforme os relatos, há opiniões diversas quanto à influência da periodicidade de cheias e vazante, na água utilizada. O Entrevistado 02, por exemplo, e o Entrevistado 03 levam em consideração a questão da logística na busca pela água consumida, evidenciando que no período da vazante do Igarapé Muratubinha e do rio Amazonas há uma maior dificuldade no que diz respeito à distância para se ter acesso a água para consumo. Já na cheia, existe a facilidade de se ter a água na porta de casa, minimizando o esforço para captá-la. Diante desta situação, percebemos as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia dos quilombolas, que necessitam organizar sua vida, seus costumes, suas rotinas sociais e econômicas de acordo com a fluidez sazonal das águas.

O Entrevistado 06 explica que o período das cheias é melhor, por haver uma proliferação de micróbios, que, segundo ele, se dispersam na água e essa água os leva embora. Contrastando com tal percepção, os Entrevistados 08, 11 e 13 alegam que no período das cheias há o fenômeno da inundação, deixando a água inapropriada para o uso, demandando cuidados redobrados no seu tratamento.

Já o Entrevistado 12, coloca os dois pontos citados pelos outros, a questão da distância, promovendo a dificuldade no hábito da captação da água e a contaminação, dependendo do período de cheias e vazantes, pois de acordo com ele é mais intensa em um determinado período.

Na mesma categoria, verificou-se a opinião dos quilombolas sobre a influência da cheia e da vazante do Igarapé Muratubinha e do rio Amazonas na estrutura dos banheiros utilizados.

Não vai dar nenhum impacto o nosso banheiro, a gente tá pensando que é definitivo pra nós. Tem a questão das fossas que vai infiltrando pro lençol freático no futuro pode vir a fazer mal pra nós mas esse é o melhor eu nós tem no momento, e isso é porque cada um faz o seu individual, se for esperar pelo governo não tem nada. Antes a gente cavava um buraco e ficava o pau ao redor, cada vinha esse tempo de cheia levava tudo (E 01). No sanitário não influencia em nada, porque não transborda mais, a gente já fez nessa estrutura pra evitar isso, de ficar ruim (E 07). O sanitário tá bom assim, antes quando a gente usava um sanitário que era de madeira, a água levava tudo porque passava da boca do buraco, e ficava espalhado por aí (E 09). É ruim, enche tudo alaga e vai pro rio (E 05). Quando é na cheia a água vem tudo, aí gente tem que fazer na água mesmo, não tem outro jeito minha filha (E 04). Na cheia fica tudo feio, e a gente não tem opção (E 10).

As narrações são bastante enfáticas. Os Entrevistados 01, 07 e 09 acreditam que a estrutura do sanitário/banheiro utilizada no momento, se adequa às peculiaridades da região de várzea, sendo que o Entrevistado 01 admite que, no futuro, podem ocorrer problemas de saúde por conta da contaminação do solo. Porém, ressalta que, para a sua realidade, a estrutura de seu sanitário é a melhor maneira encontrada para uma melhoria na sua qualidade e vida, ressaltando a falta de auxílio do Estado.

Infere-se que, apesar dos esforços dos moradores, a comunidade situada em área de várzea não é dotada de facilidades sanitárias nem mesmo de modelos de construção apropriada ao ambiente local, podendo gerar riscos de incidência de doenças e agravos originados das condições de saneamento básico atuais da comunidade pesquisada. Tal fato fica evidente nas falas dos Entrevistados 04, 05 e 10, que alegam que no período das cheias os sanitários são inundados e que os moradores da comunidade não possuem alternativa de uso de despejo de dejetos nesta situação.

Entre as atividades de saúde pública, o saneamento é um importante instrumento de promoção da saúde e de prevenção de doenças. No Quilombo Muratubinha, os hábitos culturais relacionados ao saneamento precisam ser readequados, no então, esbarram na falta de um modelo técnico para as condições de várzea próprias do rio Amazonas ainda carece de pesquisas mais focais.

Esse agravante é ainda maior, dado que a questão ocorre em comunidades quilombolas, que estão baseadas nessas localidades há mais de século. Por isso, a população quilombola apresenta deficiências na qualidade de sua saúde coletiva, que pode de certa forma ser amenizada com mudanças básicas de seus hábitos culturais no trato com a água. Isso feito, a acentuada vulnerabilidade em razão das más condições sanitárias, evidenciadas pela ausência de serviços básicos (saneamento, água tratada, destinação de dejetos) poderia, de certa forma, diminuir de intensidade.

3.5.2 Hábitos culturais e meio ambiente

Na categoria *hábitos culturais e meio ambiente*, procuramos uma aproximação ao entrevistado para averiguar seus hábitos relativos à questão ambiental, sobre o trato com a preservação do meio em que vive. Na análise desta categoria, assumimos previamente que é preciso o respeito à história da presença de populações tradicionais na região do Pará, assim como a seus conhecimentos e a forma como manejam e conservam os recursos naturais.

Contudo, no referido estado, os estudos em relação às comunidades Quilombolas, seu modo de vida, bem como se ocorre de forma sustentável, são insipientes. O levantamento de questões socioambientais permite avaliar o grau de sustentabilidade do desenvolvimento de diversos grupos sociais e assim, propor, quando necessário, políticas, programas e/ou projetos que possibilitem a garantia de sustentabilidade.

Ao serem perguntados “qual era o destino do lixo orgânico (restos de alimentos) e inorgânico (sacos plásticos, garrafas de plástico, vidro, isopor etc.) da sua casa”, obtivemos os seguintes relatos:

Nosso lixo o plástico a gente vai lavando pendura pra secar e vai enchendo os sacos de fibra e leva pra cidade, deixa lá pro carro de lixo levar. O orgânico, a gente tava trabalhando com adubo orgânico, nós fizemos no município um cadastro de 37 pessoas pra conseguir o selo orgânico, eu consegui esse selo orgânico no município, só 4 do município que conseguiram esse selo orgânico. Ai através disso ai já dá um impulso pra gente reaproveitar esse lixo, não jogar lixo no rio (E 01).

Eu jogo, quando tem bicho eles comem, agora o plástico eu queimo, as garrafas de vidro eu guardo eu não sei o que fazer com elas, elas estão amontoada ali, mas se vier a cheia vai levar tudo (E 03).

A gente ajunta numa sacola tudo e enterra. Não pode queimar por causa que polui. (E 05).

O resto de comidas a gente da pros bichos, e o saco, plástico a gente tem que queimar se não a cheia quando vem leva (E 13).

Eu jogo pras galinhas, eu enterro os outros, e as vezes queimo (E 14).

Percebe-se na narração dos sujeitos pesquisados uma clara inquietação com a poluição do rio, como podemos inferir pela fala do Entrevistado 01, que expressa preocupação de separar o seu lixo inorgânico para posteriormente levá-lo para a zona urbana para o seu devido fim. No entanto, há, para a maioria dos entrevistados, dificuldades de lidar com o descarte do lixo inorgânico, tais como sacos plásticos, garrafas de plástico, vidro, isopor, dentre outros.

As narrações demonstram que eles não sabem o que fazer com esses materiais, havendo variação entre queimar, enterrar e armazenar para posteriormente desprezar. Apesar das iniciativas colocadas em prática pelos

moradores da comunidade Muratubinha, ainda são visíveis hábitos culturais equivocadas em relação à preservação do espaço ambiental onde vivem os moradores, por meio da prática de queimadas de lixo.

Onde se percebe que o lixo produzido é queimado ou enterrado nos quintais ou terreiros. A queima ocorre com maior frequência durante o verão, enquanto que no inverno os entrevistados não deixaram claro o que é feito com o lixo. Há também alegações de que a prática é enterrar o lixo, para não poluir o ambiente. Entretanto, sabe-se que enterrar lixo inorgânico também não configura a melhor opção do ponto de vista ambiental, pois isso causa problemas à saúde pública e danos ao meio ambiente. Já o orgânico, na maioria das vezes é lançado nos quintais como alimento para os animais domésticos.

Diante disso, surgiu outro questionamento, se era feito algum tipo de seleção/reaproveitamento do lixo da moradia. Dos 14 entrevistados, apenas dois narraram fazer algum tipo de reaproveitamento,

Só do lixo orgânico, a gente faz adubo para as plantas, só isso (E 01).

Não, eu queimo tudo (E 03).

Não minha filha, eu não tenho feito, tem gente que diz que é bom pra colocar no canteiro mas eu ainda não tenho feito isso (Entrevistado 4).

Não, ainda não fizemos isso. Porque só da de fazer quando dá (E 05).

A gente pega as sacolas, lugar de açúcar, arroz a gente faz as mudas de plantas dentro delas (E 07).

Não, porque a gente não é orientado pra fazer (E 08).

De acordo com os relatos, compreende-se que o hábito de reaproveitamento de produtos orgânicos e inorgânicos não é frequente na comunidade. Isso pode estar relacionado à carência de informações, como levantado pelo Entrevistado 08, que afirma não ter recebido orientação para tal iniciativa.

Nessa perspectiva, destaca-se os relatos dos entrevistados 01 e 07, que realizam algum tipo de reaproveitamento do seu lixo. Há uma busca por qualificação no que tange a informações de como fazer um melhor reaproveitamento, principalmente do lixo orgânico, pelo entrevistado 01, sendo um hábito cultural seu, fazer a prática de adubo orgânico dos restos dos alimentos. Já o Entrevistado 07, adapta sacos plásticos como vasos de plantas, o que caracteriza um hábito interessante de ser realizado e replicado.

Em vista de a maioria relatar não fazer nenhum tipo de seleção e trato do lixo de sua moradia, indagamos o porquê de não realizarem tal prática.

Do inorgânico a gente não faz, porque tem que ter uma estrutura pra isso, aí eu acho que o município nem o Brasil não tá ligando pra isso, porque se

eles ligassem financiava pra gente reciclar, ai teria como reaproveitar mas aqui não tem como fazer isso, ai a gente leva pra cidade pra ver se alguém faz isso. Do orgânico a gente faz adubo pras plantas (E 01).
 Ninguém faz, o prefeito disse que ia ter, mas até hoje, ele sumiu (E 08).
 A gente não sabe fazer (E 09).
 Não tem como aqui, a gente não tem a instrução (E 12).
 Porque eu ainda não tive um treinamento pra isso (E 14).

As respostas dos Entrevistados 01 e 08 demonstram a insatisfação com o poder público, dirigindo a ele a responsabilidade por não haver estrutura para a realização do hábito de seleção e reaproveitamento do lixo. Notamos na comunidade um discurso de desamparo diante desta questão, uma vez que há insatisfação e descrença nas ações públicas desenvolvidas na região. Além disso, ocorre o distanciamento, não somente físico, mas também de assistência à comunidade quilombola.

Ainda sobre a questão dos hábitos culturais e meio ambiente na perspectiva de trato com o lixo, foi levantado se na comunidade é realizado recolhimento de lixo e como ocorre. Nesta interrogativa, os relatos dos entrevistados é de que não há coleta de lixo.

Não, as vezes a gente até discute, porque jogam tudo dentro do igarapé, não tem coleta disso, era pra ter pra conscientizar todo esse pessoal (02).
 Não minha filha, nunca teve isso aqui (E 04).
 Até foi encomendado isso nos encontros que a gente teve, de depositar o lixo e levar pra cidade, mas é mais difícil pra gente. O governo que pra fazer isso também (E 012).

O entrevistado 02 expressa que não há coleta de lixo e a população ainda contribui para o agravamento da situação, com o hábito, que o entrevistado parece considerar equivocado, de jogar lixo em locais indevidos. Outros, como o entrevistado 04, ratificam que nunca houve coleta de lixo na comunidade. Este entrevistado aponta também que já houve encontros para a realização de coleta seletiva que partisse da iniciativa de cada morador. No entanto, pelas dificuldades de logística impostas pelo ambiente de várzea, isso vem sendo realizado somente por alguns moradores, como foi relatado pelo entrevistado 01, na resposta à questão anterior.

Outro problema ambiental levantado nesta pesquisa diz respeito à prática equivocada de queimadas de árvores. Os entrevistados apontam que esta prática não é realizada na comunidade, e insistiram no relato de que, neste contexto, é

praticada somente a queimada de lixos, como é possível inferir pela fala do entrevistado 14, “*A gente faz mas é do lixo de casa*”.

Este fato demonstra que a não queima das árvores é um ponto de avanço de educação ambiental e mudança de hábito cultural na comunidade e que, embora a queima do lixo seja vista pelos moradores em sua maioria como hábito deletério à saúde, como observado na fala do entrevistado 06, “*Polui o meio ambiente, acho errado*”, esse é ainda bastante comum nesta comunidade ribeirinha.

Além das queimadas das árvores, outro agravo em processo de superação ambiental sustentável observado a partir desta pesquisa, se refere ao desmatamento na comunidade. Foi perguntado aos moradores se, na percepção deles, ocorre desmatamento na comunidade. A maioria dos entrevistados refere que não acontece tal prática.

Não tem mais, o que teve que desmatar já desmataram na época da juta (E 08).

Não, no tempo da juta tinha (E 09).

Nas falas, percebemos que atualmente o desmatamento é um hábito que não é percebido pelos entrevistados, sendo citada a época da plantação de juta, o que fazia com que o desmatamento fosse intenso. Segundo Funes, (1995), o ciclo da juta⁷ ocorreu da segunda metade do século XIX e até primeira metade do século XX nas áreas de várzeas de comunidades quilombolas, da região do Baixo Amazonas. Nessa época, passou-se a cultivar juta, cujo plantio era financiado por negociantes de Santarém, interessados no monopólio da produção.

Apenas três entrevistados percebem que ainda ocorre a derrubada de árvores, principalmente para a transformação de áreas em campo de pasto para a criação de bovinos. “*É mais do pessoal que cria gado, mas é bem pouco*” (E 07). Para o entrevistado 02, essa atitude gera conflitos na comunidade, relatando que, “*ocorre discórdia por causa disso, aqui nessa matinha era grande, vinha tudo quanto é bicho ai, vinha macaco e outros bichos, ai foi desmatada essa região aqui e eu não gostei disso, ele já até vendeu pra outro cara, isso é ruim pra comunidade*”. Em tempos mais recentes, segundo Funes (1995), a prática criatória em larga escala implicou a redefinição do espaço, no uso da terra, provocando um desequilíbrio nas

⁷ Sobre a História da juta na região do Baixo Amazonas, na microrregião de Óbidos, é interessante o artigo de Dino Priante, A Contribuição Europeia no Desenvolvimento de Óbidos, Disponível em: <http://www.obidos.net.br/index.php/artigos/2130-a-contribuicao-europeia-no-desenvolvimento-de-obidos>

relações entre criadores de gado e populações das comunidades negras, gerando fortes tensões.

Outra temática que fora manifestada nas entrevistas diz respeito à poluição dos rios, é um hábito considerado relevante no trato com o meio ambiente. Os entrevistados foram perguntados se na percepção deles, “as pessoas da comunidade poluem o igarapé Muratubinha e/ou o rio Amazonas? Se sim, como?”. Nesta questão, todos relataram que ocorre a poluição tanto do rio Amazonas quanto do igarapé Muratubinha. Vejamos,

Sim, o igarapé poluem, o pessoal pega os peixes tira da malhadeira, joga o peixe podre no igarapé, lavam roupas na beira do igarapé jogam *quiboa* sabão e tudo enquanto, de lá mesmo tira pra escovar o dente, tomar banho (E 01).

Tem gente que joga lixo na água, no rio, tem gente que joga fralda descartável, joga água de sabão, plástico (E 06).

Polui, elas lavam roupa no igarapé, joga tudo lá, no verão o igarapé fica parado e acumula as coisas. Não é falta de alerta porque o dirigente da nossa comunidade da muito em cima disso (E 07).

Polui mais o igarapé, jogam sacolas, não tem cuidado. Tem a agente de saúde que pede, quando começa a entrar água no igarapé, pra não jogar o lixo (E 08).

As falas dos entrevistados corroboram nossas observações sobre as condições de disponibilidade de água inadequada, proveniente dos rios a estas populações, pois sofrem com a precária oferta de água potável, não poucas vezes inadequada para o consumo humano. No entanto, os relatos demonstram que esses fatores resultam no despejo de dejetos da própria população no rio Amazonas e no igarapé Muratubinha, contaminando os recursos hídricos e comprometendo a qualidade da água consumida.

Diante disso, indagamos ainda se na percepção dos entrevistados “a poluição do igarapé Muratubinha e/ou do rio Amazonas afeta a saúde e qualidade de vida de sua família e da comunidade? De que forma?”. Conforme os relatos, todos os entrevistados têm noção de quanto este hábito é nocivo e interfere na qualidade de vida e bem-estar do indivíduo e da comunidade de um modo geral,

Afeta, outras pessoas podem até achar que não, mas a gente faz parte da comunidade, afetando um afeta o outro porque essas situações ambientais quando vem aparecer a consequência a gente não quer nem admitir. Aí eu penso que se todo mundo aqui tivesse uma fossa, uma água de qualidade já era meio caminho andado pra saúde (E 01).

Às vezes a gente nem percebe mas afeta, porque na época que água começa a retornar pra enchente ela vem cheia de muita coisa as vezes não aparece no adulto, mas nas crianças aparece várias doenças por causa da água suja (E 02)

Sim, porque tem muita coisa eu pode contrair com a agua poluída, como verme (E 08).

Deixa a agua ruim pra gente beber, pra gente tomar banho, eles tem que se conscientizar (E 11).

Afeta, por que é mesmo que ela seja corrente, pode não prejudicar aqui a gente mas lá mais na frente prejudica (E 14).

Estimativas feitas pelo Programa Brasil Quilombola (2004), apontam que existem mais de um milhão de quilombolas no país, que em sua maioria vivem em áreas rurais, em condição de extrema falta de acessos a serviços básicos. Diversos estudos corroboram esses apontamentos e adicionam outras questões, como as precárias condições sanitárias. São casas com deficiência de água potável, tratada ou canalizada, como no caso da região de várzea que estamos apresentando os resultados da pesquisa, entre outras situações tão precárias quanto as apresentadas, como é fato da eliminação inadequada do lixo no rio, na natureza ou queima do mesmo perto de suas residências, a ausência de redes de esgotos, sendo os dejetos expostos a céu aberto, no rio ou em fossas rústicas, que também acabam contaminando o rio.

Finalmente, no quesito sobre a tomada de consciência da situação em que se encontram, as narrações dos entrevistados sugerem que a população demonstra preocupações sustentáveis com relação ao meio ambiente em que vivem hoje quando comparado ao passado, os relatos são:

Antigamente eu digo que era melhor, hoje já ta tudo avacalhado, muita coisa. As pessoas não respeitam mais jogam lixo em todo quanto é lugar aqui, principalmente no rio, ai acaba com nossos peixes (E 04).

Quando melhora uma coisa piora outra, nosso ambiente de casa ta bom, mas as pessoas têm que ajudar também, cada uma cuidando da sua casa, do seu espaço (E 06).

Melhorou mais, não tem muita queimada, desmatamento, só o rio que anda muito sujo (E 08).

Ta a mesma coisa, pra cá ta bom (E 010).

Não melhorou muita coisa não, as pessoas não preservam (E 11).

Segundo os relatos apurados, essas dificuldades colocam as comunidades quilombolas, principalmente as de várzea, numa grave situação de exclusão socioeconômica e ecológica, carecendo de urgente intervenção para adequações de hábitos culturais em favor de uma qualidade de vida mais apropriada à região. Além disso, é urgente a atenção básica à saúde local de maneira mais sistemática e duradoura, intervindo contra o, já frágil, estado de saúde coletiva dessa comunidade ribeirinha quilombola.

3.5.3 Hábitos culturais e qualidade de vida

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida pode ser entendida como uma percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, suas expectativas e preocupações pessoais, fatores comunitários e da sociedade mais amplas, e até mesmo questões globais (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS; PINZON, 2000).

Isso implica considerar que a promoção da qualidade de vida não é, portanto, uma ação de um indivíduo somente, bem como também não depende apenas das tarefas de uma comunidade. A promoção da qualidade de vida é uma responsabilidade sociocultural coletiva, que envolve indivíduos, comunidades, sociedades e autoridades públicas capazes e comprometidos com a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades básicas dos sujeitos de direitos.

De acordo com Freitas, Silva e Galvão (2009) a multidimensionalidade das atividades desenvolvidas no quilombo que deslumbra a vida dos remanescentes, os costumes, a identidade e a manutenção da cultura local configuram importantes ferramentas na melhoria da qualidade de vida local.

Dessa forma, o estudo de temas relacionados a cultura como o lazer constituem um amplo eixo de discussão, principalmente, quando se refere às populações marginalizadas e estigmatizadas historicamente como é o caso das comunidades quilombolas. Poucos foram os estudos realizados sobre costumes e manifestações culturais dessas comunidades, colocando em risco de perda o rico patrimônio histórico cultural destas populações, bem como a relevância das práticas de lazer no âmbito da promoção da saúde.

Ao serem questionados sobre locais de práticas do lazer na comunidade quilombola Muratubinha, os entrevistados relataram que os locais observados na comunidade se restringem ao campo de futebol, e ao barracão comunitário, funcionando nos períodos festivos da igreja católica da localidade,

A gente tem movimentos da igreja, que a gente faz com crianças. (E 03).
Salão comunitário, as vezes fazem festa na comunidade (E 06).
Tem só um campo de jogar bola (E 08).
Campo de futebol aqui (E 13).

As atividades de lazer observadas em Muratubinha circundam apenas dois espaços: campo de futebol, existindo somente um na comunidade, mas que tem suas atividades interrompidas no período das cheias; e a sede do barracão comunitário da igreja de Nossa Senhora da Conceição, onde é realizada a maioria dos festejos, para atividades da igreja.

Ao serem perguntados sobre o hábito cultural de práticas de atividades físicas e quais os locais para tais atividades, os moradores entrevistados alegaram não realizar qualquer tipo de atividade física. Declarando como principal razão a falta de interesse e o trabalho que apreende muito tempo do seu dia-a-dia. Além disso, de acordo com os sujeitos pesquisados, só há um espaço para a realização dessas atividades, que é o campo de futebol, como já foi citado.

Outra questão mencionada e vinculada ao tópico anterior, é se, na comunidade, há festejos populares ou outro tipo de programação cultural. Os sujeitos relatam que existe apenas a festa religiosa de Nossa Senhora da Conceição, padroeira da comunidade, que acontece no barracão comunitário no dia oito de dezembro.

Diante dos pontos levantados, surgiu a questão “O que os sujeitos costumam fazer para se divertir?”. São citadas algumas atividades, como o festejo do carnaval na zona urbana de Óbidos, “*a gente vai em alguma festa, sempre a gente vai no carnaval em Óbidos*” (E 01). Outros relatam que assistem programas de TV, jogos de futebol, conversam com amigos. Essas falas nos mostram que os entrevistados realizam poucas atividades de entretenimento para o empoderamento da qualidade de vida.

Apesar de haver certo distanciamento das práticas culturais de lazer mais comuns, como também uma fragilidade no que se refere à discussão e implantação de práticas de lazer na comunidade que visam a promoção da saúde/ qualidade de vida, a maioria dos sujeitos entrevistados reconhece que as atividades de esporte e lazer são hábitos culturais importantes para manter a qualidade de vida:

É muito bom sim, mas pena que não faço (E 04).

É muito importante, pena que a gente não tem tempo pra essas coisas, só é o trabalho (E 08).

Eu assisto na televisão o pessoal que pratica atividade ai tão bem bacana, agora aquele pessoal que não faz parece mais velho do que é (E 09).

Sim, se todo mundo pudesse fazer era bom. Tem muita gente que tem pressão alta, é importante (E 12).

Outro ponto que merece exposição diz respeito ao transporte utilizado na e pela comunidade, que também serve de parâmetro que influencia na qualidade de vida individual e coletiva da comunidade quilombola pesquisada. Assim, perguntamos se o “sujeito e sua família possuem algum meio de transporte? Se sim, se está satisfeito com o seu meio de transporte? Por quê?” Os entrevistados relataram o seguinte:

Não, a gente só tem um barco de linha que vai pra cidade segunda quarta e sexta (E 02).

A gente tem o barco que vai pra Óbidos só, mas não é muito bom. É o barco da linha (E 03).

A gente tem só o barco que leva gente pra Óbidos, o de linha (E 05).

A gente tem rabeta. Satisfeito a gente nunca fica mas a gente ta lutando pra melhorar (E 12).

A gente tem uma rabetinha, mas não é muito boa (E 13).

Considerando as falas dos sujeitos, em relação ao transporte, são poucos que possuem um transporte próprio, em sua maioria, utilizam *rabeta* ou canoa, que são caracterizadas como pequenas embarcações. Os entrevistados relatam não estarem satisfeitos, pois almejam embarcações melhores para um transporte mais adequado e confortável.

Percebemos, ainda, que há na comunidade um meio de transporte coletivo para atender aos quilombolas em dias alternados da semana, fazendo regime de linha comercial. No entanto, não supre todas as necessidades quanto ao transporte da população, principalmente, quando se relaciona a questões de doença. Visto que, de acordo com alguns relatos, o ideal seria que o barco fizesse viagens todos os dias, haja vista que se alguém adoece precisa esperar o dia em que o barco faz o itinerário Muratubinha-Óbidos (segundas, quartas e sextas) ou contratar transporte particular para buscar tratamento na cidade.

Essa dificuldade de transporte é evidenciada com mais pertinência na pergunta sobre atendimento à saúde na cidade. Quando perguntamos sobre dificuldades enfrentadas em busca de atendimento de saúde, os entrevistados 05, 12 e 14, respectivamente, responderam: “*O problema é de transporte pra levar os doentes, não tem pra gente ir, tem que emprestar ou pagar pra ir pra Óbidos.*” “*Eu acredito que a maior dificuldade é sair de madrugada pra ir pegar uma ficha na cidade, a gente não tem prioridade, é muita gente, se a gente vai no barco da linha as vezes a gente perde o barco porque não dá tempo.*” “*Em relação é a distância,*

por que o barco é só segunda, quarta e sexta, aí dificulta pra gente quando ta doente, ai tem que ou arranjar barco ou esperar pra ir no dia”.

Quanto ao hábito cultural alimentar, sabemos que a alimentação desempenha na vida das pessoas um papel abrangente que envolve não apenas uma simples incorporação de material nutritivo necessário à sobrevivência, mas algo que possui um profundo significado subjetivo, social e cultural. De acordo com a história dos quilombolas, Wiest *et al.* (2008) relacionam o atual padrão alimentar dos comunitários com o passado escravo, muitas vezes praticando tanto na agricultura como na criação de gado.

Na comunidade investigada, foi perguntado aos sujeitos se a família realiza o plantio de hortaliças e plantas frutíferas e quais. Foi possível diagnosticar que as práticas de agricultura dos moradores do Muratubinha, nos tempos atuais, não expressam o que a literatura aponta sobre a temática em relação às comunidades quilombolas.

As narrações mostram que, nos dias atuais, há uma forte diminuição da diversidade de produtos cultivados. O Entrevistado 02 relata *“Não, a gente não planta, só essas bananas aí mesmo”*, assim como o entrevistado 05 *“a gente planta so pra gente comer mesmo, cebola, couve pra gente colocar na comida da gente”*.

Além disso, a característica da região, apesar do solo rico de várzea como afirma Paulino (2013, p.134), não favorece o modelo agrícola de plantio que os comunitários teimam em manter, pois em regiões de sazonalidade do rio é preciso fazer o cultivo de hortaliças sazonais e, conseqüentemente, essa atividade exige conhecimento do comportamento de cada planta e o da sua melhor região de produção, bem como a época de plantio, considerando fatores como relevo, altitude, fertilidade do solo, temperatura. Uma ignorância sobre a sazonalidade das hortaliças pode acarretar no plantio fadado ao não desenvolvimento.

Vejam os depoimentos dos entrevistados 04 e 08, respectivamente, sobre essa questão: *“Minhas plantas tá acabado, bicho acabou com a couve, cebola, pimentinha, aí a gente não plantou ainda, agora tem essas bananeiras também, mas só dá pra plantar quando tá seco, coisa que é mais rápida, milho”*. *“Tem uma horta aqui em cima que a gente colocou acima da água e tem cebola, cebolinha, coentro, quiabo, jerimum, maxixe, fruta não tem porque na cheia não sobrevive as plantas”*.

Outro ponto analisado quanto à alimentação dos entrevistados, refere-se à questão de que se a família cuida de algum tipo de animal para subsistência. Na maioria das casas, não foi encontrado nenhum tipo de animal de criação. Alguns sujeitos entrevistados apontam que os animais criados para consumo próprio ou para venda são apenas gado e galinha, tratados com as sobras de alimentos da família e produtos de cultivo local.

Nota-se que isso ocorre devido à falta de espaço para criação de animais e ao severo período de cheia, obrigando os que teimam na criação de gado, fazer transferência anual do gado para região de terra firme, como recurso de criação e manutenção.

Seguindo os questionamentos sobre o consumo de carne, foi perguntado “quais são os alimentos mais consumidos na casa? Por quê?”, as respostas se assemelham, dados as condições locais,

A gente come mais peixe do que carne, a gente pesca la no lago. Meus filhos sempre pescam (E 03).

Peixe, meu filho pesca, eu como mais peixe, quando aparece uma carne ai a gente come (E 04).

Mais peixe, a gente pesca ali pro lago (E 05).

Peixe, meu marido pesca no lago, no tempo que ta vazando pega peixe aqui no igarapé, mas quando ta cheio é mais difícil (E 011).

Peixe é mais fácil de pegar porque a gente as vez não tem o dinheiro (E 014).

As respostas são esclarecedoras, pois as condições de acesso aos alimentos, por meio da produção e de acordo com a renda, são muito precárias em comunidades quilombolas, principalmente de várzea. Essas populações têm como primeira referência alimentar o peixe e, por conseguinte, a primeira atividade de trabalho, a pesca.

Conforme os relatos apresentados, o alimento mais consumido na comunidade do Muratubinha é o peixe, geralmente retirado do lago cativo. Alguns moradores relatam que já está se tornando escassa essa fonte de proteína na região do igarapé Muratubinha, no lago do Cativo e nas margens do rio Amazonas, próximas à comunidade.

Pode-se inferir que, em quilombos de várzea, a ausência ou a diminuição do peixe em rios, lagos e igarapés representam uma ameaça de fome à comunidade. A escassez, diminuição ou ausência do pescado pode ser por causa de severa depredação ambiental, desrespeito ao período de defesa ou à pesca de arrasto.

Nas comunidades de várzea, essa situação é mais acentuada e se reflete na redução gradativa da disponibilidade de uma proteína de alto valor biológico.

Este fato trouxe hábitos alimentares urbanos para o grupo, como consumo de carne e frango referido ser a única dieta alimentar de algumas famílias, como citam os entrevistados 02 e 12, respectivamente, “*Ultimamente esses anos é o frango e a carne, eu parei de pescar, quando não eu compro. Mas não tá fácil pra pescar lá no lago, antes caía muito peixe na malhadeira, aumentou a ciência aumentou a invasão a destruição*”. “*Carne de gado, porque não tem quase mais peixe por aqui, é muito raro comer um peixe ou uma galinha caipira*”.

Sendo as várzeas de rios da região pesquisada mais propensas a eventos de inundação, que inviabilizam uma produção agrícola mais qualificada, é de se esperar que em tais regiões haja maior incidência de itens alimentares de pescado. Contudo, os depoimentos dos comunitários sobre escassez do pescado e mudança de hábitos alimentares geram preocupação. Nota-se que tem havido uma maior entrada de itens alimentares industrializados nas comunidades quilombolas de várzea como estratégia para contornar as intempéries naturais e a escassez de peixe.

Quanto a isso, Nardoto *et al.* (2011) ressaltam que a presença de frango congelado, procedente de outras regiões do país, entre as comunidades caboclas de ambientes de várzea, além de não agregar valor econômico à região amazônica torna-se um item de salubridade questionável, por ser transportado por horas a fio em condições adversas de armazenamento nos barcos fluviais. Deste modo, é fundamental a criação de medidas que venham incentivar a valorização dos hábitos alimentares tradicionais e culturais dos quilombolas.

Neste contexto, indagamos aos sujeitos se estão satisfeitos (as) com as condições do local onde moram, e o porquê. As respostas são:

Eu to, eu olho os outros a gente pensa eu a gente ta ruim mas vê os outros a gente põe a mão pra cima, agradece. Aqui todo o ano tem enchente, mas a gente já ta preparado pra se agasalhar, por ai a gente vê os outros nessas cidades perdendo as coisas em enchente, morrendo afogado, aqui não tem isso (E 01).

Eu sou muito feliz aqui, daqui eu gosto (E 02).

To e muito, gosto bem (E 05).

Eu gosto, acho melhor que na cidade, não é perigoso aqui (E 06).

Bastante, aqui a gente dorme tranquilo, tem uma vida tranquila (E 09).

Eu acho bom, a gente tem tudo que quer aqui, nosso peixe, nossas plantas (E 04).

Apesar de todas as dificuldades observadas, no local onde vivem, as falas foram positivas quanto ao contentamento de residir no Muratubinha. Por fim, todos

os entrevistados avaliam que possuem uma qualidade de vida relativamente boa e saudável. Esta concepção pode ser afirmada a partir da análise do discurso dos moradores, quando falam com alegria e empolgação do apego ao território ao local onde vivem.

3.5.4 Hábitos culturais e a relação saúde-doença

Conhecer o cotidiano das famílias de remanescentes quilombolas permite visualizar parte dos significados sobre saúde, doença, hábitos culturais e o que consideram importante para manterem-se saudáveis. Assim, nesta categoria, trazemos a luz da discussão questões relacionadas a situação de saúde, doença e os hábitos dos quilombolas no espaço desta relação, a fim de averiguar concepções populares de saúde-adoecimento.

Oliveira (2002) afirma que não se pode observar a doença apenas em sua dimensão biológica, pois percepções e formas de tratamento deste fenômeno também são construídas culturalmente e, de certa forma, as representações culturais dos indivíduos podem até mesmo superar essa dimensão biológica. Apesar do modelo biomédico ainda ser hegemônico, na maioria das vezes reduzindo o olhar sobre doença à questão fisiológica, as dimensões antropológica, sociológica, filosófica por sua vez estão contribuindo para um entendimento mais holístico das questões relacionadas ao adoecimento. Assim, é preciso que os conceitos de saúde e doença sejam ampliados, levando em consideração aspectos sociais, culturais e econômicos do processo saúde-doença das comunidades.

A primeira questão levantada com os entrevistados neste contexto, diz respeito à aferição de relatos se “nos últimos 12 meses houve algum caso de doença na família? E quais doenças?”. As principais doenças que tiveram incidência nas famílias dos entrevistados foram gripe, diarreia, virose, verminoses, micoses, dentre outras, de acordo com os relatos,

Gripe, virose, bursite, bico de papagaio, artrose (E 01).

Gripe, sempre aparece eu, minha filha, ela aqui (esposa), diarreia já é quase normal, sempre dá aqui (E 02).

Falta de ar, minha neta tem muita falta de ar, gripe. Até ontem deu diarreia no meu marido (E 03).

Do meu filho e neto negócio de apendicite e diarreia sempre tem (E 04).

Muita virose, diarreia, dor de barriga (E 05).

Gripe que dá mais, e diarreia também (E 06).

Diarreia, virose (E 07).

Eu peguei uma crise de ameba, tem muito verme (E 08).
 Sinusite, gripe, virose (E 09).
 Virose (E 10).
 Virose, que dá muito, depois dor de barriga às vezes dor de cabeça (E 11).
 Micose, problema de estomago, diarreia, ameba (E 12).
 Vômito, diarreia, bateu recorde dessas doenças. Também teve gripe (E 13).
 Virose, atacou muito aqui, aí depois diarreia, gripe, essas coisas sempre tem (E 14).

Diante dos relatos, percebemos que tais agravos à saúde são característicos de consequências das condições ambientais, sanitárias e de hábitos inadequados de higiene e saúde, revelando-se um problema grave. Visto que, principalmente, um hábito primordial, que é o tratamento adequado de água nem sempre é realizado, e a população, carente de serviços público de atenção primária à saúde torna-se vulnerável às doenças transmitidas pela água não tratada, e hábitos de frágil atitude higiênica.

Além disso, a ausência de sanitário adequado na maior parte das casas e a eliminação de dejetos no *peridomicílio*, por uma parcela significativa da população da comunidade pesquisada, favorece a proliferação de vetores e micro-organismos causadores de doenças endêmicas, parasitoses e a contaminação das águas do rio e igarapé.

Nesta perspectiva, interessa-nos saber “quais são os principais problemas e agravos de saúde que o entrevistado observa na comunidade”. Os citados foram gripe, diarreia, acidente com animais peçonhentos (*picada de cobra*), micose, reumatismo, artrose, hipertensão, diabetes, alcoolismo, hanseníase, câncer e problemas respiratórios. Evidentemente que a ausência de água tratada e a falta de condições sanitárias ideais têm provocado o relato substancial de surtos de diarreia e doenças dermatológicas nas famílias dos entrevistados.

Outra questão de saúde pública levantada, diz respeito à existência de posto de saúde ou serviço de saúde comunitária. Verificamos os seguintes relatos:

Não, não tem posto, nenhum serviço de saúde, só minha filha que é agente de saúde, ela já se virou pra conseguir um posto de saúde e até agora nada (E 02).
 Posto não tem, agora já que tão vindo aqui pra escola, ai a gente já aproveita que tem esse atendimento ai, paresque agora que vai melhorar, o tempo que nós vamos pra cidade a gente vai ai na escola (E 04).
 Não tem nada. De ultimamente que tem agora a agente de saúde (E 07).
 Era muito bom se tivesse, mas não tem, o prefeito é só promessa (E 10).
 Não, posto de saúde não, mas tem a agente de saúde (E 14).

Conforme se pode aferir nas respostas, percebe-se a inexistência de unidade de saúde na comunidade, tendo somente a figura da agente comunitária de saúde (ACS), moradora da comunidade, responsável pelo acompanhamento do estado de saúde de todas as famílias. A falta de uma unidade de saúde com um *staff* habilitado para o serviço de atenção básica à saúde quilombola na CRQM Muratubinha expõe o desamparo da comunidade, que tem seus direitos constitucionais ao acesso aos serviços públicos de saúde afetados, resultando em sérias fragilizações no trato com a saúde coletiva local.

Diante dessa situação, perguntamos aos moradores “em caso de doença, onde eles procuravam atendimento com maior frequência”, e os relatos corroboram a falta de atendimento de saúde dentro da comunidade, atestado nos depoimentos anteriores,

Na cidade, porque aqui não tem, até antes tinha uma ambulância que a gente ligava e vinha, mas não sei o motivo que saiu parou de funcionar, agora quando precisa é um socorrendo o outro (E 01).

Lá na cidade, no hospital, inclusive faz uns quatro dias a surucucu mordeu um rapaz aqui, aí teve que ir direto pra lá se não morria. A gente ainda usa o contraveneno, uma misturada que é feito, até se ir trabalhar pode tomar um pouco antes de ir que até previne se acontecer algum mal (E 02).

Nós vamos pra Óbidos, essa agente de saúde não resolve, não vai com a gente, aí já vai direto pro posto 24 h em Óbidos (E 04).

No hospital, em Óbidos ou Oriximiná (E 07).

Na cidade, a gente trata lá, ou vai pra Oriximiná, Santarém (E 08).

Lá na cidade, no posto dos Zuraia (E 12).

No 24 horas, agora paresque vem de 2 em 2 meses fazer ai na escola um atendimento (E 13).

É mais na cidade, agora que começaram a vir de mês em mês, aí já evita de a gente ir pra lá pra cidade, gastar com passagem, com comida (E 14).

Não se precisa um esforço analítico para constatar que, com as falas proferidas pelos moradores da Comunidade Remanescente de Quilombo Muratubinha, não há atendimento contínuo, constante e estratégico de saúde coletiva local. O atendimento de serviço de saúde passou a ser realizado, segundo alguns relatos, mensalmente ou de dois em dois meses. O serviço é realizado em um barracão, ou nas salas da escola da comunidade, sem infraestrutura apropriada. Tal fato afeta a qualidade do atendimento prestado no local.

Atualmente, a opção exposta pelos entrevistados está em sair em busca de atendimento na própria zona urbana de Óbidos, ou mesmo em outros municípios como Oriximiná e Santarém, com a finalidade de encontrar recurso especializado a diversos tipos de agravo a saúde, sejam sérios ou não.

Cabe ressaltar tópicos das narrações, como a fala do Entrevistado 01, que explica que por um período houve um meio de transporte disponibilizado aos quilombolas, para qualquer urgência ou emergência que viesse a ocorrer nas comunidades, denominada de *ambulancha*. Entretanto, tal serviço foi desativado pelo governo do município, fato que tem gerado insatisfação da comunidade, pois contribui ainda mais para gerar perda de qualidade de vida dessa comunidade.

Como resultado dessa inativação, os entrevistados relatam as suas principais dificuldades na busca por atendimento em saúde: dificuldade de locomoção, no que diz respeito a transporte para a remoção, é citada em diversas falas, *“O problema é de transporte pra levar os doentes, não tem pra gente ir, tem que emprestar ou pagar pra ir pra Óbidos” (E 05)*. *“É o transporte ruim, a gente tem dificuldade com isso Tinha uma lancha aqui que vinha buscar agora não tem mais” (E 06)* *“O transporte, as vezes o tempo não ta muito bom, não tem como ir rápido na nossa canoa” (E 10)*.

Por outro lado, essa inativação da *Ambulancha* gera mais fragilização na atenção básica à saúde dos moradores de Muratubinha. Os entrevistados acreditam que a distância é um dos paradigmas mais decisivos no atendimento à população quilombola, e interfere no desfecho dos casos, conformem narram os entrevistados 09 e 11, respectivamente, *“quando o caso é grave o ruim é a distância, antes vinha uma lancha mas disque ta parada agora”*. *“Em relação a dificuldade é a distância, por que o barco é só segunda, quarta e sexta, ai dificulta pra gente quando ta doente, ai tem que ou arranjar barco ou esperar pra ir no dia”*.

Além das dificuldades aliadas à distância, locomoção, econômica, já relatadas, ressaltamos o discurso do entrevistado 02:

A maior dificuldade que tem é por causa da burocracia que existe lá, as pessoas tão lá só pra ganhar seu dinheiro, você chega lá a atendente só dá as costas pra gente, e se a gente chega fora de hora não tem mais ficha, ai não atende a gente porque não tem mais ficha, porque a gente a vez custa pra chegar lá, e não recebe atendimento (E 02).

Percebemos no discurso do entrevistado 02, uma denúncia das consequências que acontecem sobre direitos de cidadania quando a burocracia está em cena. Segundo o Entrevistado 02, quem busca atendimento na cidade, ainda precisa contar com o péssimo serviço burocrático mesclado ao caos da falta de médico e fichas para atendimento nas unidades de saúde na zona urbana, sendo mais agravante no processo de busca por cuidados, corroborado pelas falas dos entrevistados 03 e 04, respectivamente: *“Agora acontece que a gente chega tarde la*

na cidade e não tem mais ficha, nem médico ta tendo mais na cidade, aí complica”; “O problema que lá em Óbidos é muita gente e quando a gente chega lá já não tem vaga mais pra nós”.

No que tange a situação vivenciada pelos quilombolas, foi lhes perguntado “o que pode ser feito para melhor a saúde das pessoas na comunidade”. Os entrevistados propuseram:

Muitas coisas, a gente se conscientizar da nossa saúde e se cuidar (E 01).
Se a gente tivesse um atendimento aqui mês o dentro da comunidade, um atendimento adequado (E 02).

Falta melhorar do governo, a gente não tem um poço, pra tomar agua no verão, se tivesse um poço pra comunidade ia melhorar, a gente não tem uma alimentação saudável também. Na escola também no verão é triste, não tem energia pra conservar alimentos pra nossas crianças (E 03).

Podia ter era um posto, porque eu digo que assim ia melhor, se tivesse uma enfermeira aqui pra atender a gente, que dai de a gente correr pra cidade, a gente já ficava aqui (E 04).

Quando adoecer tinha que ter um médico um posto aqui, quando a doença é mais grave a pessoa morre antes de chegar em Óbidos (Entrevistado 5).

Ter um posto, ai sim ia melhorar com enfermeiro devia ter isso aqui (E 06).

Se a gente tivesse um atendimento médico aqui pelo menos uma vez por mês, ai era bom (E 07).

Colocar um posto de saúde, um médico pra tratar do pessoal da comunidade, isso ia ajudar (E 08).

Um posto de saúde, pra atender a gente mais rápido (E 09).

Melhorar colocando enfermeiro pra a atender aqui todo mês (E 10).

Melhorar o atendimento da ACS, vir uma enfermeira, mas pra isso tem que ter um posto de saúde também (E 11).

A ACS orientar melhor, vir mais nas casas da gente, mas só isso não adianta, tem que vir médico também por aqui. Mas aí a gente tem que procurar fazer o melhor também, porque se a gente não fizer a nossa parte prevenir, a gente não pode culpar o médico (E 12).

Atendimento todo mês do médico (E 13).

Não sei te explicar (E 14).

Os depoimentos deixam evidente que, na perspectiva dos entrevistados, a presença de uma equipe de saúde (ACS, médico, enfermeiro), e de um lugar adequado para os atendimentos de forma integral, são políticas públicas de saúde de extrema importância para uma melhoria nas condições de saúde da comunidade.

Além disso, segundo os quilombolas entrevistados, a importância destes seria pela agilidade no atendimento e pela resolutividade, superando o problema da demora no atendimento a casos que demandam urgência ou emergência. Além disso, chama atenção ainda as falas dos entrevistados 01, 03 e 12, advertindo que a iniciativa pode partir de cada indivíduo, com a prática de hábitos culturais saudáveis, baseados na prevenção e promoção da saúde.

Cabe ressaltar que nas falas, o discurso biomédico pode influenciar de certa forma o que os quilombolas entrevistados entendem por saúde, quando reproduzem

que saúde é a ausência de doenças, e pela maneira como devem ser seguidas as formas de prevenção, promoção e assistência. As respostas vão ao encontro de uma proposta de se ter sistema oficial de saúde na comunidade.

3.5.5. Hábitos Culturais e as Práticas de cuidado da saúde

Após traçar um panorama do contexto social, sua relação com hábitos culturais e a questão da saúde coletiva na CRQM Muratubinha, e analisar o sistema de cuidados de saúde popular, em concordância com as ponderações antropológicas do pesquisador argentino Martín Alberto Ibáñez-Nóvion (1974) sobre o corpo humano, a enfermidade e sua representação, reconhecemos que esse sistema funciona com componentes de saúde de uma sociedade que não depende exclusivamente de um especialista oficial na sua lida com a saúde e as enfermidades.

Além disso, nota-se que as ações são feitas *in loco* onde se processam as primeiras intervenções de atenção básica seja preventiva, de emergência ou urgência, e onde se tomam as primeiras decisões inerentes à crise, com desencadeamento de negociação individual, familiar e comunitária. Com o objetivo de obter mais informações sobre a questão, insistimos junto aos entrevistados com a pergunta “se já utilizaram ou utilizam dos serviços de algum comunitário para cuidar da sua saúde e de sua família”,

Aqui a gente utiliza a agente comunitária de saúde, tem gente que benze, tem os consertadores, a gente manda puxar, aí às vezes tá desmentido aí a gente já corre pro consertador (E 01).

Já sim, já fui lá no Pedrinho (E 02).

Eu sempre me conserto ali no consertador, aí também eu vou em Óbidos com alguém que sabe benzer (E 05).

Só o consertador, minha mulher que usa às vezes plantas (E 07).

A gente vai sempre no consertador quando ta com desmentidora (E 08).

Minha mãe é consertadeira (E 10).

Quando tem alguma desmentidura, a gente costuma pedir pra ir puxar, acho que isso é benzedeiro também (E 12).

As narrações não deixam dúvidas de que há uma busca por terapia popular por parte dos sujeitos da pesquisa, relatando que utilizam de processos e práticas de cura não oficiais realizadas por “consertadores” e benzedeiros. Como afirmam Franco e Barros (2006), as práticas terapêuticas populares apresentam-se como meio eficaz de lidar com os agravos e/ou doenças mais leves nos quilombos.

Práticas não convencionais de saúde do ponto de vista da academia médica, e apesar de serem rejeitadas com frequência por séquitos das ciências e pela medicina oficial, continuam sendo adotadas pela população, dado o seu valor de eficácia fundamentado nos testemunhos de quem já se submeteu ao processo.

Esses métodos não foram sufocados pelo saber científico exatamente porque podem oferecer respostas às enfermidades e sofrimentos vividos pelas pessoas em seu cotidiano. As narrações dos participantes desta investigação evidenciam essa constatação, a de que a maioria acredita na eficácia e utiliza as práticas para solução de seus problemas de saúde. No caso de busca de consulta com benzedeiros, os entrevistados relatam que:

Um dia desses a mãe dela (esposa) benzeu meu pé, peguei uma furada, ai tava saindo sangue, dando íngua na coxa, ai fui pra cidade, tomei uma cartela de amoxicilina ai nada não melhorou, ai mandei benzer, ai saiu pedaço de pau de dentro do meu pé ai ficou saradinho (E 01).
Quando eu quero eu vou em Óbidos, lá em Curuai com Pedrinho (E 02).

Percebe-se nas duas narrações que a prática de benzeção também é bastante procurada pelos sujeitos da pesquisa, pela sua eficácia. No entanto, há na comunidade relato da presença de somente uma benzedeira. Quando os quilombolas precisam de tal auxílio e a benzedeira está ausente, de imediato procuram em outras localidades adjacentes pelo serviço da medicina popular, como referido pelo entrevistado 02.

Essa crença em benzedeiros possui uma dimensão significativa no processo de cura das doenças, pois, é através desses sábios populares que a medicina popular deixa de ser um conjunto fragmentado de práticas de cura para se tornar um sistema complexo e articulado de conhecimentos sobre vida, doença e morte.

Quando perguntados se utilizavam serviço de erveiros (raizeiros), a maioria das respostas foi negativa. Entretanto, durante as entrevistas, foi relatado o uso frequente de plantas medicinais na forma de chá, sumo, infusão, xaropes e banhos, mas que eram produzidas pelos próprios sujeitos. Neste ponto, o papel do erveiro (raizeiro) não se configurou nesta comunidade, talvez pelo fato de os entrevistados terem certo domínio do conhecimento sobre as plantas medicinais e os tratamentos que elas podem produzir efeito eficaz,

A gente mesmo faz os remédios aqui em casa das plantas (E 01).
Eu mesmo faço meu remédios (E 02).
Eu faço chá de plantas caseiras que eu tenho em casa mesmo (E 03).
Eu mesmo planto aqui (E 06).

As práticas relacionadas ao uso popular de plantas medicinais são alternativas que as comunidades tradicionais fazem com frequência, sejam indígenas, sejam quilombolas, em vista de tornar viável tratamento de doenças ou manutenção da saúde. No que se refere ao uso das plantas medicinais em comunidades, de acordo com Gadelha *et al.* (2013), “o que está em jogo não é a cientificidade comprovada da planta, mas sim o efeito de resposta dela no cotidiano de seus usuários”.

Salienta-se, neste ponto, que o conhecimento popular é produzido por meio do valor empírico aliado à crença sobre seus efeitos, que é fortalecida diante da capacidade de resposta sobre os agravos e/ou doenças, e cujos resultados são divulgados como conhecimento da experiência sensível tradicional de uma geração a geração. As informações relacionadas ao uso, especialmente de plantas medicinais, são transmitidas de forma difusa, no seio da família, no espaço da comunidade e em um movimento repetitivo naquele contexto socioeconômico em que foram criadas e socializadas.

Diante de tais hábitos culturais em saúde, perguntamos “quais são as principais doenças que o levam a procurar esses serviços comunitários de saúde?”.

Quando ta inflamada, quando começa a ficar vermelho, esipela (E 01).
Tudo enquanto, dor de cabeça, dor no estômago, azia, colesterol (E 02)
Quando torce o joelho, um dedo, um braço (E 07).
Desmentidura, dor de cabeça, dor no estômago (E 10).
Quando a criança tem quebranto eu levo pra benzer (E 14).

São diversos os malefícios em relação ao corpo e ao espírito que levam os sujeitos utilizar dos serviços comunitários de saúde. Está no prático popular, no benzedeiro, segundo estudos de Gomes e Pereira (2004), o dom ou a habilidade especial para fazer a ação de cura. Na medicina popular e nas razões pelas quais as pessoas buscam os agentes de benzeção, pode-se entender como promoção de saúde. Veja a fala de E 14, a reza de benzeção no tratamento do quebranto, serve de cura e também de fator proteção que evita ser a criança acometida por algum mal.

Esses práticos são referências de cuidados em saúde na CRQM Muratubinha. Mais que isso, segundo os relatos, a busca de cuidados ou atenção à saúde ocorre de acordo com a complexidade e o quadro sintomático da doença, porém eles sabem definir o momento exato de buscar cada prática. Antes de procurar o serviço de

saúde oficial, a maioria dos comunitários de Muratubinha costuma utilizar recursos populares, fazendo uso dos serviços da medicina popular para encontrar uma solução para seus problemas de saúde.

No caso da utilização de plantas como remédios, foi perguntado ao sujeito, quais as principais plantas utilizadas e para quais doenças. As plantas medicinais relatadas foram: calêndula, chicória, babosa, cedrinho, boldo, corama, amor crescido, japana branca, hortelãzinho, pião roxo, limão, andiroba, paregórico, arruda, copaíba, pequiá, capim cheiroso, estoraque, alho, mastruz, graviola, crajiru, urucum, cidreira, goiabeira. Segundo os entrevistados, cada planta tem funções próprias; e pode ser utilizada na preparação de chás, sumos, xaropes, na forma de pomada, para inúmeras doenças⁸ (Cf. ANEXO III).

Percebe-se um alto conhecimento etnobotânico dos moradores da comunidade sobre o uso de plantas medicinais mais utilizadas pela comunidade. Em relação à obtenção, pelos quilombolas, das plantas medicinais utilizadas, podemos afirmar que, segundo nossas observações e a indicação dos informantes locais, as plantas medicinais são cultivadas nos quintais das casas diretamente no solo, ou em pequenos canteiros (girais) suspensos na forma de palafita, ou em recipientes plásticos ou de alumínio.

As partes das plantas utilizadas são a folha, o caule, a raiz, a casca, a semente e o bulbo, entretanto, a parte da planta mais utilizada pelos entrevistados são as folhas. As formas de preparo dos remédios naturais elaborados pelos quilombolas, a partir das partes dos vegetais medicinais caracterizam-se como chás, xaropes, compressas, sumos, emplastos, óleos, suco, que são usados para quase todos os tipos de indicações terapêuticas (ANEXO III). Conforme apresentado o quadro em anexo, as plantas citadas pelos quilombolas entrevistados são utilizadas no tratamento das mais diversas categorias de doenças.

Se resgatarmos os depoimentos sobre os tipos de doenças que mais se manifestaram no último ano, notaremos a predominância das patologias dos sistemas digestivo e respiratório; bem como notaremos doenças do aparelho digestivo, que incluem cólicas, dor no estômago, gases intestinais, náusea, vômito, diarreia e gastrite. Ora, as plantas medicinais que foram mencionadas nos

⁸ Encontra-se no Anexo III, o Quadro de Plantas usadas em Terapias Populares para Tratamento de Doenças, citadas pelos Entrevistados.

depoimentos úteis no tratamento de tais doenças, destacam-se: arruda, corama, amor crescido, hortelãzinho, mastruz, boldo, cidreira e capim-santo.

Evidenciou-se ainda que as informações relacionadas ao uso das plantas medicinais são transmitidas de forma difusa, no seio da família, no espaço da comunidade e em um movimento repetitivo naquele contexto socioeconômico em que foram criadas e socializadas. No entanto, alguns sujeitos relatam que nem sempre o conhecimento vem de família, como no caso do Entrevistado 01:

A gente tem um livro de medicina a à z, a gente utiliza calêndula pra dor no estomago pra fígado, faz o chá, a gente gargareja duas vezes no dia, serve pra gripe também. Chicória a gente usa também pra azia, a gente mastiga sempre que tiver com azia.

De acordo com o relato do entrevistado 01, as plantas medicinais são recursos que ele utiliza baseado em leituras de livros, o que difere de outros entrevistados que afirmam que a sua utilização é recomendada por membro da família, vizinho ou alguém que teve a experiência com tal remédio (uso próprio ou preparado para outra pessoa). Como se pode observar na fala do narrador que aprendeu a fazer certos “medicamentos caseiros” com sua mãe. *“Aqui é quando a mamãe indica, a gente usa chá de alho pra gripe, tosse, é a única coisa que eu sei pra gripe. Chá de boldo por causa do fígado que tava ruim. Chá de folha de goiabeira pra diarreia”*.

Além disso, alguns cuidados são realizados por meio das plantas medicinais, associadas a produtos de origem animal, como podemos inferir na narrativa de entrevistado 03, *“Corama é cicatrizante, a gente utiliza a folha pra fazer chá duas vezes ao dia, pode até colocar em cima da ferida com a banha de sucuriju, que é pra sarar mais rápido”*. Além do entrevistado 03, o hábito cultural de utilizar parte de animais como forma de terapia, também foi observado e relatado por 4 entrevistados. Como podemos perceber nas narrações:

Mel de abelha a gente toma junto com banha de sucuri também (E 04).
 Banha de boto pra dor no osso, asma também, banha de tartaruga é mais pra rasadura (E 05).
 Banha de galinha pra fazer remédio pra garganta, faz uma mistura e coloca na garganta (E 06).
 A gente usa a banha de sucuri, a banha dela a gente põe em cima do local que ta inflamado ou toma com mel de abelha também, tem a banha de cúpidos que é bom pra asma, toma com mel umas 2 x ao dia, a banha de galinha também é bom pra asma com mel, de 2 a 3 x ao dia, tudo é uma colher por vez (E 11).

Conforme as narrações dos entrevistados, os animais mais utilizados nas práticas populares de saúde⁹, pelos comunitários da CRQM Muratubinha são: abelha, boto, sucuriju, tartaruga, galinha e cúpido (capivara), sendo a cobra sucuriju a mais lembrada. Dela se extrai o óleo, chamado de banha, que é a parte do animal mais utilizada.

Em relação à obtenção, segundo os informantes locais, banhas e óleos são conseguidos por meio dos vizinhos, amigos e até mesmo comprados em feiras. Quanto às indicações terapêuticas, as mais frequentes são problemas do sistema respiratório, do sistema de osteoarticulares e inflamação, sendo que os problemas respiratórios são os mais citados ao se utilizar terapias provenientes de animais.

Diante dessas práticas terapêuticas populares de tratamento a doenças, por meio de benzeção, uso de material florístico medicinal e faunístico medicinal, alguns entrevistados relataram experiências de quando ele ou algum conhecido buscou as práticas para resolver algum problema de saúde, com resultados positivos. Esses relatos são fundamentais na apresentação do testemunho como fator comprovador da eficácia desses materiais da fauna e da flora nos tratamentos de doenças diversas,

Eu tive a experiência assim, eu fui operada da minha mão de um tumor, eu tava tomando o remédio da farmácia que o médico passou, mas eu piorei aqui em casa, eu peguei a babosa eu tirei o estrepe dela, e passava ela direto na minha mão, passava banha de pequiá ao redor porque tava muito inchado, porque nem só do remédio da farmácia a gente pode usar, a gente pode também usar o remédio caseiro, porque eu fiquei muito aperrada aqui em casa, e até a gente ir pra Óbidos, aí eu me lembrei de fazer isso, embrulhei com o pano e então eu melhorei (E 03).

Percebemos, por meio da fala do entrevistado 03, que depois de buscar no espaço oficial por práticas oficiais de saúde e não ter obtido resultado esperado com o fármaco utilizado, ele optou pelo uso da medicina popular, resgatando um hábito artesanal popular de tratamento com babosa, e banha de pequiá. Esse testemunho confirma que as escolhas de tratamento pelo usuário da CRQM Muratubinha integram os aspectos subjetivos, além de estarem ligadas às capacidades de resolução dos problemas de saúde propiciados pelo serviço público e as condições objetivas para que isso ocorra.

⁹ Encontra-se no Anexo IV, o Quadro de Animais usados em Terapias Populares para Tratamento de Doenças, citados pelos Entrevistados.

Segundo Langdon e Wiilk (2010), a procura pela medicina popular antes de recorrer aos sistemas hegemônicos/biomédicos é atitude recorrente em diversas comunidades tradicionais, e está atrelada ao sistema cultural da comunidade tradicional, que agrega visões e conceitos de saúde e doença próprios. Além disso, como formas de tratamentos que incluem o ofício das práticas de cura por agentes da benzeção, suas relações com a comunidade que utiliza seus serviços, sendo estes valorizados por parte dos usuários, visto que há intensa procura da medicina popular e a comprovação da eficácia das práticas. Essa tese de Langdon e Wiilk parece mesmo estar correta. Segue relato dos entrevistados sobre o assunto:

Tem uma mulher aqui que ela é benzedeira, ela é muito boa, dia desses eu caí do cavalo fiquei com o braço batido e aí eu fui lá com ela e ela ajeito, não precisou eu ir no médico, então isso ajuda muito (E 08).

Já tive depressão, me cuidei com o benzedeiro e eu fiquei melhor, ia pra lá com ele, ele rezava em mim, e me deu os remédios, eu fiquei boa (E 13).

Os entrevistados, ao serem provocados a oferecer opinião sobre remédios de fábricas vendidos nas farmácias comparados aos remédios resultantes da sabedoria comunitária, afirmam enfaticamente que:

Geralmente tem remédio por exemplo que é antibiótico, aí faz bem pra uma coisa mas faz mal pra outra, já o remédio que é natural não tem essas coisas. Eu já sei o remédio que é antibiótico, nós temos aqui laboratório meu lá boldo, folha de cedrinho. Coloca de 5 a 7 folhinhas de boldo o cedrinho em litro de água e bota pra ferver. As pessoas ficam caçoando de mim, mas um dia a minha filha veio aqui com diarreia, e eu dei um copo pra ela, tomou e ficou boazinha e assim acabou a pavulagem de discriminar meu remédio. Outra aqui tava com tosse seca, que tinha vergonha, eu peguei e dei pra ela 3 pingos de álcool na xícara com café, e deu certo porque ela já tinha tomado um monte de remédio de farmácia e não dava certo. Pra cada problema eu tenho um remédio. Cedrinho é boa pra colesterol, a mulher parou de tomar a sinvastatina pra tomar esse aqui. Tem muita gente que procura a farmácia, já eu tomo esse aqui (E 02).

O remédio de farmácia é bom, mas o remédio natural o caseiro é melhor, porque o de farmácia ataca muito o fígado (E 06).

Remédio de farmácia eu já tomei muito que eu tinha um problema de gastrite, mas eu não senti muita melhora, aí tive que ir pra operar, mas se seu tivesse o conhecimento que tenho hoje eu não tinha deixado me operar, porque eu acho que os remédios caseiros dava pra tomar, resolveria (E 09).

A confiança na prática popular e nos remédios caseiros é extremamente marcante nas narrações dos quilombolas. Parece-nos que, na perspectiva quilombola, este é um hábito cultural primordial no tratamento ou na prevenção de doenças. Os sujeitos da pesquisa afirmam que o medicamento natural não possui nenhum tipo de efeito colateral negativo, ao contrário do medicamento vendido em farmácias, com as mesmas propriedades, mas que possuem efeitos colaterais indesejados.

Naturalmente que foi difundida pelos comunitários a crença de que o que é natural não faz mal, o que é um equívoco, pois segundo Pasa (2011), algumas espécies vegetais possuem substâncias tóxicas em sua composição química que, considerando a frequência ou o tempo de utilização. Essas substâncias podem interferir nos processos fisiológicos do organismo humano, e até causar problemas irreversíveis à saúde, inclusive morte.

Destarte, quando perguntados se “alguém de sua família já teve algum efeito inesperado ao fazer uso de práticas tradicionais de saúde? Quais?”, apenas um entrevistado revelou já ter havido em sua família um caso com uso de erva medicinal que resultou em óbito. Segundo ele, a morte resultou por conta do uso inadequado do remédio natural. *“Já aconteceu com a minha prima, o filho dela de dois anos tava com asma e ela foi fazer um remédio com a flor da trombeta, ai ela cisma que fez muito forte e a criança veio a morrer depois de tomar esse remédio. Então a gente não tem muita confiança depois disso, porque pode dar errado de fazer muito forte e acontecer essas coisas”* (E 08).

Diante de uma situação como esta, carregada de narrações imprecisas, é necessário insistir junto aos agentes da prática popular de medicina para manter o cuidado dobrado e preventivo sobre plantas que tenham alto nível de toxicidade, bem como estabelecer padrões empíricos corretos de uso que poderão minimizar efeitos indesejados e problemas de saúde nas populações que as utilizam.

Quanto “à opinião sobre os remédios de fábricas, vendidos nas farmácias em relação aos remédios resultantes da sabedoria comunitária, os mesmos”, alguns sujeitos afirmaram que não vêem diferenças significativas entre remédios caseiros provenientes da medicina popular e fármacos da medicina oficial,

Os dois são bons, muitas vez um remédio ajuda o outro. Eu usando o remédio caseiro ajuda na cura (E 03).

Todos os dois serve e resolve, mas eu não me fio só no da farmácia, eu peço meus chazinhos e tomo. Porque quase eu não vou na cidade. Ai as vezes acaba o remédio e eu já tomo o chazinho aqui mesmo (E 04).

As formas de tratamento na visão dos entrevistados 03 e 04 envolvem a simultaneidade de fontes, pois eles recorrem concomitantemente às práticas baseadas em saberes populares, e naqueles provenientes do conhecimento biomédico hegemônico, não havendo distinção na utilização de ambas as formas de tratamento de doenças. Os quilombolas reconhecem que os fármacos possuem uma

propriedade curativa maior do que os remédios naturais, haja vista que são mais seguros, com efeito imediato.

Como afirma o entrevistado 08, *“Da farmácia eu acho melhor, porque de outro jeito a gente tem medo de fazer porque já aconteceu aqui de dar errado”*. Essa narração evidencia que as pessoas não negam as duas formas de tratamento de doenças. Elas se utilizam do serviço médico oficial e de fármacos indicados pela medicina oficial, quando há oferta do serviço na rede pública de saúde. Todavia, elas fazem uso do serviço popular de medicina em um primeiro plano de decisão de procura, ciente do alinhamento de práticos populares de saúde com fatores religiosos ou atitude de fé. Essa unidade é demonstrada nas narrações dos moradores entrevistados,

Vai depender da fé da pessoa, se ta com uma doença e ta com fé que vai curar, pode ser de farmácia ou caseiro, vai curar (E 07).
Eu acredito que o remédio natural é tão bom quanto o da farmácia, mas ele ajuda a prevenir o da farmácia é quando a doença já ta mais avançada, mas eu acho que os remédios naturais são bons (E 12).

Em relação às práticas tradicionais de cuidado com a saúde, levantamos com os pesquisados se eles tinham percepção dos efeitos positivos quando se utilizam de práticas tradicionais. O entrevistado 02 relata, *“Eu sinto melhoria com meus remédios aqui. Tem muita coisa que é ruim pro homem, muitos peixes, comidas reosas faz mal pra nós, pra próstata. Eu não tomo remédio de farmácia pra próstata, meus remédios é tudo daqui que eu planto e faço meus chás”*.

Percebe-se nessas narrações a manifestação de efeitos positivos dos hábitos culturais tradicionais no trato com saúde e doença, bem como uma valorização empírica de costumes culturais que auxiliam decisivamente na qualidade de vida dos moradores da comunidade. Isso está consonante com a fala do entrevistado 04, *“Me sinto bem, quando eu uso minhas plantinhas quando eu tomo, eu acho bom”*; e do entrevistado 06, *“Percebo, principalmente quando uso os remédios de farmácia e não fica bom, e o caseiro tu vai e faz e toma e fica bonzinho.”* Nesta perspectiva, perguntamos aos quilombolas, que fazem uso de práticas populares, se eles indicam para outro morador da comunidade algum tipo de prática tradicional de saúde.

Pra minha família sempre eu dou. Eu indico, pra mim tem dado certo então eu indico, porque se for esperar pra comprar na farmácia é caro, melhor usar os daqui (E 02).
Às vezes, quando vem e me pergunta, quando eu vejo também que eu posso falar. A gente aconselha (E 03).

Pra meus netos, eu sempre faço e dou logo. Pra gripe, diarreia (E 04).

A maioria relata que sim. Entretanto, somente o fazem mediante interesse e abertura do outro indivíduo para práticas populares de saúde, distintos do modelo de saúde oficial, sendo mais comum essas informações serem transmitidas e replicadas a membros da própria família. Assim, indicando que estes são hábitos culturais em saúde repassados de geração em geração, respeitadas as condições hierárquicas e graus de parentescos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação resulta de estudos teóricos nos seus estágios mais altos de desenvolvimento, de inserção, investigações de campo, de análise de dados coletados e da escrita final, pertinentes às condições de vida e hábitos culturais relacionados às questões de saúde e doença numa comunidade de remanescentes de quilombos da região do Baixo Amazonas, a CRQM Muratubinha.

Fruto de extenso processo de pesquisa, o presente texto intentou apresentar sistematicamente elementos que pudessem identificar que o cotidiano vivido e as inquietações dos moradores da comunidade pesquisada diante dos problemas de saúde estão atrelados a diversos aspectos, tais como, biológico, social, econômico, ambiental, e, de maneira incisiva, o cultural, que a nosso ver influenciam e determinam a qualidade de vida na comunidade Muratubinha.

O tema geral, proposta inicial da pesquisa, que serviu de eixo epistemológico durante o processo de construção da investigação até culminar com o texto é interdisciplinar, a saber, os hábitos culturais e a saúde coletiva numa comunidade de remanescentes de quilombo e mocambo, localizada em área de várzea na região do Baixo Amazonas, no oeste paraense.

Dada a complexidade de nosso tema de pesquisa, as relações de interdisciplinaridade que os tópicos aqui apresentados e pesquisados envolveram e o caráter subjetivo e qualitativo da pesquisa, houve uma necessidade de ampliação, nos limites do que nos propomos investigar a partir de uma questão científica norteadora, do campo de discussão incorporando alguns pontos que nos ajudaram a aprofundar a análise e oferece novas perspectivas sobre o tema cultura e saúde.

Assim, as investigações tomaram corpo dentro de temáticas que foram pensadas como categorias interdisciplinares entre cultura e saúde que serviram para nos ajudar a obter uma resposta plausível à nossa questão científica: *as práticas sociais cotidianas e os hábitos culturais em saúde influenciam a qualidade de vida de moradores de uma comunidade quilombola da Amazônia?* Essa questão científica foi a base que nos levou aos resultados, por meio da análise observacional e das entrevistas com os quilombolas, identificando e descrevendo as narrativas dos moradores da comunidade quilombola investigada sobre suas práticas cotidianas culturais e as concepções locais de saúde e doença vigentes, bem como os

caminhos percorridos por eles para lidar com agravos em saúde, sejam essas vias baseadas no sistema médico oficial ou tradicional.

A pesquisa foi planejada em três momentos distintos, para que pudéssemos alcançar nossos objetivos. Primeiramente, discutimos e demonstramos a complexidade conceitual de cultura e sua relação com a questão quilombola na Amazônia, pois as pesquisas seriam realizadas em ambiente de quilombo na região do Baixo Amazonas.

Por sua vez, no segundo momento, apresentou-se a questão de cultura e hábitos quilombolas atrelados ao domínio saúde e doença. No terceiro momento, ocorreu a visita técnica e a pesquisa de campo propriamente, análise dos dados, e uso dos resultados para responder ao problema da pesquisa.

No que se refere ao conceito de cultura e sua relação com os quilombos da Amazônia, é preciso apontar que não se pode padronizar o conceito em cima de uma caracterização particular de um grupo social ou étnico. Cabe sim apontar o conjunto de atos e atitudes, bens materiais e imateriais, que fazem de um grupo social uma comunidade coesa e de sólidos laços identitários. Ressaltamos que na região amazônica, o povo quilombola, detentor de uma diversidade cultural gigantesca, tem construído hábitos e maneiras de viver nas condições exigidas por um meio ambiente denso de florestas e rios.

Portanto, analisamos a temática dos hábitos culturais e da saúde coletiva em comunidades quilombolas. Sendo os hábitos culturais tudo aquilo que um comunitário quilombola põe em prática no seu viver cotidiano, bem como os encaminhamentos culturais de comportamento que permitem ele lidar com a relação saúde e doença. Destacando, nessa realidade, os sistemas de cuidado da saúde que existem na comunidade e que são utilizados pelos quilombolas, seja ele sistema médico oficial, seja ele sistema popular de medicina e as consequências desses cuidados para uma compreensão de qualidade de vida local.

Neste sentido, nossa pesquisa foi bastante incisiva e exitosa, ressaltando as cinco categorias emergidas no processo investigativo. Sobre a primeira categoria, *Hábitos culturais e saneamento*, foram apontados diversos problemas de ordem sanitária, seja por ingenuidade, desconhecimento, displicência; seja por hábitos inapropriados ou equivocados de cultura, que tornam a qualidade da vida pouco saudável, e uma qualidade da saúde que põe em risco a vida.

Averiguou-se nessa categoria que um dos principais problemas que interferem na qualidade de vida dos quilombolas é a má condição sanitária, evidenciada pela ausência de serviços básicos por parte do poder público (exemplo: água tratada, tratamento adequado do lixo, ausência total de estrutura sanitária). Além do fato da comunidade manter hábitos higiênicos inapropriados, e adoção de espaço sanitário (banheiro) inadequado para o estabelecimento de mínimas condições de uso higiênico, tornando vulnerável a vida e a saúde da coletividade quilombola do Muratubinha.

A segunda categoria que emergiu da pesquisa, trata dos hábitos culturais e do meio ambiente, com pontos preocupantes sobre a qualidade do ambiente em que vivem os comunitários pesquisados. Considerando a participação efetiva ou não em medidas que contribuem para a preservação de espécies vegetais e animais, e fazendo uso racional e sustentável dos recursos hídricos, fatos estes que não podem ser descartados de traços culturais. Os relatos nos ajudaram a perceber preocupações gerais dos comunitários do Muratubinha com o meio ambiente em que vivem.

Assim, estão presentes nas narrações certa ansiedade memorial do passado que recorda atitudes que, nos tempos contemporâneos, chamaríamos de sustentáveis; ao mesmo tempo em que há críticas e condenações de certas atitudes do presente, almejando mudanças de atitudes e hábitos para melhorar a qualidade de vida coletiva. Nesta categoria, as narrações destacaram a poluição do igarapé Muratubinha e do rio Amazonas, a queimada indiscriminada do lixo doméstico inorgânico, pequenos focos de desmatamento de criadores de gado, que afetam a qualidade da saúde coletiva.

Na categoria dos hábitos culturais e da qualidade de vida, notamos uma percepção bastante interessante sobre qualidade de vida. Os comunitários consideram atividades ou elementos do tipo festejos e lazer; transporte comercial, escolar e de saúde; alimentação de base local e industrial, como quesitos fundamentais para uma qualidade de vida almejada como saudável. Esses elementos da categoria de fato influenciam decisivamente a qualidade de vida local porque são atividades comuns para os moradores desta região do Baixo Amazonas.

Consideramos, ao final de nossa pesquisa, que esses elementos contribuem com a tese de Paulino e Azevedo (2016) de que são as premissas culturais, muito

mais que a influência biológica, que regulam a nossa saúde e definem quanto e com que qualidade nós podemos, queremos ou somos obrigados a viver, apesar e com as condições diversas e adversas oferecidas pela natureza.

No contexto desta categoria, notou-se nas narrações que os moradores têm percepção de há restrição de espaços de atividades físicas e de lazer; carência de estrutura de transporte entre a comunidade e a sede do município, principalmente para situações emergências como são os casos de saúde, para o escoamento de produção local e fortalecimento da economia da comunidade. Eles também apontaram a diminuição do pescado nas áreas de trabalho pesqueiro da comunidade, provocando ameaça à segurança alimentar local, pois a topografia local, propensa a eventos de inundação, inviabiliza uma produção agrícola qualificada (NARDOTO *et al.*, 2011).

Na categoria sobre hábitos culturais e a relação saúde e doença, foram registrados nos relatos fatores relacionados às condições precárias de saúde, expondo que grupos populacionais como os quilombolas estão mais sujeitos a uma condição de maior vulnerabilidade em saúde, por conta da distância dos centros urbanos e centralização do acesso ao serviço de saúde justamente nesses centros, além da falha no aporte público em prol de sistemas mais locais e tradicionais, funcionáveis, práticos e mais eficazes na situação de prevenção (OLIVEIRA, 2002). Nesta perspectiva, pudemos evidenciar que de um modo geral os agravos a saúde estão atrelados a hábitos e condições de vida da comunidade, mas também a população tem sido alijada de seus direitos básicos em saúde, conforme narram os próprios moradores do Muratubinha.

Como última categoria dos resultados desta pesquisa, temos as práticas culturais de cuidado da saúde, cujo destaque foi o papel das práticas terapêuticas populares baseadas no uso de plantas medicinais, animais para uso terapêutico e cuidados associados às crenças religiosas. Foi possível identificar que a comunidade, caracteriza-se pelo forte vínculo com o meio ambiente, sem restrições ou preconceitos à dimensão espiritual dos práticos de saúde, que fazem o procedimento da benzeção ou *concertação* na comunidade.

Identificamos a utilização de saberes culturais próprios para o cuidado de inúmeras doenças, com a aglutinação de saberes e práticas tradicionais de cuidado à saúde com o conhecimento científico, caracterizando-se como uma possível

tentativa de superar a falta de acesso aos serviços básicos de saúde e, principalmente, como valorização da cultura deste povo (IBÁÑEZ-NÓVION, 1974).

Segundo define a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (WHO, 1946). Entretanto, somente nas últimas décadas é que tem ocorrido uma preocupação cada vez maior com atividades relacionadas à cultura que impactam na saúde humana e conseqüentemente na qualidade de vida (BERGNER *et al.*, 1981). Por isso, a temática de nossa dissertação procura responder questões sobre como a cultura interfere na capacidade das pessoas de intensificar o viver, superando a ideia de que saúde seja meramente ausência de doença. É por esta razão também que a temática da boa saúde relacionada a hábitos de cultura passou a ser vinculada ao tema da qualidade de vida.

Quanto à Qualidade de vida, conceito desenvolvido nos anos sessenta como crítica aos modelos desenvolvimentistas implantados até então tanto no mundo neoliberal quanto nos espaços socialistas, levando o debate para uma instância pós-desenvolvimentista, com a tese de que o *progresso avança e regride na história das sociedades modernas, de acordo com os interesses de estágio, classe e grupo social, e como os conflitos sociais, políticos e ambientais são resolvidos* (HERNÁNDEZ, 2017, 27). O autor apresenta que o progresso não beneficia de maneira justa e igualitária a todos os setores da sociedade, já que a desigualdade é um fenômeno permanente em sociedades organizadas principalmente a partir de fatores econômicos e primazia do capital.

O debate sobre qualidade de vida, por esta razão, no âmbito de nossa pesquisa visa a compor de fato uma percepção de como populações tradicionais de quilombos se organizam para superar as irrisórias estruturas do sistema oficial de saúde, por meio de formas de intervenção preventiva e, até mesmo curativas, para que haja um mínimo de bem-estar na própria saúde e conseqüentemente na qualidade de vida das pessoas dessas comunidades. Esse enfoque implica em discutir questões que envolvem as condições de vida da população quilombola a partir de indicadores sugeridos pelas narrativas dos entrevistados sobre satisfação de suas necessidades de saúde a partir de seus comportamentos culturais. Neste sentido, Dias da Silva (1999) defende que a qualidade de vida está diretamente relacionada com o grau de satisfação de vida do indivíduo sobre vários aspectos

como saúde, habitação, transportes utilizados, alimentação, atividades de lazer, ambiente de trabalho, vida sexual e amorosa, bem como quanto à liberdade, autonomia, segurança financeira, pressões e tensões da vida contemporânea. Esses fatores não podem ser considerados de maneira estanque na avaliação da qualidade de vida e das condições da saúde coletiva, mas como fatores interligados e interrelacionados, influenciando decisivamente a qualidade da saúde e, conseqüentemente, da vida das pessoas.

Por sobre os aspectos da qualidade de vida e das boas práticas de saúde estão os hábitos culturais coletivos, conceito que implica percepções da relação entre as condições que os quilombolas vivenciam, seus hábitos, os saberes populares, as práticas de saúde e suas vinculações a questões sagradas. Além disso, o conceito hábitos culturais relacionado à saúde coletiva abre possibilidade de potencializar ações de cuidado nas comunidades, fortalecendo a participação popular nos processos de cuidado da saúde. As narrações, nesta categoria, evidenciam haver relação direta saúde e práticas de saberes populares de cura, que reflete na boa ou má qualidade de vida dos quilombolas do Muratubinha. Isto é importante porque sugere a necessidade de um fortalecimento dessa sensibilização na comunidade quanto à importância da adequação ou até mesmo mudança de seus hábitos ao meio em que vivem nos parâmetros da cultura religiosa e ambiental, em vista do empoderamento do sistema da comunidade de saúde e da qualidade de vida dos próprios moradores.

A situação retratada nesta dissertação representa a realidade de muitas comunidades quilombolas no Brasil. Os hábitos culturais são diversos e permeiam os problemas enfrentados, em especial, nos cuidados com a saúde. Essas pessoas estão inseridas em ambientes onde os recursos são limitados e as opções são precárias. No entanto, ainda assim, diante de tantas dificuldades e alguns hábitos peculiares, elas buscam na sua cultura de valor popular e tradicional encontrar meios para um melhor cuidado das pessoas.

Além disso, é importante compreender tais significados, concepções e caminhos para todos aqueles que estão envolvidos com a temática cultura e saúde nas comunidades quilombolas, pois hábitos culturais em saúde em comunidades quilombolas é uma temática recém inserida no debate acadêmico com poucos registros para que se possa fazer uma discussão mais bem elaborada, para que os

resultados dela possam servir de auxílio para a melhora da qualidade de vida das pessoas que moram em comunidades quilombolas da região do Baixo Amazonas.

Em termos de práticas de empoderamento do modelo popular de saúde, é fundamental que façamos uma defesa do valor, da importância e da necessidade de se registrar os conhecimentos vindos da formação empírica dos povos quilombolas. Neste sentido, nossa pesquisa, ao servir de vozes narrativas dos sujeitos moradores de uma comunidade quilombola, intenta empoderar as contribuições dos comunitários sobre a vida existencial e a saúde da coletividade. Suas narrações e expressões ajudaram não apenas a registrar os saberes afroamazônidas na região do Baixo Amazonas sobre saúde e cultura, como também serviram para afirmarmos a importância desses conhecimentos, tais como o uso de plantas para fins medicinais e de partes dos animais para fins de melhoria da saúde, o sistema popular de saúde correlacionado ao sistema oficial de saúde na melhoria da qualidade na saúde dos comunitários da comunidade envolvida.

Embora tenhamos encontrado certas dificuldades durante o processo investigativo, os objetivos propostos foram alcançados e a questão norteadora pode então ser respondida, pois os dados coletados direcionados por ela esclareceram diversas dúvidas sobre o tema, e nos permitiram produzir uma análise qualificada sobre a relação dos hábitos culturais com a saúde coletiva, conforme pode ser observado no último capítulo desta dissertação.

Por essas razões, consideramos que é necessário empoderar o modelo popular de cultura – fundamentado na prevenção, secundarizando a remediação – como saída sustentável para elevar o nível de qualidade da saúde da população. Isto se nota no esforço incomensurável da população pesquisada em relação à construção de banheiros ecológicos viáveis, ao uso de plantas e animais para a melhoria da qualidade de vida coletiva, entre outras práticas que, já sabemos, interferem direta e indiretamente na saúde coletiva da comunidade pesquisada.

Esperamos, por fim, que os resultados desta dissertação sirvam ao empoderamento da saúde coletiva a partir de possíveis readequações de hábitos culturais saudáveis, bem como a tomada de consciência da necessidade de se implantar estruturas cidadãs para um pleno exercício da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. São Paulo, Mantis Fontes, 2007.
- ACIOLI, Sonia. **Novas práticas em saúde: Estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas**. Em: Revista Estudos Saúde Coletiva. 202 (1): 3-17, Maio, 2000.
- ALBUQUERQUE, U P. **O uso de plantas medicinais pelos descendentes culturais do povo africano no Brasil**. Em: Revista Acta Farm. Bonaerense 2001; 20: 139-144.
- AMADIGI, Felipa R. et.al. **A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana**. Em: Revista Mineira de Enfermagem [REME]. Vol 13(1): 131-138, setembro/2009. UFMG, Belo Horizonte-MG.
- AMOROSO, M. C. M.; GÉLY, Anne. **Uso de plantas medicinais por caboclos do baixo Amazonas**. Em: Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi, Série Botânica, Barcarena, PA/UNESP, 4 (1): 47-131, 1988.
- ARQUIVO PÚBLICO MINEIRO (APM). **Regimento dos Capitães do mato, 17/12/1722 [Governador Dom Lourenço de Almeida]**. Seção Colônia, Códice 02. Folhas 108v-110. Secretaria de Governo da Capitania (Mariana), Transcrição: Fabiana Léo.
- _____. ARQUIVO HISTÓRICO ULTRAMARINO. 2/12/1740. Con. Ultra. Brasil/MG. No.3174; Cx.: 40; Doc.:27. **Carta do Conselho Ultramarino a D. João V. Lisboa, 1740**.
- AZEVEDO, Idaliana Marinho de. **Puxirum: Memória dos negros do oeste paraense**. Belém, Instituto de Artes do Pará-IAP; Programa Raízes, 2002. 184p.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BARROS, José Augusto C. **Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico?** Em: Revista Saúde e Sociedade [online]. 2002, vol. 11, n.1, pp.67-84.
- BASTOS, A. C.; TRAD, L. A. B. **A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: Implicações para a investigação em saúde**. Em: Revista Ciências & Saúde Coletiva, v. 3, n. 1, p. 106-15,1998.
- BEGOSSI, A.; HANAZAKI, N.; RAMOS, R. M. **Healthy fish: Medicinal and recommended species in the Amazon and Atlantic Forest Coast**. Em: PIERONI, A.; PRICE, L. L. (Eds.). Eating and Healing: traditional food as medicine. New York, Food Products Press, 2006. p. 237-271.
- BEGOSSI, A.; BRAGA, B. Food taboos and folk medicine among fishermen from the Tocantins River (Brazil). Em: Revista Amazoniana, v. 12, n.1, p. 101-118, 1992.

BERGNER, M; BOBBITT, R.A; CARTER, W.B.; GILSON, B.S. **The sickness impact profile**: Development and final revision of a health status measure. Em: *Medical Care* 19:787-805, 1981.

BOAS, Franz. **Antropologia Cultural**. Tradução de Celso Castro. 6ª ed. Rio de Janeiro, Zahar, 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. **Pará: Óbidos/2019: Panorama**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/obidos/panorama> Acesso em: 07 ago. 2019.

_____. Ministério dos Direitos Humanos [SNPPPIR]. **Quilombos e Quilombolas**: Indicadores e propostas de monitoramento de políticas. Elaboração de Juliana Mota de Siqueira [Doc. Eletr]. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018.

_____. Ministério da Cultura. **Fundação cultural palmares, 2018**. Disponível em: http://palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 10 Dez .2018.

_____. Ministério da Cultura. **Quadro Geral de Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs)**. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral.pdf>. Acesso em 11 Dez .2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cadastros de Municípios na Amazônia Legal**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/hume/geociencias/geografia/amazonialegal>. Acesso em: 10 Dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014**: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Práticas integrativas e complementares**: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica/Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 31. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Cultura. DECRETO Nº 6.040, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2007. **Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-010/2007/Decreto/D6040.htm.. Acesso em: 10 Dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **A Fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da saúde. **A saúde da população negra e o SUS**: Ações afirmativas para avançar na equidade. Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos em Saúde), 60 p, 2005.

_____. BRASIL. **Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Perfil das comunidades quilombolas**: Alcântara, Ivaporunduva e Kalunga. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério dos Direitos Humanos [SNPPPIR]. **Programa Brasil Quilombola, Brasília, 2004**. Disponível em: <http://www>.

dhnet.org.br/dados/pp/a_pdfdht/plano_br_quilombola_2004.pdf. . Acesso em: 10 Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB)**. Brasília, DF, 2004.

CANEDO, Daniele. “**Cultura é o quê?**” - Reflexões sobre o conceito de cultura e a atuação dos poderes públicos. V ENECULT [Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura], 27-29.05.2009. Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador-Bahia-Brasil. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2009/19353.pdf>. Acesso em: 28 Abr.2019.

CANGUSSU, Maria M. B.; PAES, Sílvia R. **Injustiça ambiental, social e educacional em uma comunidade quilombola de Minas Gerais – Brasil**. Em: Acta Científica XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Chile; 2013. Disponível em <<http://actacientifica.servicioit.cl/>>. Acesso em: 22 Nov. 2018.

CARVALHO, Telma Lélia Gonçalves Schultz de. **Etnofarmacologia e Fisiologia de Plantas Medicinais do Quilombo Tiningú, Santarém, Pará, Brasil**. Santarém-PA, Programa de Pós-Graduação em Recursos Naturais da Amazônia/UFOPA, 2015. Dissertação de Mestrado.

CASTELLI, Pierina G.; WILKINSON, John. **Conhecimento tradicional, inovação e direitos de proteção**. Em: Revista Estudos Sociedade e Agricultura, 19(1): 89-112, 2002. Disponível em: <www.ufrgs.br, 2002. >. Acesso em: 12 Dez. 2018.

CASTRO, E. **Território, biodiversidade e saberes de populações tradicionais**. Em: DIEGUES, A.C. (org.). Etnoconservação: novos rumos para a proteção nos trópicos. São Paulo, Annablume/NUPAUB/HUCITEC, 2000. p. 165-182.

CHAPADEIRO, Cibele Alves; ANDRADE, Helga Yuri Silva Okano; ARAÚJO, Maria Rizioneide Negreiros de. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, Nescon/UFMG, 2011.

CHAVES, Maria P. Socorro Rodrigues. **Uma experiência de pesquisa-ação para gestão comunitária de tecnologias apropriadas na Amazônia: O estudo de caso do assentamento de Reforma Agrária Iporá**. Campinas-SP, Instituto de Geociências/Universidade Estadual de Campinas, 2001. Tese de Doutorado.

COSTA, Marcilene Silva. **Práticas alimentares em uma comunidade quilombola da Amazônia brasileira**. Em: Congresso Ceisal, 6., 2010, Toulouse (França). Resumo. Toulouse: 2010. Disponível em: <http://hal.archivesouvertes.fr/docs/00/51/43/99/PDF/MarcileneDaCosta.pdf> Acesso em 10 Jun. 2019.

DIAS, Renato da Silva. **Príncipes negros nas festas de brancos: Poder, revolta e identidades escravas nas Minas setecentistas**. Em: Revista Almanack. Guarulhos, nº 02, p.114-125, 2º semestre de 2011, pp. 114-125.

DIAS DA SILVA, M. A. **Exercício e qualidade de vida**. Em: GHORA YEB, N., BARROS NETO, T. L. O. Exercício: preparação fisiológica, avaliação médica, aspectos espectros e preventivos. São Paulo, Atheneu, 1999. p. 262-266.

FIGUEIRÊDO, Alessandra A. Ferreira. **Os usos de Parênteses na relação saúde e doença**. Em: Revista Eletrônica Gestão e Saúde. Ed. Esp. Março/2013, 1850-1856. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs311/index.php/rgs/article/download/226/215/>. Acesso em: 20 Nov. 2018.

FLECK, M. P. A. et.al. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Brief”**. Em: Revista de Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 178-183, 2000.

FRANCO, E.A.P.; BARROS, R.F.M. **Uso e diversidade de plantas medicinais no Quilombo Olho D’água dos Pires, Esperantina, Piauí**, Em: Revista Brasileira de Plantas Medicinais, Botucatu, v.8, n.3, p.78-88, 2006.

FREITAS Dionísio B. de; SILVA, Jasson de M.; GALVÃO, Edna F. C. **A relação do lazer com a saúde nas comunidades quilombolas de Santarém**. Em: Rev. Bras. Cienc. Esporte, Campinas, v. 30, n. 2, p. 89-105, jan. 2009. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/d35b/17abb8befc452004dd298e1ed8c2a3f043ed.pdf> Acesso em: 23 Abr.2019.

FUNES, Eurípedes. **“Nasci nas Matas Nunca tive Senhor: História e Memória dos Mocambos no Baixo Amazonas”**. São Paulo, USP, 1995.

GADELHA, C. S. et.al. **Estudo bibliográfico sobre o uso das plantas medicinais e fitoterápicos no Brasil**. Em: Revista Verde, Mossoró, v. 8, n. 5, p. 208-212, 2013.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro, Guanabara, 1989.

GOMES, Flávio dos Santos. **Mocambos e quilombos: Uma história do campesinato negro no Brasil**. São Paulo, Claro Enigma, 2015.

GOMES, Núbia Pereira de Magalhães; PEREIRA, Edimilson de Almeida. **Assim se Benze em Minas Gerais: Um Estudo Sobre a Cura Através da Palavra**. Belo Horizonte, Mazza, 2004.

GUERRERO, A. F. **Mortalidade infantil em remanescente de quilombo do município de Santarém – Pará, Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v. 16, n. 2, p. 103-110, 2007.

GUIMARÃES, E.; MARTINS, V. L. A. B. **Qualidade de vida**. In: GOMES, C. L. Dicionário crítico do lazer. São Paulo, Autêntica, 2004.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4ª ed. Porto Alegre, ARTMED, 2003.

HERNÁNDEZ, Jorge Rojas. **Citizen Participation, Quality of Life and Territorial Transregional Justice: A Social Basis for Common Good.** Em: Ambiente & Sociedade, São Paulo v. XX, nº 1, p. 21-42, jan.-mar. 2017.

IBÁÑEZ-NOVIÓN, Martín Alberto. **El cuerpo humano, la enfermedad y su representación:** Um abordaje antropológico em Sobradinho, cidade satélite de Brasília. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1974. (Dissertação de Mestrado).

KROEBER, A.L. **A natureza da Cultura.** Lisboa, Edições 70, 1952.

LANGDON, Ester Jean; WIIK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Em: Revista Latino-Americana de Enfermagem. São Paulo, USP, 18(3):[09 telas] mai-jun 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23 Acesso em: 04 Out.2018

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença.** São Paulo, Martins Fontes, 1991.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: Um conceito antropológico.** 23ª edição. Rio de Janeiro, Zahar, 2009.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O Pensamento Selvagem.** Tradução de Tânia Pellegrini. 5ª ed. Campinas, Papirus, 2005

LIMA, D.; POZZOBON, J. **Amazônia socioambiental: Sustentabilidade ecológica e diversidade social.** Estudos avançados, v.19, n.54. São Paulo. 2005.

LUZ, Madel T. **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX.** Em PHYSIS Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):145-176, 2005.

MALCHER, Maria Albenize Farias. **O Olhar Geográfico: A formação e territorialização de comunidades quilombolas no município de São Miguel do Guamá, Pará.** Fortaleza-CE, Programa de Pós-Graduação em Geografia, Departamento de Geografia/UFC. Tese de Doutorado.

MARCONI, Marina de A; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados.** 6ªed. São Paulo, Atlas, 2007.

MAYR, Ernst. **Toward a New Philosophy of Biology.** Cambridge-GBR: Harvard-USA, University Press, 1988.

MELLO, Márcio Luiz Braga Corrêa de. **Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: Um diálogo possível entre saúde e antropologia.** Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2013. Tese de Doutorado.

MELO, Victor Andrade de; JUNIOR, Edmundo de D. A. **Introdução ao lazer.** Barueri-SP, Manole, 2003.

MINAYO, Maria C. de S. **Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social**. Em: _____. (Org.) Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade. Petrópolis, Vozes, 2004, pp. 9-29.

MORAES, Polliane Rocha da Cruz. **Cultura e Saberes: Cuidados com a saúde em Senador Modestino Gonçalves - Minas Gerais**. Diamantina-MG, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, 2016. Dissertação de Mestrado.

MORAES, P R da C; Nascimento, A F. **A industrialização dos alimentos e da saúde: um breve ensaio sobre os limites e as possibilidades dos saberes populares e tradicionais**. In: Paes, Silvia Regina; Pereira, Rosana de Cássia. Saberes silenciados: saúde e ambiente das comunidades quilombolas do Alto Vale do Jequitinhonha UFVJM, Diamantina, 2016.

MORGADO, Ana Cristina. **As múltiplas concepções da cultura**. Em: Revista Múltiplos Olhares em Ciência da Informação, v. 4, n.1, mar. 2014.

MÜHLHAUS, Carla. **5W + H: Seis questões milenares para a entrevista jornalística**. Rio de Janeiro, Faculdade de Comunicação e Jornalismo/UFRJ. 2000. Dissertação de Mestrado.

NAKAMURA, E. **O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: Uma reflexão antropológica**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011.

NARDOTO, G. B. et.al. **Frozen cycle for wild fish: Nutritional transition in the Brazilian Amazon region determined by carbon and nitrogen stable isotopes in fingernails**. American Journal of Human Biology, v. 23, n. 5, p. 642-650, 2011.

NASCIMENTO, Claudia Neves. **Culturas e Memórias das Comunidades de Quilombo da Amazônia: Um passado revisto a partir do presente**. Santarém-PA, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida-PPGSAQ/UFOPA, 2018. Dissertação de Mestrado.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa: Características, uso e possibilidades**. Em: Cadernos de Pesquisa em Administração, São Paulo. V. 1, nº 3, 2ºsem. 1996

OLIVEIRA, F. A. **Antropologia nos serviços de saúde: Integralidade, cultura e comunicação**. Em: Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 10 (6), 63-74. 2002.

PAES, S R; PEREIRA, R de C (orgs). **Saberes silenciados: Saúde e ambiente das comunidades quilombolas do Alto Vale do Jequitinhonha**. UFVJM, Diamantina, 2016.

PASA, M. C. **Saber local e medicina popular: a etnobotânica em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil**. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, v. 6, n. 1. 2011.

PAULINO, Itamar Rodrigues. **A Amazônia entre culturas, identidades e memórias**. Em: LIMA, Rogério e MAGALHÃES, Maria da Glória (orgs). Culturas e Imaginários: Deslocamentos, Interações e Superposições. Rio de Janeiro, 7Letras, 2018.

_____. **Diagnóstico Socioambiental no Município de Óbidos-PA**. Em: Em Anais da Agenda Cidadã no Oeste do Pará. Vol. I. 2013. Santarém-PA (UFOPA), pp. 132-142.

PAULINO, Itamar R.; SOUSA, Milena S. **Hábitos Culturais e Água em Comunidades do Baixo Amazonas: Cuidar e Conservar**. Em: Anais do 8º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Extensão e Sociedade: Contextos e Potencialidades, 2018, Natal-RN. Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, 2018. v. II. p. 7475-7487.

PAULINO, Itamar R.; AZEVEDO, Luciana C. C. **Cultura e Saúde Coletiva: Hábitos Culturais**. Em: Anais do 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, Inovar e Emancipar, 2016, Ouro Preto-MG. Universidade Federal de Ouro Preto - UFOP, v. 7, p. 20-26, 2016.

POLÔNIO, Maria Lúcia Teixeira e PERES, Frederico. **Consumo de aditivos alimentares e efeitos à saúde: Desafios para a saúde pública brasileira**. Em: Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1653-1666, ago, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/02.pdf> Acesso em: 03 Dez.2018.

POSEY, D. A. **Etnobiologia e etnodesenvolvimento: Importância da experiência dos povos tradicionais**. In: Seminário Internacional sobre Meio Ambiente, Pobreza e Desenvolvimento da Amazônia Belém. Anais. Belém. 1992, p. 112-117.

PRIANTE, Dino. **A Contribuição Europeia no Desenvolvimento de Óbidos**. #01. Disponível em: <http://www.obidos.net.br/index.php/artigos/2130-a-contribuicao-europeia-no-desenvolvimento-de-obidos>. Acesso em: 10 de Dez de 2018.

QUEIROZ Marcos de S. **Representações de saúde e doença**. Campinas-SP, UNICAMP; 1991.

RÊGO, José Fernandes do. **Amazônia: do extrativismo ao neoextrativismo**. Em: Revista Ciência Hoje, v. 25, n. 147, 1999, 62-65.

RIBEIRO, Maria M. Freitas; AMARAL, Carlos Faria Santos. **Medicina centrada no paciente e ensino médico: A importância do cuidado com a pessoa e o poder médico**. Revista brasileira de educação médica 32 (1): 90-97; 2007.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. **Tradições Populares de uso de plantas medicinais na Amazônia**. Em: História, Ciência, Saúde, Manguinhos-RJ, vol. IV (suplemento), 919-939, setembro de 2000.

SANTOS, Renata Carvalho; SILVA, Maria Sebastiana. **Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.3, p.1049-1063, 2014.

SANTOS G, SANTOS AC. **Sustentabilidade da pesca na Amazônia**. Em: Revista Estudos Avançados. 2005; 19(54):165-82.

SCHARDONG, R.M.F.; CERVI, A.C. **Estudos etnobotânicos das plantas de uso medicinal e místico na comunidade de São Benedito, bairro São Francisco, Campo Grande, MS, Brasil**. Acta Biológica Paranaense 29(1/4): 187-217. 2000.

SHANLEY, P.; LUZ, L. **The impacts of forest degradation on medicinal plant use and implications for health care in eastern Amazonian**. Bioscience, v. 53, n. 6, p. 573-584, 2003.

SIGNORINI, Maria A; PIREDDA, Maddalena; BRUSCHI, Piero. **Plants and knowledge: an ethnobotanical investion on Monte Orbene (Nuoro, Sardinia)**. Em: *Journal of ethnobiology and ethnomedicine*, v. 14, p. 1-14, 2009. Disponível em: <https://ethnobiomed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1746-4269-5-6> Acesso em : 22 Abr.2019

SILVA, Ludimila. Santos. **O viver e o cuidar a partir das experiências da comunidade: Itinerários terapêuticos da Vila Esperança de Águas lindas de Goiás**. Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde/ Universidade de Brasília-UNB. Brasília, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso.

SILVA, Andréa Leme da. **Animais medicinais: conhecimento e uso entre as populações ribeirinhas do rio Negro, Amazonas, Brasil**. Em: Boletim Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 3, n. 3, p. 343-357, set.- dez. 2008.

SILVA. J A N. **Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba**. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.111-124, 2007.

SILVA, Kalina Vanderlei; SILVA, Maciel Henrique. **Cultura**. Em: Dicionário de Conceitos Históricos. São Paulo, Contexto, 2006.

SILVA, MIG. **Utilização de Fitoterápicos nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) no Município de Maracanaú-CE**. Fortaleza, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003. Dissertação de Mestrado

SIQUEIRA, Karina M.; BARBOSA, Maria A.; BRASIL, Virginia V.; OLIVEIRA, Lizete M. C.; ANDRAUS, Lourdes M. S. **Crenças populares referentes à Saúde: apropriação de Saberes Sócio-Culturais**. Em: *Revista Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006, 15(1): 68-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a08v15n1.pdf> Acesso em: 30 Nov. 2018.

SOMMER, F. L. **Concepções de saúde publicadas em periódicos virtuais de psicologia da base de dados "SciELO"**. Universidade do Sul de Santa Catarina. Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, 2007.

STEIGER, André. **Compreender a História da Vida - Do Átomo ao Pensamento Humano**. Tradução de Benône Lemos. São Paulo, Paulus, 2006.

TYLOR, Edward Burnett. **Primitive Culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, art, and custom**. London, John Murray, 1871.

VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em Administração**. 4ªed. São Paulo, Atlas, 2003.

WIEST, J. M. et.al. **Plantas medicinais e condimentares: Enquanto saberes e fazeres quilombolas no Limoeiro do Bacuparí**. 1ªed, v. 1. Porto Alegre, Evangraf, 2008.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra, WHO, 1946.

Q 012 - Como você avalia a qualidade de vida e sua e de sua família?

D - HÁBITOS CULTURAIS E AS PRÁTICAS CULTURAIS DE CUIDADO DA SAÚDE

Q 01 - Você já utilizou ou utiliza dos serviços de algum comunitário para cuidar da sua saúde e de sua família? (caso sim, continue)

1.1 No caso de buscar ajuda, você consulta benzedeiros?

1.2 Você se utiliza dos serviços de erveiros para cuidar da sua saúde e de sua família?

1.3 Quais são as principais doenças que o levam a procurar esses serviços comunitários de saúde?

Q 02 - No caso de utilizar plantas como remédios, quais as principais plantas utilizadas e para quais doenças?

a. Planta: _____

b. Planta: _____

c. Planta: _____

Q 03 - Em relação às plantas mencionadas, responda:

Parte Utilizada: _____

Para que serve: _____

Modo de preparo: _____

Dosagem: _____

Quantas vezes ao dia: _____

Onde encontrar: _____

Q 04 - Relate uma experiência de quando você ou algum conhecido buscou práticas tradicionais da comunidade para resolver algum problema de saúde.

Q 05 - Qual a sua opinião sobre os remédios de fábricas, vendidos nas farmácias em relação aos remédios resultantes da sabedoria comunitária?

Q 06 - Você percebe os efeitos na saúde quando usa de práticas tradicionais?

Q 07 - Você ou alguém de sua família já teve algum efeito inesperado ao fazer uso de práticas tradicionais de saúde? Quais?

Q 08 - Você indica para outro morador da comunidade, algum tipo de prática tradicional de saúde? Qual?

Q 09 - O que costuma fazer quando picado por animais peçonhentos (cobra, escorpião, abelha, aranha, lacraia, etc.)?

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
 PRO-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA
 CENTRO DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE, AMBIENTE E QUALIDADE DE VIDA - MESTRADO ACADÊMICO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa **CONDIÇÕES DE VIDA E HÁBITOS CULTURAIS EM SAÚDE EM COMUNIDADE TRADICIONAL DO BAIXO AMAZONAS: O CASO DO QUILOMBO/MOCAMBO MURATUBINHA**, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Deize Freitas Pontes**.

Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador responsável.

Declaro ter sido esclarecido sobre os seguintes pontos:

1. O trabalho tem por objetivo investigar as condições de vida e os hábitos culturais de quilombolas no processo saúde doença evidenciando pontos que vinculem as culturas dos moradores das comunidades focadas, meio ambiente em que eles vivem e como é promovida a saúde coletiva pela e junto à população, além dos aspectos associados que interferem na saúde e os recursos utilizados pelos quilombolas, de forma preventiva e curativa;
2. A minha participação nesta pesquisa consistirá em dar entrevista, que inclui registro de áudio, de vídeo e de imagem;
3. Ao participar desse trabalho estou ciente de que estarei contribuindo com a promoção de estudos e pesquisa sobre a questão dos hábitos culturais quilombolas e da saúde coletiva no Baixo Amazonas e de possíveis benefícios diretos e/ou indiretos que a pesquisa trará;
4. A minha participação neste projeto deverá ter a duração de até dois encontros, respeitando o tempo dedicado à entrevista, busca de informações e de material relevantes ao andamento da pesquisa;
5. Não terei nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderei deixar de participar ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerei qualquer prejuízo;
6. Fui informado e estou ciente de que não há valor econômico a receber ou a pagar por minha participação;
7. Fui informado que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa e de registro em dissertação de mestrado, bem como em artigos correlacionados;
8. Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com **Deize Freitas Pontes**, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (93) 99110-1927, e-mail: deizefreitas1@hotmail.com

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa acima descrito. E confirmo que:

() Meu nome deverá ser mantido em sigilo, assegurando assim a minha privacidade, e se eu desejar terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

() Meu nome pode ser citado na pesquisa, na dissertação e nos artigos que do estudos resultarem, abolindo minha privacidade exclusivamente quanto à entrevista sobre os hábitos culturais e saúde coletiva, além de que terei livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Santarém, 20 de Março de 2019.

 Assinatura do participante

 Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

ANEXO III

**QUADRO DE PLANTAS USADAS EM TERAPIAS POPULARES PARA
TRATAMENTO DE DOENÇAS, CITADAS PELOS ENTREVISTADOS**

NOME POPULAR	NOME CIENTIFICO	PARTE UTILIZADA	MODO DE PREPARO	INDICAÇÃO
ALHO	<i>Allium sativum L.</i>	Bulbo	Chá, Xarope	Inflamação; gripe; inflamação da garganta; pressão alta; tosse; bronquite
AMOR CRESCIDO	<i>Portulaca pilosa L.</i>	Folha	Chá, Emplasto, Xarope	Náusea; vômito; dor no estômago; queda de cabelo; ferimentos (inflamação)
ANDIRÓBA	<i>Carapa guianensis Aubl.</i>	Casca, semente, óleo/	Emplasto	Dor; inflamação; coceira na pele; ferimentos, alergia de pele
ARRUDA	<i>Ruta graveolens</i>	Folha	Chá, Emplasto, Sumo	Inflamação; cólicas no estômago; gases intestinais; cólicas menstruais; ferimentos
BABOSA	<i>Aloe vera (L.) Burm. f.</i>	Folha/	Emplasto, xarope	Queimaduras (inflamação; cicatrizante); dor; queda de cabelo; erisipela, tosse
BOLDO	<i>Vernonia condensata Baker</i>	Folha, caule	Sumo, Chá	Dor de urina e estômago fígado; ressaca; gastrite, pedra nos rins; náusea
CALÊNDULA	<i>Calendula officinalis L.</i>	Folha, caule	Chá, Pomada	Aftas, alergia, cólica menstrual, fungo, gastrite, azia
CAPIM CHEIROSO (SANTO)	<i>Cymbopogon citratus (DC.) Stapf</i>	Folha, raiz	Chá	Queda de cabelo; fígado; febre; calmante; pressão alta; cólicas no estômago; gases intestinais; insônia; náusea; vômito
CEDRINHO	<i>Cupressus lusitânica</i>	Folha/	Chá	Diarreia, sintomas gástricos
CHICÓRIA	<i>Cichorium endivia L.</i>	Folha	Crua, cozida	Catarros do pulmão, estômago, azia, inflamação (fígado, intestinos), olhos inflamados, reumatismo, rins, vermes.
CIDREIRA	<i>Lippia alba (Mill.) N. E. Br.</i>	Folha	Chá	Cólicas no estômago; gases intestinais; cólicas menstruais; gripe; pressão alta; calmante; ansiedade; insônia; gastrite
COPAÍBA	<i>Copaifera langsdorffii Desf.</i>	Caule	Óleo	Disenteria ferida, gases, problema pulmonar (tosse, bronquite), coceira
CORAMA	<i>Pedilanthus tithymaloides (L.)</i>	Folha	Chá, Xarope	Coração acelerado; tosse; gripe; dor no peito; inflamação; náusea; vômito; dor no estômago
CRAJÍRU	<i>Friedericia chica (Humb. & Bonpl.) L. G. Lohmann</i>	Folha	Chá	Anemia
ESTURAUQUE	<i>Ocimum micranthum Willd.</i>	Folha	Chá, Xarope	Inflamação; gripe; tosse

GOIABEIRA	<i>Psidium guajava L.</i>	Casca	Chá, Suco	Diarreia, fermento
GRAVIOLA	<i>Annona muricata L.</i>	Folha	Chá	Náusea, vômito, dor de estômago
HORTELÃZINHO	<i>Mentha x villosa Huds.</i>	Folha	Chá, Xarope	Dor de cabeça; febre; vermes; gases intestinais; dor de barriga; gripe; tosse; sinusite; náusea; vômito; quebrante; mau olhado
JAPANA	<i>Eupatorium triplinerve Vahl</i>	Folha	Chá, Xarope	Gripe; tosse; bronquite; sinusite; dor no estômago; quebrante; mau olhado
MASTRUZ	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Folha, caule	Chá, Sumo	Verme; baque; hematomas; fraturas; anemia; fraqueza; gastrite; náusea; vômito; dor
PARIGÓRICO	<i>Piper callosum Ruiz & Pav</i>	Folha	Chá	Cólicas no estômago; gases intestinais; gastrite; náusea; vômito; barriga inchada; dor de barriga
PEQUIÁ	<i>Caryocar villosum (Aubl.) Pers.</i>	Fruto	Óleo, Polpa, Emplasto	Ferimentos (cicatrizante); queimaduras (infecção; inflamação; cicatrizante)
TREVO ROXO	<i>Scutellaria agrestis A. St.Hil. ex Benth.</i>	Folha	Sumo	Dor; dor no olho; dor de ouvido
URUCUM	<i>Bixa orellana L.</i>	Raiz	Chá	Anemia

ANEXO IV

**QUADRO DE ANIMAIS USADO EM TERAPIAS POPULARES PARA
TRATAMENTO DE DOENÇAS, CITADOS PELOS ENTREVISTADOS**

NOME POPULAR	NOME CIENTIFICO	PARTE UTILIZADA	PREPARO	INDICAÇÃO
ABELHA	<i>Meliponidae</i>	Mel	Xarope	Doenças respiratórias (Gripe)
BOTO	<i>Inia geoffrensis</i>	Pele	Óleo (banha), pomada	Doenças respiratórias (Asma)
SUCURI	sucuriju (<i>Eunectes murinus</i>)	Pele, gordura	/óleo extraído (banha)	Inflamações, rasgadura (distensão muscular)
TARTARUGA	<i>Podocnemis expansa</i>	Gordura	/óleo (banha), pomada	Doenças respiratórias, luxação ('desmintidura', 'inchação', inchaço')
GALINHA	<i>Gallus gallus</i>	Gordura	/óleo (banha)	Doenças respiratórias
CÚPIDO (CAPIVARA)	<i>Hydrochaeris hydrochaeris</i>	Gordura	/óleo (banha)	Doenças respiratórias (ex. asma, gripe, pneumonia)