



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

**O BENZER QUILOMBOLA AMAZÔNIDA: A RESISTÊNCIA AO MODELO OFICIAL  
DE SAÚDE E O FORTALECIMENTO DE COMUNIDADES AFRODESCENDENTES  
DE ÓBIDOS-PARÁ**

**Mestranda: Eloísa Amorim de Barros  
Orientador: Prof. Dr. Itamar Rodrigues Paulino  
Santarém – Pará  
2019**



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

**O BENZER QUILOMBOLA AMAZÔNIDA: A RESISTÊNCIA AO MODELO OFICIAL  
DE SAÚDE E O FORTALECIMENTO DE COMUNIDADES AFRODESCENDENTES  
DE ÓBIDOS-PARÁ**

**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), como exigência 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 – Pará

2019

Avaliação da Defesa apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Mestrado Acadêmico em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida, do Centro de Formação Interdisciplinar, como exigência para obtenção do título de Mestre em Sociedade, Ambiente e Qualidade de Vida, elaborada por Eloísa Amorim de Barros, sob a orientação do Prof. Dr. Itamar Rodrigues Paulino.

CONCEITO: APROVADA

Membros da Banca examinadora de Defesa:

Prof. Dr. Itamar Rodrigues Paulino - UFOPA  
Primeiro avaliador - orientador

Prof. Dr. Augusto da Silva Junior - UnB  
Segundo avaliador – Membro Externo

Prof. Dr. Maxwell Barbosa Santana - UFOPA  
Terceiroavaliador – Membro Interno

Profa. Dra. Alanna do Socorro Lima da Silva - UFOPA  
Suplente – Membro Interno

Santarém, 12 de Julho de 2019

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

---

- B277b      Barros, Eloísa Amorim de  
O benzer quilombola amazônica: a resistência ao modelo oficial de saúde e o fortalecimento de comunidades afrodescendentes de Óbidos-Pará. / Eloísa Amorim de Barros. – Santarém, 2019.  
112 p. : il.  
Inclui bibliografias.  
Orientador: Itamar Rodrigues Paulino  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Centro de Formação Interdisciplinar, Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Qualidade de vida.
1. Benzeção. 2. Garrafada. 3. Cultura - identidade. I. Paulino, Itamar Rodrigues, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 306.46198115

À Willivane Melo (*in memoriam*), minha amiga, mulher negra fundamental no meu despertar para os mocambos/quilombos, por levar a Psicologia antirracista para a população negra e quilombola do oeste do Pará.

À Sra Elvira Auzier, por ter me tirado o quebranto.

## AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora Sant'Ana, ao rio Amazonas e ao seu banzeiro que me embala há 29 anos, a todas as forças da natureza que sempre me envolvem, me protegem e me abraçam.

Ao Chico e a Antoniêta, papai e mamãe! Por todo o amor, toda a força e autonomia. Por terem me ensinado a respeitar tudo e todos, por terem me levado para que meu quebranto fosse retirado. Amo vocês!

Ao Gilson, por estar ao meu lado e ter ajudado no meu fortalecimento para continuar navegando nesse rio de ondas brabas chamado mestrado! Por continuarmos navegando juntos por rios (e mares) com banzeiros gostosos e carimboleiros. Eu amo você!

Ao Jambu e a Tapioca que madrugaram comigo e sempre dormiam ao lado do computador durante a produção deste trabalho.

À Sra. Marina, Vanderlelson, Cleildes, Vanderlei, Railene, Raienne, Querida, Valéria pelo acolhimento caloroso e familiar no Quilombo do Silêncio. Aos moradores do Silêncio e do São José por me deixarem entrar em suas casas e em suas vivências na benzeção.

À diversa e potente turma 2017 do PPGSAQ, por me ajudarem a segurar “a barra” que era trabalhar a noite inteira e estar (com dois copos de café) nas aulas pela manhã. Por toda a diversidade de saberes que compartilhamos nesses dois anos de convívio.

À equipe do PROEXT-CIMA, que contribuiu imensamente com minha evolução acadêmica. Ao Professor Itamar, Professor Maxwell e Professor Augusto pelas orientações e contribuições para que esta pesquisa fosse concluída.

À Deize e Claudinha, pela parceria intensa nesse processo e pela calma que me trouxeram. Dividimos angústias, mas também rimos muito!

À Dona Estelina e Joice, por todo o cuidado, pelo café e pelo acolhimento sempre tão carinhoso.

À Súsane que me acompanhou na aventura pelo rio Amazonas, foi fotógrafa, foi amiga, foi linda! À Edilmara e Thyanne que me ajudaram muito na prática profissional e por tudo o que fizeram para que eu terminasse esse ciclo.

À Ivaneida Pantoja (que me ajudou no primeiro projeto), Sílvia Fernandes, Marília Duarte, Edna Cleia, Gigi, Katiússia, Maysa, Daiana, Alessandra, ao Emanuel Esposito e Henrique Rebelo, minha ex-equipe de trabalho no hospital por terem sido tão queridas (os) quando eu mais precisei e por terem me incentivado a continuar.

# O BENZER QUILOMBOLA AMAZÔNIDA: A RESISTÊNCIA AO MODELO OFICIAL DE SAÚDE E O FORTALECIMENTO DE COMUNIDADES AFRODESCENDENTES DE ÓBIDOS-PARÁ

## RESUMO

O presente texto dissertativo tem por finalidade apresentar os resultados da pesquisa sobre hábitos culturais e saúde coletiva no Baixo Amazonas, em comunidades de remanescentes de quilombos, e responder à questão científica que norteou a pesquisa, a saber, *como a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo colonizador de saúde, Interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando na qualidade da vida das pessoas e fortalecendo os hábitos culturais saudáveis?* Com esse propósito e com a intenção de alcançar nossos objetivos, que foram o da investigação da figura da benzedeira, do benzedor e de produtores de garrafadas em um contexto de possível resistência ao modelo colonizador de saúde na região do Baixo Amazonas, identificar e analisar possíveis elementos caracterizadores das práticas populares de saúde, considerando possíveis adequações das matrizes africanas à lógica da floresta amazônica; Investigar o ofício de benzedeiras e benzedores nos dias atuais nas comunidades quilombolas/Mocambos Silêncio e São José, em Óbidos-Pará e; perquirir sobre o processo de produção e formas de recomendação de garrafadas medicinais; optamos pelo uso de uma abordagem qualitativa da pesquisa com entrevistas semiestruturadas, para apresentar um olhar de reconhecimento da prática de saúde feita por comunitários especializados em benzeção. A escrita da dissertação foi concentrada numa concepção de narrativas de vozes, sendo o pesquisador o ator coadjuvante e as pessoas pesquisadas os atores principais. Em nosso caso, os atores da pesquisa são benzedeiras, benzedeiros e produtores de garrafadas que, em seus depoimentos, confirmaram o que se propunha pesquisar a partir da questão norteadora de todo o processo.

**Palavras-Chave:** Benzeção. Garrafada. Cultura. Identidade.

# THE AMAZONIDA QUILOMBOLA HEALING: THE RESISTANCE TO THE OFFICIAL HEALTH MODEL AND THE STRENGTHENING OF AFRODESCENDENT COMMUNITIES OF ÓBIDOS-PARÁ

## ABSTRACT

The purpose of this dissertation is to present the results of the research on cultural habits and collective health in the Lower Amazon region, in communities of quilombos/mocambos remnants, and to answer the scientific question that guided the research, namely, *how does the figure of the healers (men and women) interfere with the way the communities of Quilombos of the Lower Amazon deals with collective health, and how do they influence the quality of people's lives by strengthening healthy cultural habits?* With this purpose and the intention of achieving our objectives, which were the investigation of the figure of the healers (men and women), and medicinal bottles producers in a context of possible resistance to the colonialist model of health in the Lower Amazon region; the identification and analyses of possible elements that characterize popular health practices, considering possible adaptations of African matrices practices to the logic of the Amazonian forest; the investigation of the office of healers in the present day in the Quilombo/Mocambo communities of Silêncio and São José, in Óbidos-Pará and; inquisition about the production process and recommendation of medicinal bottles; we opted for a qualitative research approach with semi-structured interviews, in order to present the recognition of the health practices by community members who are specialized in giving blessings and in administrating healings. The writing of the dissertation was concentrated in a narrative of voices conception, being the researcher the supporting actor and the researched people the main actors in the play. In our case, the actors of the research are healers (men and women) and producers of medicinal bottles that, in their testimonies, confirmed what we proposed to research from the guiding question of the whole process.

**Keywords:** Healing. Medicinal Bottle. Culture. Identity.



## ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 01: Garrafa Inglesa, acervo do Museu Integrado de Óbidos. Arquivo Proext-Cima/2016 .....</b>	<b>54</b>
<b>Figuras 02 e 03: Rótulo da Garrafa Inglesa. Fonte: <a href="https://www.gracesguide.co.uk/Sanitas_Co">https://www.gracesguide.co.uk/Sanitas_Co</a> Acesso: 18/02/2019. ....</b>	<b>55</b>
<b>Figura 4: Comunidade Quilombola Silêncio do Matá. Fonte: Google Earth/2017</b>	<b>67</b>
<b>Quadro 1 – Registro de Certidão expedido à Comunidade Remanescente de Quilombos (CRQ) Silêncio, no município de Óbidos -PA, planilha atualizada até a Portaria Nº 122/2018, publicada no DOU de 26/04/2018. Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2018, <a href="http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551">http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551</a> .....</b>	<b>68</b>
<b>Figura 5: Comunidade Quilombola São José. Fonte: Google Earth/2017 .....</b>	<b>68</b>
<b>Quadro 2 – Registro de Certidão expedido à Comunidade Remanescente de Quilombos (CRQ) São José, no município de Óbidos -PA, planilha atualizada até a Portaria Nº 122/2018, publicada no DOU de 26/04/2018. Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2018, <a href="http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551">http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551</a> .....</b>	<b>69</b>

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>111</b>
<b>CAPÍTULO I: PERCEPÇÕES ANALÍTICAS DOS DISCURSOS COLONIALISTAS E COLONIZADOS SOBRE A CULTURA NA AMAZÔNIA</b> .....	<b>14</b>
1.1 Costurando ideias e concepções para uma proposta de conceito de cultura.....	16
1.2 Culturas diversas no Baixo Amazonas .....	23
1.3 Identidade cultural quilombola no Baixo Amazonas e a Desinvenção da História Afroamazônica do colonizador: iniciativas afros na Amazônia.....	26
<b>CAPÍTULO II: HÁBITOS CULTURAIS E A PRÁTICA DA SAÚDE NO BAIXO AMAZONAS</b> .....	<b>34</b>
2.1 Aportes contextuais e históricos de Hábitos Culturais e Saúde Coletiva .....	36
2.2 O Problema da Saúde Coletiva no Baixo Amazonas e as Práticas de Saúde em Comunidades Remanescentes de Quilombo.....	51
2.3. Agentes de Benzeção e Produtores de Garrafadas.....	57
<b>CAPÍTULO III: DIAGNOSE DOS HÁBITOS CULTURAIS E SAÚDE COLETIVA NO BAIXO AMAZONAS: BENZEDEIRAS, BENZEDEIROS E GARRAFADAS DE REMANESCENTES DE QUILOMBOS/MOCAMBOS</b> .....	<b>63</b>
3.1. Quanto aos Fundamentos, Procedimentos Metodológicos, técnicas e instrumentos da Pesquisa .....	65
3.2. Quanto aos locais da Pesquisa .....	66
3.2.1: Comunidade de Remanescentes de Quilombo/Mocambo Silêncio.....	67
3.2.2: Comunidade de Remanescentes de Quilombo/Mocambo São José .....	68
3.3. Perfil dos Entrevistados.....	69
3.4. Questionário semiestruturado para o registro de relatos e coleta de informações em Campo .....	70
3.5. Apresentação dos Dados no formato narrativo e análise das narrações e falas .....	71
3.5.1. Quanto aos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura .....	71
3.5.2. Quanto à relação entre o agente de benzeção e a comunidade .....	82
3.5.3. Quanto ao conhecimento específico da prática de benzeção .....	88
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>102</b>
<b>ANEXO 01: QUADRO DE PLANTAS USADAS POR BENZEDEIRAS E BENZEDEIROS, ERVEIROS E FAZEDORES DE GARRAFADAS E CITADAS PELOS ENTREVISTADOS</b> .....	<b>109</b>
<b>ANEXO II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>112</b>
<b>ANEXO III:ROTEIRO DE ENTREVISTA</b> .....	<b>113</b>

## INTRODUÇÃO

Viver na Amazônia e escrever sobre a Amazônia se configuram em duas experiências intrinsecamente ligadas, pois se a primeira carece do quesito “existência” como possibilidade experiencial, a segunda exige a exímia capacidade do intelecto de percorrer caminhos entrelaçados de hábitos e maneiras de viver, além de requerer do escritor aberturas epistemológicas para navegar por sistemas de identidades e memórias que definem o estilo de vida de cada população que habita a região amazônica. A Amazônia enquanto sociedade é composta por modos de vidas diversos, crenças distintas, manifestações artísticas e religiosas de várias formas, experiências e conhecimentos acumulados e transmitidos por vários meios, entre gerações. Além disso, as interações dos seres humanos com o ambiente amazônico são vistas como constituintes de formas culturais diversas nessas sociedades.

O presente texto dissertativo tem por finalidade apresentar resultados e discussões da pesquisa sobre hábitos culturais e saúde coletiva no Baixo Amazonas, realizada em comunidades remanescentes de quilombos, a partir das narrações de benzedeadas, benzedores e produtores de garrafadas, com a finalidade de responder a questão científica, a saber, “como a figura da benzedeadada e do benzedor atua na resistência ao modelo colonizador de saúde, interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando na qualidade da vida das pessoas e fortalecendo os hábitos culturais saudáveis?”

O objetivo principal da pesquisa é investigar como a benzedeadada, o benzedor e o produtor de garrafadas<sup>1</sup> atuam em um contexto de possível resistência ao modelo colonizador de saúde na região do Baixo Amazonas. Além disso, especificamente, busca-se identificar e analisar possíveis elementos caracterizadores das práticas populares de saúde, considerando possíveis adequações das matrizes africanas à lógica da floresta amazônica; investigar o trabalho dos agentes de benzeção nos dias atuais nas comunidades quilombolas Silêncio e São José, em Óbidos-Pará; e perquirir sobre o processo de produção e formas de recomendação de garrafadas medicinais.

---

<sup>1</sup> Receita popular feita com infusão de ervas, cascas de árvores, óleos animais e outros em uma garrafa.

Nosso interesse por esta temática se deu a partir da vivência da pesquisadora de contato com a benzeção na infância para tirar o quebranto, mau-olhado e panemeira<sup>2</sup>, e perceber tal ato como prática comum em Óbidos - Pará, cidade onde a pesquisadora nasceu e cresceu. Além das rezas, o consumo de remédios retirados diretamente da natureza são práticas corriqueiras nas cidades e comunidades ribeirinhas e quilombolas da Amazônia. Mais ainda, o desejo de estudar praticantes da benzeção, especificamente na população quilombola, se deu a partir da minha identificação como mulher negra e da tentativa de reconhecimento das minhas origens e heranças, afinal me tiraram o quebranto e me puseram melanina.

Nesse sentido, a partir da pluralidade cultural que envolve as práticas populares de cura, pretende-se investigar como a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo colonizador de saúde, interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando na qualidade da vida das pessoas e fortalecendo os hábitos culturais saudáveis. Ademais, uma das propostas contidas na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas é a de promover e reconhecer práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros, sendo assim, indaga-se se há o incentivo por parte do Estado para manutenção das práticas e da formação de pessoas para exercer o ofício medicinal na comunidade a ser estudada.

Destarte, este texto está organizado em quatro capítulos. O primeiro discorre nossas percepções analíticas dos discursos colonialistas e colonizados sobre a cultura na Amazônia, costurando ideias e concepções para uma proposta de conceito de cultura, apresentando as diversas culturas no Baixo Amazonas, bem como a identidade cultural quilombola na região do Baixo Amazonas e a desinvenção da História Afroamazônica do colonizador a partir de iniciativas afros na Amazônia. Neste capítulo, será destacada a constituição cultural da região do Baixo

---

<sup>2</sup> Raimundo Maués explica que: *“Enquanto se presume que o mau-olhado seja capaz de atingir só os humanos, o quebranto também se aplica às plantas e aos animais. Neste ponto ele se aproxima da panemeira – que implica insucesso permanente nas atividades produtivas –, pois ela também pode atingir animais..., e instrumentos de trabalho .... Todas essas doenças podem ser provocadas por agentes humanos, a partir de certos poderes intrínsecos, como vimos: o mau-olhado, pelas pessoas que têm “olho doido” ou “mau olho”; o quebranto, através da “admiração”, pelos que são “quebranteiros”; e a panemeira, pela simples manifestação de inveja do êxito de um pescador, caçador, comerciante etc”.* (MAUÉS, 1992, p. 210).

Amazonas desde a chegada dos europeus, dos africanos e ao entrelaçamento com os povos originários.

O segundo capítulo desenvolve ideias acerca dos hábitos culturais e a prática de saúde coletiva na região do Baixo Amazonas, considerando aportes contextuais e históricos dos modos de vida dos povos originários (indígenas), dos povos europeus e dos povos africanos na constituição dos saberes e práticas de cura presentes na região e, também, trazendo a figura da benzedeira, do benzedor e dos produtores de garrafadas como referências de saúde e cura em determinadas comunidades.

O terceiro capítulo traz os caminhos percorridos por esta pesquisa, os procedimentos metodológicos e as informações acerca das comunidades investigadas. Neste capítulo, optou-se por desenvolver uma diagnose dos hábitos culturais e saúde coletiva na região do Baixo Amazonas: concentrando as investigações em depoimentos narrativos de benzedeiras, benzedores e produtores de garrafadas de comunidades remanescentes de quilombos/mocambos. Também há uma detalhada descrição dos fundamentos, procedimentos metodológicos, técnicas e instrumentos da pesquisa de abordagem qualitativa, além da apresentação histórica, georreferencial das Comunidades de Remanescentes de Quilombo/Mocambo Silêncio e São José. Neste capítulo, também são apresentados os dados coletados a partir de um questionário aplicado no formato narrativo e uma análise das narrações e falas dos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura, da relação entre agente de benzeção e comunidade, e do conhecimento específico da prática de benzeção.

Ao final, em nossas considerações, apresentamos respostas diversas para nossa fundamental indagação que nos propomos responder a partir do reconhecimento da ocorrência do fenômeno objeto de nossa pesquisa. Esperamos que neste formato, a dissertação esteja didaticamente organizada de modo que o leitor consiga obter um olhar cognitivo, crítico e valorativo de nossa dissertação.

# **CAPÍTULO I**

## **PERCEPÇÕES ANALÍTICAS DOS DISCURSOS COLONIALISTAS E COLONIZADOS SOBRE A CULTURA NA AMAZÔNIA**

Na esteira dos estudos culturais pós-coloniais, a Amazônia desponta como um grande espaço de discussão e produção de pensamentos críticos emancipadores. A expansão colonial no então território do “Novo Mundo” iniciada no século XVI, por iniciativa de diversos povos europeus, entre eles lusitanos, espanhóis, holandeses e ingleses, foi iniciada por meio de processos de dominação física, a escravização, seguida de dominação cultural, conversão compulsória de povos originários com identidades diferentes e habitantes dos mesmos territórios aos modos de vida do colonizador, além da iniciativa de promover, também de forma compulsória, a diáspora africana para os territórios do Novo Mundo.

Ainda assim, os povos colonizadores não conseguiram manter sua matriz sociocultural livre das interferências contingenciais de vidas e culturas existentes no além Europa; embora não se possa negar que os colonizadores europeus ao aportarem nas terras do Novo Mundo trouxeram consigo toda uma gama de conhecimento e meios que pudessem instrumentalizá-los no enfrentamento das intempéries como possíveis adoecimentos, conflitos e confrontos com os povos originários, desabastecimento e fome, sem que essas situações pudessem interferir nas condições de vida e cultura que eles trouxeram para as terras de conquista e invasão. Então, a História do Brasil, a partir do século XVI nos permite apresentar que houve factualmente relações intensas de conflito, imposições e submissões e também de trocas sociais e culturais entre diversas matrizes culturais.

A intensificação das expedições no novo continente, especialmente em terras brasileiras, provocou o entrecruzamento de diversas matrizes socioculturais e gerou um tipo de sociedade nacional com diversidade cultural bastante vasta. Esses entrecruzamentos e as vivências internas a cada grupo sociocultural brasileiro desde longa data têm gerado uma riqueza de patrimônios culturais, tangíveis e espirituais. Neste sentido é que Santos (1983) postula que as culturas de povos e nações nesta região do planeta no período prévio às conquistas europeias foram tratadas como mundos a parte das culturas nacionais desenvolvidas. Isto se dava por conta da lógica europeia de que uma cultura somente poderia ser considerada cultura se

tivesse em sua estrutura possíveis contribuições à cultura europeia, cultura dominadora, como por exemplo: comidas, nomes, roupas e lendas (SANTOS, 1983).

A cultura é uma dimensão do processo social e da vida de uma sociedade. No caso do Brasil, é expressão de identidades e memórias de uma população miscigenada por força de situações históricas pouco harmoniosas. A coesão social nacional foi, ao longo dos séculos de colonização e mesmo no período republicano, feita à base de costura de pedaços culturais heterogêneos na convicção de que as idiossincrasias seriam suprimidas com o passar do tempo pela imposição de uma aparente homogeneidade dos traços culturais (PAULINO, 2017).

Por certo, a grande diversidade cultural brasileira evidencia e confirma o passado feito de encontro entre as culturas africanas, europeias e aborígenes. Por meio das relações resultantes desses encontros conflituosos, a identidade nacional tomou e tem tomado a sua forma. Disparidades nos aspectos religiosos, na visão coletiva de mundo, nas formas de manifestação social existentes, nos costumes e nas percepções morais, na linguagem e nos usos simbólicos, nas lidas com o meio ambiente, são peculiaridades que ao serem colocadas em relações provocam acordos que servem de equilíbrio entre cessão e reivindicação entre as culturas. É na apresentação desse equilíbrio que podemos discutir aspectos identitários do povo brasileiro. Neste caso, Paulino enfatiza que,

A formação de uma identidade cultural é algo que depende de diversos fatores, e seu reconhecimento é tanto mais plausível quanto mais forem realizadas práticas singulares de cultura daí resultantes. Embora seja fundamental a identidade de um grupo cultural para sua existência porque revela a qualidade do idêntico entre entes participantes, não se pode negar que processos identitários são relativos devido ao caráter dinâmico da formação cultural de um povo (PAULINO, 2017, p. 156).

Na Amazônia brasileira, não diferente das outras partes do País, a questão também é bastante complexa. Se considerarmos que a Amazônia não é um lugar ideal para homogeneidades, mas um espaço construído e constituído de vivências das diversas coletividades que nele vivem, faz-se necessário considerar as relações do ser humano com a natureza e, mais ainda, a riqueza cultural imaterial formulada a partir de tal relação. Neste sentido, boa parte da vida de uma pessoa ou de um grupo social na Amazônia é gasta com o intuito de desenvolver formas de apropriação dos mecanismos da natureza e transformá-la para o uso e bem coletivo e individual, ou seja, cada população vivencia a natureza de acordo com o que

gerações anteriores repassaram sobre tal ambiente e com o sentido que esse ambiente tem para cada comunidade.

### **1.1 Costurando ideias e concepções para uma proposta de conceito de cultura**

Para se apresentar um determinado conceito de cultura é fundamental considerar a pluralidade de situações em que o termo está inserido, demonstrar a diversidade de ideias que envolvem seu estudo, discutir elementos que o constituem, ciente de que esse conceito define um fenômeno instigante, polêmico e que estará sempre em reconstrução. Tomemos a ideia de uma colcha de retalhos como exemplo didático e metafórico para discussões, no sentido de desenvolver uma proposta de conceito de cultura a partir de uma percepção complexa do fenômeno cultural. Essa ideia é uma analogia à proposta de Edgar Morin sobre sua teoria da complexidade enquanto um tecido. Segundo este pensador,

[...] a complexidade é um tecido (complexus: o que é tecido junto) de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo. Num segundo momento, a complexidade é efetivamente o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico (MORIN, 2005, p. 13).

Neste caso, concebamos que uma colcha de retalhos é confeccionada com vários tecidos, de diversas cores e formas, que quando costurados formam uma peça única. Segundo Edgar Morin (2005), a complexidade é constituída de vários tecidos representativos dos mais diversos, diferentes e até mesmo divergentes elementos e que, apesar de suas estruturas diversas, heterogêneas, desordenadas, ambíguas, incertas, são inseparáveis entre si e aglutinadas de modo a se tornarem uma colcha de retalhos.

Nossa percepção é de que a nota de Morin sobre complexidade pode também ser utilizada por nós de forma analógica ao conceito de cultura. Vejamos que Morin aponta a complexidade como “[...] efetivamente a rede de eventos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomênico” (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p.44). Isto serve também para apresentar que cultura segue de certa forma os mesmos parâmetros, já que cultura é constituída de uma rede de retalhos, tais como: eventos, ações, interações, retroações, determinações e acasos que são gerados pelo mundo dos fenômenos.



Analogicamente, o termo cultura foi construído a partir de diversas teorias e de diversos autores que estudaram as relações humanas nos mais diversos contextos.

Segundo Bosi (1996), o termo deriva do latim *colere*, que significa habitar, cultivar, proteger, honrar com veneração, ou ainda aquilo que deve ser cultivado. Nos primeiros usos do termo cultura, desde a Roma Antiga, essa palavra de origem latina tem relação direta com a ideia geral do cultivar algo, e relação particular com a ideia de cultivar o solo (BOSI, 1996). Por isso, a primeira acepção do termo tem necessariamente vínculo com a agricultura. O termo ganhou dimensões que extrapolaram os limites de cuidado agrário e pecuário a partir do século XVIII, quando se iniciou um movimento sociocultural na Alemanha com vistas a desenvolver concepções e conceitos que pudessem definir a organização e ação coletiva do povo alemão (ABBAGNANO, 2007). Surgem então diversos pensadores, que se dedicaram a buscar um conceito mais elaborado e definido à cultura, ou seja, é preciso reconhecer que a conceituação de cultura sempre esteve em constante construção, discutida e estuda por diferentes autores, que o ressignificaram e o ressignificam no decorrer dos séculos.

Abbagnano (2007) faz um percurso histórico de conceituação do termo e afirma que o vocábulo possui basicamente dois significados: a formação do homem, sua melhoria e seu refinamento e; o produto dessa formação, ou seja, o conjunto dos variados modos de viver e de pensar cultivados. No primeiro significado referente à formação humana e individual, o autor utiliza a palavra *humanitas* para exemplificar tal formação a partir das artes, da filosofia, da poesia o que distinguia o homem dos outros animais. No segundo significado, ele propõe o conjunto dos modos de vida criados, adquiridos e transmitidos de uma geração para a outra, entre os membros de determinada sociedade. Em nossa percepção, enquanto o segundo conceito está vinculado à formação humana desde sua educação básica no empreendimento de cada sociedade em humanizar seus membros, o segundo está vinculado a um estágio mais adiante, o de refinamento dos modos de vida das pessoas.

Essa também parece ser a proposta de Edward Tylor (1832-1917) sobre o termo, pois ele toma como referências as discussões entre franceses e ingleses sobre o desenvolvimento social e os estudos envolvendo questões de cultura. Na Alemanha do final do século XVIII, o termo *Kultur* era utilizado para simbolizar os aspectos espirituais de uma comunidade. Na França do final do mesmo século, a

palavra *civilization* trouxe ao debate a referência às realizações materiais de um povo. Edward Tylor condensou os dois termos no vocábulo *culture*, que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo ser humano como membro de uma comunidade.

Tylor, em sua obra *“Primitive Culture”* (1871), defendeu a ideia de que a cultura não é um aspecto inato no ser humano, mas adquirido e aprendido a partir das relações sociais e experiências pessoais e coletivas, atravessando um período evolutivo que começa com o estado selvagem e culmina no estágio civilizatório. Para defender a civilização europeia como parâmetro de classificação de estágios da selvageria à civilidade, Tylor afirma que,

É de conhecimento principalmente o saber, a arte e os costumes, e de fato apenas um conhecimento muito parcial neste campo, diante da vasta gama de aspectos físicos, políticos, sociais e; considerações éticas, que são deixadas praticamente intocadas. O padrão de avaliação do progresso e do declínio não é o ideal do bem e do mal, mas o movimento ao longo de uma medida linear de grau a grau de selvageria, barbárie e civilização. A tese que eu me atrevo a sustentar, dentro dos limites, é simplesmente isso, que o estado selvagem em alguma medida representa uma condição inicial da humanidade, a partir da qual a cultura superior tem sido gradualmente desenvolvida ou evoluída, por processos ainda em operação regular como antigamente, e o resultado mostra que, no geral, o progresso prevaleceu sobre a recaída (TYLOR, 1871, p. 32-33).<sup>3</sup>

O autor afirma ainda ser a cultura um “[...] todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, direito, costumes e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade.” (TYLOR, 1871, p. 01)<sup>4</sup>. Seu entendimento e sua adesão aos movimentos defensores da teoria evolutiva o ajudaram a definir um conceito de cultura, sendo a teoria de Charles Darwin sobre a origem das espécies, uma das ideias que mais impactaram na construção da concepção tylorista de cultura.

Nessa perspectiva, a ideia de cultura é defendida como sendo algo alcançado por meio da evolução, ou seja, para apresentar um indivíduo ou um grupo social

---

<sup>3</sup> Tradução livre para *“It takes cognizance principally of knowledge, art, and custom, and indeed only very partial cognizance within this field, the vast range of physical, political, social, and; ethical considerations being left all but untouched. Its standard of reckoning progress and decline is not that of ideal good and evil, but of movement along a measured line from grade to grade of actual savagery, barbarism, and civilization. The thesis which I venture to sustain, within limits, is simply this, that the savage state in some measure represents an early condition of mankind, out of which the higher culture has gradually been developed or evolved, by processes still in regular operation as of old, the result showing that, on the whole, progress has far prevailed over relapse having or not having reporters present.”*

<sup>4</sup> “[...] 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” (Tradução livre).

como dotados de cultura, seria necessário que a pessoa ou grupo tenha passado por uma série de experiências que o proporcionassem um aprendizado evolutivo de cultura e o elevassem a um grau de refinamento no seu modo de ser e viver. Por certo que essa concepção já não é mais aceita no cenário internacional contemporâneo, embora não se possa negar que a concepção de cultura de Tylor tenha ajudado na construção desse conceito.

No espaço desse debate, e da costura de nossa colcha de “retalhos” para gerar uma percepção conceitual de cultura, é válido mencionar as ideias dos antropólogos Franz Boas (1858-1942), Alfred Kroeber (1876-1960) e Clifford Geertz (1926-2006) sobre a construção do conceito de cultura. Esses pensadores do século XX, afirmaram que o fenômeno cultural tinha mais de causalidades sociais do que de causalidades naturais, ou seja, o conceito de cultura teria relação com fenômenos sociais, visto que eles haviam considerado que costumes e modos de vida característicos entre os grupos como hábitos não padronizados, tornariam difícil um entendimento e uma definição de processo de evolução cultural,

O ponto de vista evolucionista pressupõe que o curso das mudanças históricas na vida cultural da humanidade segue leis definidas, aplicáveis em toda parte, o que faria com que os desenvolvimentos culturais, em suas linhas básicas, fossem os mesmos entre todas as raças e povos (BOAS, 2005, p. 41-42).

Boas (2005) reconhece a existência de várias manifestações culturais e não de apenas uma, pois neste caso teria a cultura unidimensional acabaria por deter um *status* de universalidade, fato que Boas discorda veementemente. Se o autor reconhece que há diversidade cultural, portanto, há diversas culturas, ele também concebe a ideia de que cada indivíduo vê o mundo a partir da cultura onde cresceu, seja na lida entre pessoas, seja na lida com o meio ambiente, ou seja, nas condições sociais e econômicas, o que justificaria as diferenças entre populações,

Sem dúvida é verdade que se tem subestimado completamente a influência de impressões recebidas durante os primeiros anos de vida; que o comportamento social do homem depende em grande medida dos primeiros hábitos que se estabeleceram antes da época em que a memória a ela conectada começou a operar; e que muitos traços considerados por assim dizer raciais ou hereditários são antes resultado da exposição precoce a certos tipos de condições sociais (BOAS, 2005, p. 49).

Kroeber (1952), por sua vez, sustenta que a maneira de satisfazer necessidades biológicas e lidar com as funções vitais varia de uma cultura para

outra. Nesse sentido, pode-se afirmar que o indivíduo é um ser predominantemente cultural e que seus comportamentos não são biologicamente determinados.

E, contudo, muitos aspectos da diferença entre o orgânico e aquilo que na vida humana não é orgânico são tão patentes que até uma criança os percebe e que todos os seres humanos, incluindo os selvagens mais completos, empregam constantemente essa distinção. Toda a gente está ciente de que nascemos com certos poderes e adquirimos outros. Não há necessidade de discussão para provar que obtemos algumas coisas da natureza, para nossas vidas e constituição, através da hereditariedade, e que outras coisas nos chegam através de agentes com os quais a hereditariedade nada tem a ver. Que se saiba, nunca ninguém ainda afirmou que algum ser humano tenha nascido com um conhecimento inerente da tabela da multiplicação; nem, por outro lado, ninguém duvidou que os filhos de um negro nasçam negros através da operação das forças hereditárias (KROEBER, 1952, p. 42).

Neste escopo do debate, Geertz (2017) defende um conceito de cultura que ele chama de “essencialmente semiótico”, afirmando que o ser humano é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, entendendo assim que essas teias são em termos apropriados a própria cultura, portanto, uma ciência interpretativa à procura de seu significado. Ele também ressalta que para se estudar cultura não se deve indagar sobre seu status ontológico, mas sobre o que está sendo transmitido por meio dela, ou mesmo sobre as condições que permitem existir os diversos modelos culturais.

Na contemporaneidade, Brandão (2009) defende que a cultura se faz presente nos atos e nos fatos por meio dos quais nos apropriamos das coisas do mundo e o transformamos de modo a tornar o próprio mundo um lugar mais de humanos, portanto cultural. Para o autor, a cultura se “materializa” quando são atribuídos sentidos e significados ao mundo socialmente criado pelas pessoas, a partir de suas vivências. Neste caso, é válido citar De Certeau (1995) para quem toda cultura requer atividade, modo de apropriação, transformação pessoal, sendo necessário que as práticas sociais que a envolve tenham significados para quem as realiza. No mesmo sentido, que é o de um conceito ainda em gestação, embora esteja em discussão há séculos, Myanaki *et al.*, apontam ser a cultura um “conjunto de crenças, costumes, valores espirituais e materiais, realizações de uma época ou de um povo, manifestações voluntárias que podem ser individuais ou coletivas pela elaboração artística ou científica” (MYANAKI *et al.*, 2007, p. 9).

De caráter abrangente, esse conceito contempla diversas dimensões sociais, tais como danças, músicas, línguas e linguagens, hábitos pessoais e coletivos, entre

outras. Por isso, é possível apresentar que há uma constatação conceitual bastante prática e aceita nos tempos atuais, a de que cultura tem relação com *todos os aspectos da vida social*, existindo em todos os contextos, por isso, há modelos culturais diversos ligados a diversas regiões, e sempre configurados a partir de seus contextos. Paulino, em seu texto sobre *A Amazônia entre culturas, identidades e memórias*, define que,

As formas de manifestação cultural são diversas. Há uma panaceia delas na música; nas literaturas prosaicas e poéticas; no fabrico de bens artesanais; nas construções de edificações; em festanças e festejos populares; em festivais, folias e rituais religiosos; nas contações de histórias, mitos e lendas; nos trejeitos de fala, gesto e cantoria com expressões lexicais locais e regionais; nas atividades produtivas para subsistência como o extrativismo, a agricultura e a pecuária; nos hábitos alimentares e de beberagem; nas manifestações de arte como pintura, arte cênica de teatro e circo e o artesanato; entre outras formas, que ajuntadas se tornam componentes do que chamamos de Cultura de um grupo social (PAULINO, 2017, p. 149-150).

As expressões de cultura citadas por Paulino demonstram com clareza que a Cultura é, de fato, um fenômeno complexo e dinâmico cujo conceito agrupa manifestações diferentes e divergentes, mas que convergem entre si para caracterizar e moldar a essência de cada ser e comportamento humano. Além disso, a conjugação de diversos conceitos nos leva a afirmar que não há um consenso, e sim complexidades no processo de conceituação do termo. Sem uma preocupação tangente ao conceito, nossa proposta é considerar que cultura é um conceito abrangente e dinâmico que nos permite uma investigação mais apropriada da Amazônia no que se refere às suas manifestações coletivas de cultura. Neste caso, concordamos com Paulino, que afirma ser a cultura,

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, 2017, p. 151-152).

Nota-se que, conforme a definição de Paulino, o conceito de cultura perpassa a ideia de uma produção coletiva que ocorre por meio da interação entre indivíduos, que realizam seus modos de ser, viver, pensar e sentir, e desenvolvem seus valores, estimulando o senso de grupo por meio do fortalecimento do que lhes identificam, e da apresentação do que lhes diferenciam, e do estabelecimento de suas rotinas. Logo, aos componentes formativos de cultura, conforme cita Paulino, podemos também incluir enraizamentos coletivos por meio do convívio com o ambiente, o

registro e a preservação da memória local, fatores vinculados ao conceito de cultura. A cultura é, pois, algo carregado de significação e ligação afetiva por quem a vivencia e faz parte dela.

Carvalho (2018) afirma que a tentativa de compreender o significado de cultura é tarefa difícil para qualquer ciência, sejam, principalmente, aquelas que não lidam com a precisão e a exatidão, sejam as que primam pela exatidão e a lógica clássica na constituição de um conceito. Em certa medida, as considerações de Brandão (2009) também reiteram essa ideia, quando ressaltam que somos seres simbólicos criadores de teias, tramas, redes e sistemas de regras de relações, códigos de conduta, gramáticas de relacionamentos, assim como também somos a memória contada por meio de contos, cantos, mitos, poemas, ideias, ideologias, visões de mundo, religiões. Ou seja, somos seres formadores de culturas.

A partir disso, é fundamental considerar a discussão do que significa para uma determinada comunidade ter um conjunto de valores, crenças e hábitos e identificar todo esse aparato como “sua cultura”. Bogéa (2013) apresenta a cultura como algo essencial ao ser humano porque constitui seu fator de crescimento econômico e desenvolvimento; pois a reserva dos saberes relativos ao meio ambiente é dotada de força simbólica capaz de dar sentido à vida nas comunidades. Por isso, Brandão é tão esclarecedor ao descrever seu conceito de cultura. Para ele,

Culturas são panelas de barro ou de alumínio, mas também receitas de culinária e sistemas sociais indicando como as pessoas de um grupo devem proceder quando comem. São vestimentas de palha ou de pano acompanhadas de preceitos e princípios sobre modos de se vestir em diferentes situações sociais e rituais. São mapas simbólicos que guiam participantes de um mundo social entre seus espaços e momentos. Nossos corpos, atos e gestos são visíveis como expressões de nossos comportamentos. Mas o sentido do que fazemos ao agir em interações com nossos outros somente é compreensível mediante as culturas de que fazemos parte (BRANDÃO, 2009, p.7).

A partir das discussões das teorias apresentadas e “costuradas” no contexto de nossa pesquisa, pode-se entender cultura como algo construído durante as relações humanas, envolvendo condições materiais e imateriais que se misturam, formando uma teia de significados que envolvem práticas, crenças, hábitos individuais e coletivos que constituem a identidade de um grupo social ou uma população. Por isso e, como resultante dessa discussão, nossa percepção de cultura também é ampla e irrestrita, pois nos tempos atuais nos parece fundamental

superar certos tipos de concepção de cultura que obedecem à lógica atual da padronização dos modos de ser e viver.

## **1.2 Culturas diversas no Baixo Amazonas**

Cada grupo social cria “seu mundo” e atribui significado a ele. Em tal ato, os grupos costumam juntar aspectos originários de vários lugares e de várias épocas, a partir das experiências adquiridas pelos indivíduos que deles fazem parte. Neste caso, a formação da cultura constitui um processo de vivências e adaptações que servem de suporte no desenvolvimento de hábitos pessoais e coletivos, e incidem na formação identitária de um determinado grupo. Essa formação identitária está intrinsecamente vinculada a um sentimento de pertença a um grupo, com suas partilhas comuns de língua, culinária, crenças religiosas, normas e valores, vivências sociais, lidas com os elementos cotidianos da vida como saúde, transporte, trabalho, arte, entre outros. Neste aspecto, a Amazônia é um grande lócus cultural que, além da riqueza de sua diversidade biológica, acolhe para si uma diversidade cultural grandiosa, constituída de grupos sociais de matrizes as mais diferentes possíveis.

Dentre os povos que constituíram a sociedade amazônica, evidenciamos os que implantaram seus mocambos, conhecidos como comunidades remanescentes de quilombos dos povos de matrizes africanas. De acordo com a Fundação Palmares, no Brasil, até novembro de 2018, havia 2.677 comunidades quilombolas certificadas, conforme atesta a Portaria Nº 316/2018, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 23 de novembro de 2018, com as certidões expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs). No Estado do Pará, este quantitativo é de 259 comunidades, sendo 61 estabelecidas no oeste paraense. Esse reconhecimento estatal, que segue o que determina a Carta Magna brasileira de 1988, em seu artigo 68, que assegura aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras o reconhecimento da propriedade definitiva, devendo o Estado lhes emitir os títulos respectivos, é uma confirmação da forte organização dos descendentes de escravos e ex-escravos que foram trazidos da África para a região no período colonial brasileiro.

Por certo que os africanos ao aportarem em diversas cidades do norte brasileiro, como Belém, Óbidos, Santarém e Manaus, foram colocados em contato com os povos originários indígenas de diversas etnias, e com os europeus e seus descendentes e essa pouco harmoniosa mistura ocorrida no Brasil Colônia é que

gerou a grande diversidade cultural que encontramos em toda a região do Baixo Amazonas. Tal diversidade está intrinsecamente ligada à ocupação da região, principalmente, nos séculos XVII, XVIII e XIX. De acordo com Cardoso e Müller (2008), o povoamento da Amazônia ocorreu, quando portugueses, a partir de Recife e Salvador, se deslocaram para a região com a finalidade de afastar os concorrentes ingleses, holandeses e franceses que se apoderavam das “drogas do sertão”<sup>5</sup>. Entre os diversos produtos extraídos da grande Floresta estavam cacau, cravo, guaraná, urucum, canela do mato, poaia, salsaparrilha, castanha-do-pará baunilha, piaçava, gengibre (mangarataia), puxuri, baunilha, anil, madeiras diversas, além de sementes oleaginosas como andiroba, copaíba, e outras. Nesse contexto de colonização de exploração, o Sistema extrativista com o uso inicial de mão de obra escrava indígena foi a primeira linha de povoamento lastreada em ação militar dos colonizadores e exploradores no norte brasileiro.

Bezerra Neto (2001) afirma que um dos pilares da especificidade do que ele chama de “Amazônia Portuguesa” se dá pelas relações sociais envolvendo o estabelecimento do extrativismo das drogas do sertão, o apresamento de indígenas e a existência de uma agropecuária voltada para o mercado, com a consequente utilização do trabalho escravo africano.

Nesse mesmo sentido, Barbosa *et al* (2012) tecem afirmações sobre a história da região do Baixo Amazonas correlacionando-a com a história da Amazônia. Em seu relatório analítico do território do Baixo Amazonas, as autoras ressaltam que as cidades emergiram nas margens dos rios Amazonas e Tapajós, a partir da expulsão dos jesuítas, quando suas fazendas foram restruturadas pelo regimento do Diretório de Índios<sup>6</sup> em 1755, que criou as regras para o comando civil, introduzindo as atividades agrícolas, sob a organização de ramos de produção, visando a suprir as

---

<sup>5</sup> Para os colonizadores, o Sertão não significava um espaço físico, mas um território simbólico. Antonio Carlos Robert de Moraes define bem o que vem a ser o Sertão: “*Enfim, o sertão não é uma materialidade da superfície terrestre, mas uma realidade simbólica: uma ideologia geográfica. Trata-se de um discurso valorativo referente ao espaço, que qualifica os lugares segundo a mentalidade reinante e os interesses vigentes neste processo. O objeto empírico desta qualificação varia espacialmente, assim como variam as áreas sobre as quais incide tal denominação. Em todos os casos, trata-se da construção de uma imagem, à qual se associam valores culturais geralmente – mas não necessariamente – negativos, os quais introduzem objetivos práticos de ocupação ou reocupação dos espaços enfocados. Nesse sentido, a adjetivação sertaneja expressa uma forma preliminar de apropriação simbólica de um dado lugar*” (MORAES, p. 2/6, 1988).

<sup>6</sup> *Diretório dos Índios* foi uma lei publicada no ano de 1757, por D. José I, rei de Portugal, por meio de seu ministro, o Marquês de Pombal, que dispunha sobre os aldeamentos indígenas, e suas elevações aos *status* de vilas ou aldeias, administradas por um diretor, em geral nomeado pelo próprio ministro Pombal. Para mais informações sobre essa lei, é sugestivo “O diretório dos índios: um projeto de “civilização” no Brasil do século XVIII”, de Rita Heloísa de Almeida. Editora UnB, 1997.



demandas da colonização. Isto não implica afirmar que antes da reestruturação desses povoados, não havia aglomerados de pessoas, organizadas em vilas ou mesmo cidades. Óbidos, fundada nas margens do rio Amazonas e Santarém, às margens da confluência entre o rio Amazonas e o rio Tapajós, fundadas no século XVII são exemplos desse povoamento prévio ao Diretório de Índios.

Na ocasião da deportação jesuítica, todo e qualquer aglomerado indígena ou não, fora transformado em vila, ou mesmo, em cidades por Marquês de Pombal. A mão de obra indígena que até então fora utilizada na construção de fortificações, foi substituída pelo trabalho do negro africano, impulsionado pela criação da Companhia Geral de Comércio do Grão-Pará e Maranhão, por Marquês de Pombal, e confirmada pelo Alvará Régio de 07 de junho de 1755, com objetivo de intensificar as relações econômicas na região, fomentando atividades comerciais, fortalecendo a prática mercantilista por meio do estímulo à extração das drogas do sertão.

Durante a ocupação dos portugueses na região do Baixo Amazonas, visando o desenvolvimento econômico, era comum que os viajantes relatassem seu cotidiano de expedições e enviassem à Coroa portuguesa toda a descrição do “Novo Mundo”. Nesse contexto, as peculiaridades da região, as características da população local, hábitos alimentares, dentre outras questões, eram descritas pelos expedicionários com riqueza de detalhes, o que despertava a curiosidade e o desejo de dominação de outros povos. Além de ricos relatos sobre hábitos culturais da população, também foram feitos inventários sobre fauna e flora, sempre com perspectiva de exploração econômica, por isso, as expedições feitas ao longo do rio não eram apenas para conhecê-las e admirá-las. Outros objetivos foram traçados tais como a possibilidade de exploração econômica por meio do que poderiam extrair das matas, o que não está tão distante do que acontece hoje com grandes projetos de exploração econômica da região. Vista pelos expedicionários como exótica e exuberante, tal cobiça despertou o interesse de diversas especialidades científicas.

Altino Berthier Brasil, em sua obra “Desbravadores do rio Amazonas” (1996), menciona Henry Bates (1825-1892) e Alfred Wallace (1823-1913) como grandes naturalistas que percorreram o rio Amazonas desde a sua foz até próximo da fronteira com o Peru. O autor afirma que Bates tinha a Amazônia como o “paraíso do naturalista” justamente pela diversidade de espécies da fauna e da flora que, na época, foram calculadas em cerca de quinze mil espécies zoológicas, das quais pelo

menos oito mil, segundo a sua própria asserção, eram novas para a ciência. Foi com o incentivo de Charles Darwin (1809-1882), que visitara o Brasil anos antes, que Henry Bates publicou a primeira edição de *The naturalist on the river Amazon*, bem como Wallace que manteve uma duradoura correspondência com Darwin, embora o tenha encontrado apenas uma vez. Das diversas trocas de correspondentes, Darwin se utilizou das observações de Wallace escritas de suas experiências na Amazônia brasileira para melhor fundamentar suas teorias, principalmente, a da seleção natural. Tanto a expedição de Wallace quanto a de Bates demonstram o quanto se era valorizada a região amazônica, e sua riqueza de biodiversidade, fator que até nos dias atuais causa admiração e cobiça internacional.

O número de expedições internacionais ao Brasil, especialmente, vindas da Europa, e cujos objetivos principais eram o conhecimento e a exploração dos recursos da natureza se multiplicou de modo ainda mais acentuado no século XIX, após a abertura dos portos no ano de 1808, quando da chegada da Corte Portuguesa ao Rio de Janeiro. Apesar da exploração desenfreada e mudanças radicais nos hábitos dos povos originários, os relatos dos expedicionários foram importantes para dar visibilidade à região e, segundo Santos (2005), para que o Brasil e o mundo pudessem reconhecer a importância da região na formação do País. Tais relatos eram, em diversas vezes, poéticos e em forma de crônicas, e contavam a história de um lugar com aspecto novo e rico, talvez para ser explorado e controlado, afinal, era percebido pelo colonizador como exótico e com habitantes tidos como selvagens.

Portanto, observa-se que a “ocupação econômica” da região do Baixo Amazonas conduziu ao entrelaçamento de pessoas e, conseqüentemente, de culturas e modos de vida distintos. Essa adaptação de maneiras de ser e estar em um novo mundo se fez necessária e, certamente, não foi pacífica. Tais entrecruzamentos de culturas diversas fomentaram a diversidade cultural encontrada atualmente na região amazônica, sobretudo, na região do Baixo Amazonas.

### **1.3 Identidade cultural quilombola no Baixo Amazonas e a Desinvenção da História Afroamazônica do colonizador: iniciativas afros na Amazônia**

A formação de identidades culturais afroamazônicas é realizada a partir da grande Diáspora africana para diversas partes do mundo. Em sua obra *The African*

*Diaspora* (2009), à medida que descreve uma proposta de História Cultural Africana, Patrick Manning desenvolve a tese de que o período da diáspora negra do território africano ocorreu entre 1.400 d.C até 2.000 d.C. Seu ponto de vista é o de que os interesses europeus, articuladores da diáspora por meio de processos de escravidão e tráfico de escravos, se estenderam até os tempos pós-abolição.

Segundo Manning (2009), é preciso considerar esse tempo com enfoque no papel que a África e a sua diáspora desempenhou e ainda o faz na história global. A grande travessia do Atlântico é uma das grandes ocorrências migratórias, embora a transposição também tenha ocorrido para a Europa por meio de terras mediterrâneas e para a Ásia em viagens pelo oceano indiano. Se por um lado essa travessia significou o forçado deslocamento de grande leva de africanos, escravizados por colonizadores europeus e obrigados ao trabalho escravo em terras estrangeiras e estranhas, por outro a diáspora forçada levou também africanos e seus descendentes a desenvolverem formas de resistência e defesa, a partir de comunidades viáveis ao longo dos séculos (MANNING, 2009).

Entretanto, é preciso manter viva a dolorosa via percorrida pelos imigrantes africanos cheia de conflitos resultantes de diferenças culturais no encontro nada amistoso com outras culturas, rupturas de suas raízes e descontinuidades existenciais na diáspora. Neste sentido, é fundamental trazer a termo a experiência africana na Amazônia. Uma imigração forçada até terras tupiniquins que se inicia no século XVI, por conta dos processos de escravização que ocorriam na África em vista da exploração braçal escravagista no Novo Mundo, principalmente, nas terras da América de colonização portuguesa. A leva de africanos de diversas matrizes internas levou à ampliação do escopo da sociodiversidade da Amazônia. Fruto dessa Diáspora está o estabelecimento de diversos conjuntos de moradias do tipo mocambos e um aprendizado forçado de viver no imenso e complexo ambiente da floresta tropical equatorial.

Embora o período escravagista brasileiro de exploração corporal do negro fora um dos mais cruéis e perversos da história sulamericana, não se pode deixar de enfatizar que o processo de colonização das terras brasileiras pelos portugueses no período prévio à chegada dos africanos também foi bastante rude. Os povos originários, de repente, se viram obrigados a ceder seus territórios aos colonizadores. A chegada expedicionária dos portugueses no Brasil, e dos colonizadores espanhóis em terras do lado esquerdo da linha delimitadora do

Tratado de Tordesilhas, provocou uma forte reviravolta na vida dos indígenas. Os colonizadores forçaram a modificação dos costumes indígenas, além de terem explorado e alterado o até então intacto meio ambiente amazônico, promovendo a extração de riquezas, devastando o solo e alterando o bioma com o cultivo de produtos agros e pecuaristas. A exploração da riqueza da região não foi o processo mais perverso colonialista dos portugueses nesse período.

Como o trabalho braçal era considerado atividade inferior à cultura “refinada” europeia, a solução para explorar a região foi a de fazer da única mão de obra disponível e barata na ocasião a base estruturante da exploração, ou seja, os portugueses optaram por escravizar índios, decisão que gerou situações conturbadas e problemáticas aos lusos, pois nem mesmo o fator econômico serviu para sustentar essa política inicial, ainda que o preço do escravo indígena em relação ao africano era em média três vezes menor. Para termos uma noção do barateamento da mão de obra indígena, um escravo indígena custava nos anos 1570 cerca de sete mil-réis, enquanto um escravo africano tinha o custo geral de 20 mil-réis (SCHWARTZ, 2016).

Os portugueses desistiram dessa política para os indígenas por conta da alta taxa de mortalidade dos índios por conta de questões biológicas e de saúde decorrentes da presença portuguesa e seu contato ambiental com os povos originários, de guerras ocorridas entre os diversos grupos indígenas motivadas pelos portugueses, além das lutas desvantajosas dos índios contra a própria escravização e quem os escravizava.

A negação feita pela maioria dos povos indígenas de servir como escravo ao colonizador, e sua conseqüente dizimação obrigaram os portugueses a buscar mão de obra no continente africano, trazendo para o Brasil uma grande leva de negros escravizados. Desse contexto de deslocamentos resultou o surgimento de um novo modelo de identidade no País, o afrobrasileiro, obrigado a se adaptar no “entre lugar” das culturas indígenas e portuguesa, e daí retirar formas criativas de sobrevivência e resistência às investidas escravistas do colonizador.

Nesse aspecto, é fundamental discutir a colcha brasileira de retalhos culturais, apresentando a identidade como um conceito que também transita e se entrelaça em diversos significados. Thonson (1997) afirma que a identidade é a consciência do “eu” que, com o passar do tempo, se constrói por meio da interação entre pessoas e vivências individuais, a partir da identificação, da similaridade ou

diferença com o que foi vivido. O autor prefere usar o termo no plural, que indica ser mais apropriado para indicar a natureza multifacetada e contraditória da subjetividade identitária.

Para os nossos propósitos, a identidade é um princípio que tem relação com o sentimento de pertencimento. É a consciência que cada indivíduo possui sobre ser e estar no mundo. É olhar para si e pertencer a um lugar, a um grupo que influencia diretamente na construção da sua subjetividade. Traz-se para a discussão a importância das memórias na formação da identidade, principalmente no caso das populações quilombolas, foco desta pesquisa.

Para Claude Dubar, em sua obra “A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais” (2005), a identidade resulta de processos de socialização do indivíduo, e compreende o cruzamento de processos relacionais e reconhecimento da própria identidade a partir do olhar do outro. Dubar afirma que a identidade individual tem a característica de ser “a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (2005, p. 136). No bojo desse debate, Paulino postula a tese da identidade cultural enquanto valores compartilhados de forma histórica e representativa, ou seja, como “conjunto vivo de relações sociais e patrimônios simbólica e historicamente compartilhados, que estabelece a comunhão de valores entre membros de um determinado grupo social e étnico” (PAULINO, 2017, p. 157).

Essas discussões teóricas que formam um apropriado estado da arte de nossa pesquisa nos ajudam a pensar no processo de construção identitária das populações quilombolas da Amazônia que se formou a partir de um entrelaçamento de identidades e culturas africanas, europeias e indígenas, que lhes foram repassadas de geração em geração. Neste sentido, como discutir a Identidade cultural quilombola que habita a vasta região do Baixo Amazonas e provocar a desinvenção da história dos afroamazônicos que fora contada pelo colonizador, sem que se fosse ouvido o lado do colonizado, ou do escravizado desenraizado? Ora, ponderar sobre comunidades quilombolas é discutir a complexa identidade, os registros memoriais “entre-lugares” e o intenso dinamismo cultural de uma população descendente de outra que foi desenraizada de maneira forçada de sua terra para ser utilizada como força de trabalho escravo. Além disso, cada população escravizada é oriunda de uma região diferente da África e que, conseqüentemente,

trouxe consigo uma gama de saberes, costumes e conteúdos culturais diversos. As especificidades nas formas de organizar a comunidade, as características dos espaços ocupados, bem como suas organizações religiosas são decorrentes do período colonial.

Sobre quilombolas, O'Dwyer (2002) afirma que esse grupo específico não se refere a resíduos ou resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou de comprovação biológica, não se tratando de grupos isolados ou de uma população estritamente homogênea. A autora afirma que consistem, principalmente, de grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência por meio de manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio, que fora outrora artificial por conta da dinâmica do desenraizamento africano e enraizamento na Amazônia brasileira e em outros territórios do País.

Funes (2003) afirma que a maioria dos mocambos da Amazônia teve sua formação no século XIX, resultante das diversas fugas de escravizados, principalmente, dos que foram alocados para terras do Baixo Tapajós e Baixo Amazonas. Nota-se que Funes apresenta o termo mocambo. Neste caso, também é preciso redefinir o conceito. Sobre os quilombos da região do Baixo Amazonas, é fundamental considerar que ao longo da história, o termo sofreu alterações, desvinculando-se do conceito clássico de quilombo, estritamente vinculado ao campo da historiografia, e que se refere ao conjunto de escravos fugidos. Neste sentido, Munanga (1995) destaca a palavra *kilombo* como de origem *umbundo* e aportuguesada para quilombo, cujo significado e presença no Brasil têm relações com os povos *Bantu* que foram trazidos e escravizados. Souza (2008) ressalta a multiplicidade de denominações, tais como, “terras de preto”, “terras de santo”, “mocambos”, “quilombos”, entre outras.

O conceito de quilombo que Arruti e Figueredo (2005) propõem, e que nós assumimos, é a de comunidades descendentes de escravos detentoras de um tipo de organização específica, com territorialidade caracterizada pelo uso coletivo, tendo a organização espacial de suas palhoças feita a partir de laços de parentesco, e assentados em relações de solidariedade e reciprocidade. Esse conceito também se adequa aos mocambos de preto, comunidades afrobrasileiras da região do Baixo Amazonas, que também têm por característica singular serem localizadas em regiões de várzea, ou seja, locais em que há uma relação sazonal dos moradores com o rio. Neste caso, os remanescentes de quilombo organizam suas atividades,

sejam elas econômicas sociais ou culturais, de acordo com as cheias e vazantes dos rios. Essa relação encontrada nos dias atuais nos Mocambos do Baixo Amazonas já existia no século XIX. Moreira Neto comenta a existência de mocambos negros e de comunidades de povos indígenas refugiados nas cabeceiras dos rios e igarapés. Para ele, “Nessas áreas de refúgios, comunidades de índios, de mestiços e de negros constituíram, à margem da sociedade colonial, nichos onde puderam desenvolver uma existência social autônoma, por vezes de singular vitalidade inventiva” (MOREIRA NETO, 1988, p.85).

Por isso, e para lançar mão de uma espécie de desinvenção da história dos quilombos da Amazônia, mais especificamente aqueles que estão localizados na região do Baixo Amazonas, é preciso voltar ao século XIX, para compreender que, segundo Funes (2009), foi essa a época em que as comunidades negras se constituíram como comunidades de mocambo e quilombolas. O autor afirma que os negros escravizados conseguiam fugir do seu “proprietário” e, navegavam por emaranhados de rios, lagos e igarapés, até chegar aos locais em que grupos de escravos fugidos já haviam estabelecido habitação, os *mocambos*.

Nesse sentido, ao mencionar as comunidades quilombolas como grupos de práticas de resistência no espaço da Amazônia, lugar composto de diversos e diferentes grupos culturais com os mais complexos emaranhados de hábitos e modos de vida peculiares, Funes (2009) defende que a memória dessa população, mesmo sujeita a influências e novos valores, permite traçar a trajetória que ela fez na sua formação, e conseqüentemente, na recomposição de sua identidade afro.

Furtado *et al* (2014), ao discutirem sobre identidade quilombola, afirmam que a constituição da identidade se dá por um grupo de indivíduos ao compartilharem significados e objetos simbólicos como língua, história, religião, interesses, gostos e cultura, em oposição aos que não partilham. A subjetividade é, ao mesmo tempo, associada dinamicamente à apreensão singular pelos sujeitos dos objetos compartilhados e se constitui enquanto identidade, sendo produzida de forma discursiva e dialógica. Nesse sentido, as autoras tomam como identidade quilombola as representações e interpelações nas quais os sujeitos em questão estão inseridos, e a partir das suas identificações com valores e significados construídos socialmente, a partir do contexto histórico-cultural compartilhado e que remetem, conseqüentemente, a uma identidade compartilhada.

Outra questão fundamental no processo de desinvenção da história descrita pelo colonizador é o fato das comunidades de escravos fugidos terem se utilizado de estratégias de defesa e fugas para resgatar a liberdade num primeiro momento e preservá-la em seguida. Segundo Furtado *et al* (2014), essas estratégias deram aos quilombos e mocambos a representação de resistência e luta contra a opressão dos colonizadores e escravizadores. Para fazer valer sua defesa, os escravos fugidos optaram por gerir uma estratégia de silenciamento que é fugir para um local de difícil acesso pelo branco, nas entranhas da floresta, e estabelecer nesse lugar o seu território de defesa, pois ao embrenharem-se nas matas, ambiente típico da região amazônica, dificultavam a entrada dos caçadores de escravos, ou capitães do mato.

Finalmente, é preciso afirmar as identidades culturais de mocambos e quilombos no Baixo Amazonas como dimensão estratégica no processo de desinvenção da História Afroamazônica, montada ao longo dos séculos de colonização pelo colonizador. Sobre isso, Souza (2008) afirma:

Portanto, a identidade de resistência quilombola se constitui e se expressa como afirmação da cultura, da organização social, dos usos e costumes, da territorialidade das comunidades quilombolas, em contraponto àquelas que se concebem na dita 'sociedade nacional'. A identidade quilombola traz ao longo de sua história uma dimensão de resistência. Por esse processo de resistência entendo que não seja apenas o elemento histórico da fuga das fazendas, uma vez que muitos quilombos não trazem esse elemento como constituinte do seu processo de formação. Por resistência se entende os processos empreendidos por esses grupos para manterem-se ao longo de sua história como sujeitos que se constituem enquanto grupo diferenciado, com aspectos identitários específicos, com seu modo próprio de viver (SOUZA, 2008, p. 97).

Essas discussões teóricas sobre a constituição do povo afroamazônico e sua formação identitária servem de fundamento para que possamos focar nossa investigação em uma das formas de resistência ao modelo colonizador de organização social, os hábitos culturais que favorecem a qualidade da saúde coletiva quilombola. Nesse contexto, ao se discutir identidade cultural, Mendes e Cavas (2018) ressaltam que, por exemplo, benzedeadas e benzedores quilombolas nos tempos atuais carregam marcas identitárias construídas coletivamente em um contexto de luta por direitos e acesso a políticas públicas de saúde. Por isso, nossa investigação se concentrará daqui por diante nas práticas da benzeção e da produção de garrafadas por benzedeadas e benzedores como forma de cuidados à saúde em uma comunidade quilombola do Baixo Amazonas e de resistência ao



modelo oficial. Neste sentido, será considerada a trajetória histórica da construção dessas práticas contadas pelos próprios benzedeiros das comunidades quilombolas participantes da pesquisa, promovendo discussões sobre como os quilombolas e mocambeiros lidam com a questão saúde coletiva, ou seja, se a existência de benzedeiros e benzedeirias no trato da saúde dessas comunidades é uma manifestação de resistência ao modelo oficial de saúde de base europeia ou se apenas resultante da ausência do Estado nesse espaço étnico-cultural.

## **CAPÍTULO II**

### **HÁBITOS CULTURAIS E A PRÁTICA DA SAÚDE NO BAIXO AMAZONAS**

O período contemporâneo tem uma característica bastante peculiar no que se refere à condição existencial humana, que é o forte processo experiencial de dessacralização do mundo a partir do modelo de desenvolvimento social proposto pela modernidade e pela ciência em dimensões similares ao aumento de interesse e uma busca mais constante desta mesma sacralidade outrora perdida. A corrida social e o novo investimento humano em símbolos sagrados parecem estar sinalizando para questões mais complexas do ser humano. Há nessa aparente ambiguidade uma relação de complemento que pode encaminhar os destinos sociais da época atual, a de um tipo de ciência que resgata a espiritualidade humana e de um tipo de religiosidade que reage proativamente a essa nova perspectiva epistemológica. Neste imbróglio entre ciência e dimensões socioculturais, sobretudo, a dimensão da religiosidade ou espiritualidade, encontra-se uma condição da vida humana que, a depender de sua manifestação, o ser humano se obriga a determinados ritos ou rituais de preservação da vida ou de reconhecimento de seus limites vitais: a saúde.

Desde os tempos mais remotos, os cuidados com a saúde se misturam aos cuidados espirituais. Ainda que nos tempos modernos, a racionalização da vida por meio do desenvolvimento científico levou a severas rupturas dessa mistura, chegamos ao período contemporâneo com pessoas que evocam as práticas médicas do sistema formal na mesma medida em que evocam as práticas tradicionais, populares e espirituais de saúde.

No período colonial brasileiro, pertenciam aos curandeiros, pajés, benzedeiros, rezadores, erveiros, feiticeiros, xamãs, fazedores de garrafadas, e suas práticas de atendimento, a orientação para um estado saudável de vida, as recomendações de formas de tratamento e as indicações preventivas a população quanto ao problema das doenças. Válido afirmar que no período colonial, no Brasil o número de práticos da medicina formal era bastante reduzido e, em geral, tratava apenas das classes abastadas daquela sociedade. Isso obrigou a grande população humilde, que incluía índios e negros escravizados ou fugidos, e a população morena do País a contar somente com recursos nativos ou com a herança ritualística de

suas tradições de origem, transformando-os em práticas de atendimento de saúde legitimada e reconhecidas no âmbito desta população.

Na perspectiva do que estamos expondo, as práticas rituais de curandeiros, pajés, benzedeiros, rezadores, erveiros, feiticeiros, xamãs, fazedores de garrafadas, são orientadas por princípios e regras que emergem da experiência cotidiana desses indivíduos e pelo processo religioso engendrado em uma comunidade, que outorga ao líder religioso da condição mágica de recriar uma determinada realidade estabelecida (WEBER, 1991). Neste caso, o agente religioso é revestido das condições médicas por estar capacitado ao exercício espiritual, por ter seu carisma e sua sabedoria reconhecidos pelo coletivo e por carregar em si próprio o simbólico representativo dessa possibilidade da alteração da realidade dada.

Dito isto, importa-nos destacar que nosso interesse em pesquisar as práticas culturais de benzedeiros e benzedeadas na região do Baixo Amazonas, a apropriação coletiva de seus conhecimentos por meio das ações de saúde coletiva em favor da comunidade à qual estão vinculados, e nossa insistência em compreender tais conhecimentos do ponto de vista de uma ciência de caráter interdisciplinar e formatos epistemológicos refratários, ocorre em vista de buscar um entendimento de como esses atores adquirem e transmitem um tipo de saber aplicado à cura dos males do corpo e da alma, dentro do que se entende como medicina espiritual com utilização de remédios caseiros do tipo garrafadas, e como podem servir de modelos de cuidado à saúde na Amazônia, registrando concepções de doença e as práticas de cura exercidas por esses agentes de benzeção e produtores de garrafadas.

O sentido desta pesquisa é também traçar a trajetória de benzeção, rezas e remédios naturais como forma de cura na região do Baixo Amazonas, observando e identificando de onde vieram os elementos que caracterizam tais práticas, uma vez que historicamente ocorreram readequações dessas matrizes africanas à lógica da floresta, e buscar um entendimento mais afroamazônidas sobre como a benzeção sobreviveu enquanto forma de cura alternativa numa sociedade considerada plenamente medicalizada.

Neste sentido, Azevedo (2016) afirma que toda cultura está baseada em valores que possibilitam um sentido coletivo e existencial a um determinado grupo, ressaltando que a arte de benzer é uma prática popular medicinal inserida no contexto histórico da cultura popular, numa dimensão de afastamento e resistência à cultura de elite ou oficial.

De acordo com Mendes e Cavas (2018), aliada às práticas tradicionais empregadas pelas benzedeadas e benzedeiros quilombolas na promoção da cura e proteção, há uma dinâmica religiosa sincrética. Os autores apontam que esse sincretismo é produto de contextos históricos específicos na vida do povo brasileiro, que se manifesta na junção cultural entre as matrizes africana, indígena e europeia.

Às práticas tradicionais empregadas pelas benzedeadas e benzedeiros quilombolas, na promoção da cura e proteção, alia-se uma religiosidade sincrética pelas influências culturais das matrizes africanas, católicas e indígenas, produto dos contextos históricos específicos que marcam o povo brasileiro. O sincretismo religioso atribuído às mulheres e aos homens benzedeiros quilombolas, não se dá na mesma medida para todas e todos, mas as primeiras observações do campo revelaram que maioria delas e deles se declara pertencente à religião católica, embora suas práticas, as imagens dos santos canonizados ou não, além das representações de outras divindades mantidas em seus âmbitos domésticos, demonstrem a convivência pacífica entre elementos de proveniências religiosas diversas (MENDES e CAVAS, 2018, p. 04).

Embora haja uma predominância das estruturas católicas, isto é, da cultura branca, com as práticas vinculadas a imagens dos santos canonizados ou não, as representações de outras divindades são mantidas em seus âmbitos domésticos e demonstram a convivência amena entre elementos religiosos diversos. Isso implica a concentrar nossas análises sobre hábitos culturais e a prática da saúde no Baixo Amazonas nas práticas de religiosidade popular, que no Brasil prima pelo sincrético e pela não hierarquização ou separação entre sagrado e profano, em detrimento de práticas de religiosidade fundadas em doutrinação sistemático e dogmático (BRANDÃO, 1986; ELIADE, 1992).

## **2.1 Aportes contextuais e históricos de Hábitos Culturais e Saúde Coletiva**

Desde o período da Conquista lusitana das terras brasileiras no século XVI, as culturas com as quais os portugueses tiveram contato, foram tratadas como mundos sem valores significativos que pudessem a ser agregados à cultura do colonizador, visto que a lógica do dominador europeu era a de relacionar culturas não europeias a partir da lógica cultural do velho continente e reconhecer tais culturas pelo que pudessem oferecer de contribuições à cultura europeia. Paulino afirma que,

Por certo, essa percepção *estreita* de cultura a enquadra na concepção de fenômeno natural cuja realização aparentemente diversa a cada povo resultaria da casualidade de acontecimentos sociais, comportamentos, instituições e processos, e cuja finalização seria a uniformização de toda a humanidade em seu estágio final, padronizando as diversas culturas na lógica da civilização europeia. Não é por acaso que as culturas brasileiras e da América Latina, no período prévio às conquistas europeias foram

tratadas como mundos à parte das culturas nacionais do velho continente. Isto se dava por conta da lógica europeia de que somente poderia ser considerada cultura aquela que tivesse em sua estrutura possíveis contribuições ao processo civilizatório europeu, como por exemplo, modos de alimentação, formas de vestimenta e técnicas e tecnologias de trabalho, e se enquadrasse na lógica dos conceitos de *Civilisation* [realizações materiais] e *Kultur* [aspectos espirituais] de um povo. (PAULINO, 2018, 154).

Ora, se aceitamos a tese de que a cultura é uma dimensão fundamental no processo de formação de uma sociedade, por referir-se a todos os aspectos da vida social (SANTOS, 1983), então devemos assumir que a desqualificação pelo colonizador português das manifestações diversas das sociedades indígenas e africanas e suas culturas no Brasil não passa de uma proposta que pode ser tipificada como eurocêntrica, que assume os trejeitos sociais e culturais europeus como elementos fundamentais na constituição das sociedades modernas, e que por isso as sociedades do velho continente deveriam ser necessariamente protagonistas da história da humanidade.

Na contramão da proposição eurocentrista de cultura, nós assumimos as perspectivas oferecidas pelas diversas culturas indígenas e africanas existentes no País, principalmente, na região foco de nossa pesquisa, o Baixo Amazonas, como resistência ao processo histórico de colonização territorial ocorrido no Brasil do passado e ao processo histórico de colonização cultural no Brasil contemporâneo. Uma das formas que encontramos de apresentar certas perspectivas amazônicas do modo de ser e viver também protagonismos sociais e culturais é trazer ao debate sobre cultura o resultado de nossa pesquisa, relacionada aos hábitos culturais e a saúde coletiva de povos afroamazônicos.

De antemão, é preciso apresentar que as mais diversas sociedades brasileiras existentes no Baixo Amazonas detêm formas variadas, às vezes simples, às vezes complexas, de lidar com a questão da saúde numa determinada localidade e os impactos que ela costuma receber dos costumes e hábitos culturais. Por um tempo, trazer ao debate questões como as atividades de benzedeiros e benzedeiros, erveiros e erveiras, xamãs, pajés, curandeiros significava apenas discutir coisas do *exotismo* cultural local, aparentemente pouco ou nada significativo para os padrões de “refinamento” cultural, aos moldes do evolucionismo cultural taylorista (TYLOR, 1871). Essa visão um tanto eurocêntrica das formas como as culturas não europeias no Brasil, especialmente no Baixo Amazonas, lidam com o elemento saúde, e a

nomeação disso como exotismo de uma determinada subcultura é bastante equivocado e de gosto ideológico questionável.

O que os colonizadores que aportaram às margens dos rios da Amazônia, principalmente, o Amazonas não compreenderam de imediato o fato de que a garantia de uma vida saudável em um ambiente de bioma complexo como a Amazônia depende fundamentalmente da capacidade humana de se adaptar e desenvolver hábitos culturais integrados em um sistema que inclui mananciais, igarapés, igapós, rios, florestas, mangues, estruturas ribeiras, diversidade biológica animal e florística que são essenciais para que haja o equilíbrio ambiental, e para manter as condições adequadas de manutenção da vida. Daí resultar em que para se promover o desenvolvimento da região amazônica, especialmente, o desenvolvimento socioeconômico de comunidades da floresta é necessário pensar as formas culturais das populações locais de lidarem com questões de sobrevivência, ou seja, como eram e têm sido os modos de vida das populações originárias – habitadas ao convívio com a floresta – e dos povos da diáspora africana – sem qualquer renda econômica e estrutura social devido à condição escrava.

Assertiva diferente a dada ao colonizador português que se utilizava de sua condição econômica superior para promover sua própria qualidade de vida na floresta, e não somente desconsiderava os modos de vida locais e dos escravos, como também promoviam a desqualificação desses povos, seja os oprimindo, seja os forçando ao modelo de vida europeu.

Logo, problemas de saúde coletiva também são problemas culturais, afirmam Paulino e De Azevedo (2016, p. 04). Sendo assim, se há intenção de se buscar saídas sustentáveis para elevar o nível de qualidade da saúde da população, então é urgente investigar hábitos culturais vinculados à saúde coletiva das populações originárias e das populações africanas e afrodescendentes que foram forçadas a se adaptarem à vida na floresta, para daí se reconhecerem e resgatar valores culturais e de saúde que possam auxiliar na promoção da qualidade de vida das pessoas que vivem na região amazônica.

Então, é válida a ideia de se investigar como determinados grupos criam seus modos de vida e seus significados, entendendo-os como hábitos construídos coletivamente a partir de uma trajetória de necessidades, memórias e identidades culturais. Segundo Carvalho (2018), cultura é algo que abrange as formas de cultivo da terra e do mar e as formas de transformação dos produtos daí extraídos, do meio

ambiente enquanto alvo de ação humanizada, de apreensão e de transmissão de conhecimentos, da língua e das diferentes formas de comunicação, de usos e costumes cotidianos, de símbolos comunitários, de religiosidade e de organização política da sociedade.

Os arranjos de uma comunidade em prol da resolução das necessidades coletivas fazem com que sejam criadas maneiras próprias e específicas que se originam da história e que compõem a identidade daquele grupo. Buchillet (1991) afirma que as chamadas sociedades tradicionais não esperaram a implantação da medicina ocidental para disporem de toda uma gama de alternativas e de especialistas terapêuticos aptos a resolver seus problemas de saúde. A autora reitera que em tais sociedades, o paciente e seus familiares costumam indicar o diagnóstico desses especialistas empíricos como critério de orientação significativa para a escolha do recurso interventivo e dos tratamentos para a recuperação da saúde, assumindo de maneira convincente tarefas que, no mundo ocidental, se atribui geralmente a médicos e especialistas acadêmicos. Diferente do que se pode chamar de modelo colonizador de cuidados à saúde, no qual o paciente é passivo, em sociedades tradicionais o paciente é ativo e responsável por seu próprio cuidado.

Na aparição de uma doença, um primeiro diagnóstico é estabelecido pelo paciente, sua família ou a comunidade, diagnóstico baseado tanto na observação das manifestações patológicas da doença como na consideração de elementos que presidiram sua aparição. A preocupação, neste nível, é unicamente o alívio dos sintomas, o tratamento consistindo de plantas ou mesmo de remédios. No caso do agravamento, da persistência ou aparição de novos sintomas, etc. a doença será reclassificada e procurar-se-á a causa última, que é aquela que vai relacionar a doença particular do paciente ao seu meio físico e social de modo a poder responder à questão do “por que eu”. A busca desta resposta motivará o recurso a um especialista, um xamã, por exemplo. Em outras palavras, o caráter crônico que colocará a doença num nível de interpretação mais profundo. Neste nível, a causa da doença é divorciada do sintoma, contrariamente ao esquema biomédico ocidental, e o tratamento visará mais a causa da doença (cosmológica ou social) que o sintoma ou a manifestação física da doença (BUCHILLET, 1991, p. 28).

A experiência da doença de cada paciente advém das diferenças socioculturais. Langdon e Wiik (2010) sustentam que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem. A cultura compartilhada pelos indivíduos que formam uma determinada comunidade, como por exemplo, uma comunidade quilombola da região do Baixo Amazonas que são focos de nossa investigação torna as

potencialidades de formação e desenvolvimento humano, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis.

Ao se partir do pressuposto de que a cultura é um fenômeno total e que, portanto, provê uma visão de mundo às pessoas que a compartilha, orientando, dessa forma, os seus conhecimentos, práticas e atitudes, a questão da saúde e da doença está contida nessa visão do mundo e práxis social. [...] Dessa maneira, o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. Consequentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados (LANGON e WIIK, 2010, p. 178).

Sendo assim, entende-se que cada indivíduo experimentará o processo de adoecimento a partir da forma com a qual foi construída e constituída no seu sistema cultural a questão do adoecimento, buscando possibilidades de cuidado e de cura que estejam em consonância com esse sistema e seus sentidos e significados atribuídos à doença. Langdon e Wiik (2010) admitem que ao longo da vida os indivíduos sejam gradativamente socializados pelos e nos padrões culturais vigentes em sua sociedade, construídos por meio da interação social, assim como por meio de processos rituais e filiações institucionais. Assim, os indivíduos aprendem e replicam princípios que orientam certos padrões sociais, tais como os comportamentais, as formas de vestimenta, os hábitos alimentares e de beberagem, e as técnicas sobre como diagnosticar e tratar enfermidades. Além disso, a socialização dos indivíduos permite que haja o acesso à resposta do por que desses hábitos de aprendizagem. O porquê fazer tem especial importância, pois permite entender a integração entre os emaranhados processos humanos que resultam no que denominamos de cultura,

Dessa forma, a cultura oferece teorias etiológicas baseadas na visão do mundo de determinado grupo, as quais, frequentemente, apontam causas múltiplas para as enfermidades, que podem ser, e.g.: “místicas” e/ou “não místicas”. Dentre as causas “não místicas” (“não religiosas”, “não somáticas”, dentre outras) encontram-se teorias e percepções sobre o corpo e seu (mal)funcionamento frente à ingestão não adequada de determinados alimentos e clima, ainda, relações sociais e de trabalho tensas (LANGDON e WIIK, 2010, p.179).

As colocações de Langdon e Wiik servem de fundamento ao pensamento de Quintana (1999), para quem os símbolos que representam uma cultura não se constituem mero revestimento colocado sobre algo natural. Ao contrário, eles modelam o corpo, dão-lhe forma, deixando nele suas marcas. O autor apresenta a



ideia da existência de um corpo socialmente construído a partir das marcas adquiridas na cultura marcante da sociedade em que ele vive. Assim, as doenças que nele se manifestam, assim como as terapêuticas destinadas a combatê-las, nunca são meramente individuais. Elas também levam a marca do social que cada grupo constrói bem como a de suas representações de doença e de cura.

No contexto de discussão desses padrões ideais um dos mais complexos refere-se às formas de diagnose e tratamento de enfermidades. Há diversas situações desse tipo presentes nas culturas da Amazônia, principalmente, em ambientes de cultura afrodescendente. Há situações que carece de valor de verdade como a crença que certas pessoas têm de que ao comer manga acompanhada de leite, gerará um mal-estar à saúde; ou a crença de que uma mulher ao entrar em um rio no período menstrual, pode atrair mamíferos aquáticos como o boto-cor-de-rosa e esse encontro resultar em uma gravidez à mulher. Há também situações que já têm valor de verdade pela força da tradição empírica, como o uso de remédios caseiros e garrafadas para se prover a cura de determinados males.

Tais premissas são transmitidas de geração em geração e acabam por determinar modos de se portar diante das situações mencionadas. O ato de se buscar o cuidado em saúde e a cura nas casas das benzedadeiras e produtoras de garrafadas, por exemplo, também pode representar um padrão de socialização vigente em determinadas comunidades que se permitem atribuir significado e valor para esse hábito.

Essas diferentes visões de mundo e de modos de vida constituem o que se pode chamar de um complexo entremeado mosaico sociocultural, conforme mencionado por Langdon e Wiik (2010). A articulação que intentamos desenvolver entre saúde, cultura e sociedade visa trazer a figura das benzedadeiras e produtores de garrafadas como exemplo evidente de tal conexão, no momento em que o indivíduo atribui às chamadas práticas populares de saúde significado e valor, envolvendo o amplo conceito de cultura discutido nesta investigação.

Laplantine (2010) ressalta que pensar a saúde e a doença como modo de relação conflituoso ou satisfatório do homem com seu meio social se configura como uma reação a modelos e olhares exageradamente abstratos na busca e localização das propriedades “essenciais” da doença. Ao contrário disso, o autor caracteriza a medicina popular a partir de uma percepção abrangente da doença, ou seja, ao invés de separar o indivíduo do seu meio, há uma totalização “homem-natureza-

cultura” para entender as enfermidades e, conseqüentemente processos de cura, associados à subjetividade do doente. Essa associação implica no reconhecimento de seus hábitos culturais e da influência de seu comportamento na questão saúde-doença. O autor apresenta a integralidade da medicina popular como característica que a difere do modelo biomédico.

Enquanto a intervenção médica oficial pretende apenas fornecer uma explicação experimental dos mecanismos químico-biológicos da morbidez e dos meios eficazes para controla-los, as medicinas populares associam uma resposta integral a uma série de insatisfações (não apenas somáticas, mas psicológicas, sociais, espirituais para alguns, e existenciais para todos) que o racionalismo social não se mostra, sem dúvida, disposto a eliminar. O que constitui o sucesso e a perenidade dessas terapias (e que nos permite também perceber mais nitidamente o que é negado pela medicina erudita) é o fato de o indivíduo doente jamais chegar a se conformar com a questão do porquê (por que me encontro neste estado e por que eu?) de sua doença (LAPLANTINE, 2010, p. 220).

É, pois, pela percepção e experiência no mundo de cada população que ocorrem as produções de conhecimentos e as práticas e atitudes relacionadas ao binômio saúde-doença. Neste ponto, Langdon e Wiik (2010) afirmam que as sociedades desenvolvem conhecimentos, práticas e instituições particulares, que pode ser denominado de um sistema de atenção à saúde. Tal sistema engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação nesse “cenário”. A esses elementos são somadas as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Neste sentido, o sistema é amparado por esquemas simbólicos evidenciados por meio de práticas, interações e instituições em concórdia com a cultura geral do grupo, e que também servem para definir, classificar e explicar fenômenos nomeados como “doença”.

Quando se é considerado o sistema de atenção à saúde como um sistema multicultural que se fortalece fora do espaço hospitalar de modelo biomédico, por conta de que sua organicidade leva os gestores a incentivar a busca por medicina popular para curas de enfermidades, então o reconhecimento das práticas populares de saúde se torna necessidade social e cultural, e certamente sua valorização e investimento organizacional deveria ser ao nível desse compromisso.

Os significados dados ao processo de adoecer estão ligados à cultura de cada sociedade, que oferece etiologias diversas baseadas na visão de mundo de

determinado grupo. As causas para determinadas doenças apresentam, em algumas situações, caráter mítico que dificilmente será explicado pela medicina de caráter biomédico, seja para contrapor, seja para confirmar. Buchillet (1991) ressalta que em sociedades não ocidentais, por exemplo, a aparição de determinada doença insere-se em um dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do indivíduo, de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. Em tais comunidades, a doença não deve ser pensada fora do contexto em que está inserida, e deve ser considerada a relação entre mundo humano, mundo natural e, também, mundo transcendental.

Buchillet também considera que em comunidades tradicionais, a interpretação de uma desordem corporal pode ser explicada a partir das regras sociais e culturais, visto que o indivíduo pode ser a causa direta, ou indireta de sua própria doença, por um comportamento socialmente desviante ou por uma infração às regras culturais,

Na perspectiva ocidental a doença é, com efeito, a resultante de uma anomalia de estrutura e/ou função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado, os sinais desta anomalia ou desta disfunção tendo o valor de indicadores da doença. A doença é similar de um indivíduo para outro, qualquer que seja seu suporte (a pessoa), e independentemente do contexto sócio-cultural no qual ela evolua. [...] Nas sociedades não ocidentais, a aparição da doença assim como o advento de um infortúnio, individual ou coletivo, que não constituem categorias separadas do ponto de vista da causalidade, inscrevem-se num dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. A doença não é, neste caso, pensada e – nem pode ser analisada – fora de seu suporte (o indivíduo, na sua singularidade pessoal e social) e fora de seu contexto, ou seja, não somente as conjunturas específicas (pessoais, histórias, etc.) que presidem à aparição de uma doença, como também as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações das pessoas e, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural (BUCHILLET, 1991, p.24-25).

Sobre isso tomemos novamente o exemplo de comer manga com leite e o de tomar banho no rio em período menstrual. Tais exemplos e crenças configuram o que Buchillet considera como regras socioculturais que se não forem seguidas podem causar algum mal. Essa condição é também debatida por Laplantine (2010), que a nomeia como “doença-punição”, ou seja, a enfermidade é vista como resultante do que o próprio indivíduo ou o próprio grupo provocou, isto é, decorrente da transgressão de regras sociais, referentes às noções de responsabilidade, justiça e reparação, o que nos faz apontar a intrínseca relação de hábitos culturais e práticas de saúde coletiva,

Dois casos podem ser identificados: a doença é a consequência de uma transgressão coletiva das regras sociais, exigindo uma reparação, ou seja,

uma ação de ressocialização, sem que haja, como na África negra tradicional, interiorização individual da falta, e ainda menos da noção de culpa; a doença é a consequência do pecado coletivo e individual. O sujeito experimenta (ou deve experimentar) a culpabilidade com relação ao que é considerado um castigo merecido. Desta feita, o que é enfatizado é a relação extremamente estreita entre a imputação etiológica e a pessoa do próprio doente, e, nessa moralização da doença, o cristianismo representa sem dúvida nenhuma uma inovação capital (LAPLANTINE, 2010, p. 229).

Essa ampla discussão sobre hábitos culturais e saúde coletiva implica resgatar questões envolvendo os modelos de sistema de saúde, resultantes de um contexto histórico da saúde brasileira, as práticas de saúde feitas pelo Modelo Oficial e as práticas populares de Saúde.

A colonização brasileira funcionou no Brasil como processo exploratório e sem preocupação do colonizador com questões culturais, ambientais, sociais e subjetivas dos povos colonizados. Muito embora tivessem uma estrutura limitada de acesso à saúde, os colonizadores conseguiram no Brasil lançar para a margem do sistema os povos agregados por ele ao seu projeto colonizador, os indígenas e negros. Impossibilitados de acessar o sistema oficial de saúde, esses povos sofreram as consequências mais severas dessa marginalização. Esse problema perpassou séculos até 1988, quando a Constituição brasileira instituiu o Sistema Único de Saúde. Tal percurso merece algumas ponderações. Utilizaremos o termo modelo colonizador de saúde ou o termo modelo oficial de saúde para nos referir a regras, normas e organização sistêmica feita sob a orientação dos dominantes, que prima pela desqualificação de aspectos culturais e subjetivos diversos aos seus; e o sistema não oficial de saúde para as organizações coletivas populares em favor da qualidade da saúde coletiva.

Para um entendimento do atual funcionamento do sistema de saúde oficial, é preciso compreender os determinantes históricos envolvidos no processo, e o contexto político-social vivenciado pelo povo brasileiro desde a época da colonização europeia. É importante ressaltar que nosso objetivo não é o de compreender como funciona o Sistema Único de Saúde (SUS), mas o de discutir como funciona o sistema não-oficial de cuidados à saúde, bastante utilizado nas cidades da Amazônia. Entende-se por não-oficial, a medicina popular praticada por benzedoras e benzedores, curandeiras e curandeiros, erveiras e erveiros e, também, os produtores das chamadas garrafadas.

Os colonizadores europeus chegaram ao Brasil com objetivos de exploração econômica. Tal exploração, segundo Bertolozzi e Greco (1996), se deu por meio de

ciclos - do pau-brasil, da cana de açúcar, da mineração, do café. Na Amazônia não foi diferente, os expedicionários que passaram pela região, além de ricos relatos sobre o cotidiano da população, elaboraram inventários sobre a fauna e a flora, com a perspectiva de enaltecer o potencial de exploração econômica do novo lugar descoberto. Os colonizadores também tinham interesses comerciais em diversas plantas úteis às atividades medicinais que encontraram no Brasil.

O interesse se dava pelo fato de que os remédios trazidos pelos europeus nas longas travessias do Atlântico deterioravam, fazendo com que, segundo Marques (1999) e Badinelli (2014), precisassem utilizar práticas terapêuticas de curadores, benzedeiros e garrafeiros da Amazônia. Além disso, a necessidade de enfrentar as doenças desconhecidas encontradas na região, fez com que o interesse em relatar e documentar a utilização das plantas no processo de cura aumentasse vertiginosamente à medida que avançavam os anos de colonização e de povoamento da região.

Bertolozzi e Greco (1996) afirmam a inexistência no Brasil colonial de um sistema de saúde formalmente estruturado para todos, e o acesso aos profissionais legais da medicina, que eram trazidos de Portugal, era permitido somente aos senhores proprietários de fazendas e aos administradores da coisa pública. A impossibilidade de acesso aos serviços de saúde pública de grande parte da população fez com que ela recorresse à medicina popular e aos práticos de saúde que, em geral, eram também agentes espirituais de cura.

Nessa época, foi criada por decisão de D. João VI, em fevereiro de 1808, a Escola de Cirurgia da Bahia, proposta do médico José Correia Picanço, cirurgião-mor do Reino de Portugal. A escola ficou inicialmente acomodada no Hospital Real Militar da Bahia, que funcionava no antigo Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus. Em sequência à Escola de Cirurgia da Bahia, também foram fundadas a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), que se tornou Academia Imperial de Medicina (1835), e está vinculada ao início da institucionalização da higiene no Brasil. Essas instituições foram constituídas com o objetivo de proteger e cuidar da saúde da população segundo os modelos europeus e a defesa da ciência, contribuindo para a construção da hegemonia da prática médica no Brasil.

Essas iniciativas da monarquia brasileira confirmam a ausência de um sistema de saúde monárquico ou real no Brasil antes da chegada da família real ao País, em 1808. Durante o período colonial, já antes mesmo da implantação de

sistema brasileiro de prática médica, o cuidado com a saúde foi uma tarefa compartilhada entre vários agentes de cura. Entre eles, podemos citar os cirurgiões, físicos, e dentistas, e a colaboração da cultura popular com seu conhecimento empírico por meio de sangradores, barbeiros, parteiras, benzedeiros, erveiros e seus aprendizes.

A implantação da escola de cirurgia da Bahia, a obrigação do exame de prática sanitária, bem como a aprovação para se exercer a arte distanciaram a prática médica oficial da prática não-oficial, beneficiando a primeira e marginalizando a segunda. Essa relação que acabou se tornando conflitante somente terá seus antagonismos submetidos a exercícios de reconhecimento mútuo em meados do século XX, e com a introdução do SUS, no País. Até esse momento, ocorriam-se desautorizações a qualquer prática de cura realizada por terapeutas populares, que não possuíam formação científica e, por isso não podiam atuar como médicos letrados.

Langdon e Wiik (2010) afirmam que o sistema biomédico de atenção à saúde deve ser considerado como um sistema cultural, tal qual qualquer outro sistema etnomédico, sendo necessário entender tal modelo a partir da noção de relativismo cultural na intenção de compreender os sistemas médicos no contexto histórico de cada época e local, evitando dessa maneira a tomada de posturas marginalizantes e análises etnocêntricas. Os autores afirmam que somos todos sujeitos da cultura experimentada de várias formas, inclusive quando se adocece e se procura por tratamento. Essa posição é uma defesa da prática médica por conta das severas críticas que ela tem sofrido por conta de ter desqualificado a prática popular médica. No campo da saúde, no ocidente moderno e racional, naturalizou-se o campo médico cobrindo-o de verdade universal e absoluta, afastando-o das formas culturais de conhecimento sobre saúde, cuja verdade é particular, relativa e condicional.

Segundo Witter (2005), a medicina acadêmica de tradição europeia desenvolvida a partir de meados do século XVIII, baseada no racionalismo e na observação, era algo bastante “novo” se comparado a outras práticas de cura cujas bases se encontravam nas tradições culturais e no conhecimento empírico da população. Santos *et al* (2012) afirmam que médicos, intelectuais e cientistas conviviam - e convivem até os dias atuais de forma pouco harmoniosa com pajés, benzedeiros, homeopatas, boticários, feiticeiros, barbeiros, parteiras, sangradores e outros, cujas práticas de saúde eram consideradas ações de “charlatanismo”.

O modelo oficial de saúde, ou modelo biomédico, vai de encontro com o que chamamos de relativismo cultural que, segundo Langdon e Wiik (2010), se caracteriza por permitir compreender o porquê das atividades e significados dos práticos de cura de forma lógica, mas sem hierarquizá-las ou julgá-las e, sobretudo, reconhecendo-as como diferentes e válidas.

Miranda (2017) afirma que no Brasil colonial, a falta de instituições voltadas para o ensino médico e a pouca oferta de médicos portugueses interessados em se transferirem para a Colônia, por conta dos baixos salários e das precárias condições de vida praticados na colônia, provocaram grande escassez desses profissionais em todo o território nacional. O autor apresenta em sua obra práticas de cura presentes no período colonial brasileiro e comenta que a escassez de profissionais da saúde e falta de maior fiscalização por parte das autoridades portuguesas, fez com que atividades distantes das oficiais fossem utilizadas na cura de males e favorecessem o aparecimento de uma medicina empírica mesclada a questões espirituais que incluíam, entre outros efeitos, as crendices supersticiosas.

É importante ressaltar, que o receituário médico da época colonial era repleto de receitas e práticas consideradas estranhas à lógica receituária europeia. Esse estranhamento ocorria mesclado de curiosidade, motivos que fizeram os europeus sugerirem que a medicina brasileira estava fundada na aplicação de plantas medicinais próprias do Brasil e que produziam excelentes resultados no tratamento de várias enfermidades. Miranda (2017) ressalta, porém, que ainda nos séculos XVI e XVII, os tratados médicos e a farmacopeia portuguesa apresentavam fortes ligações com as práticas antigas permeadas por feitiçarias, superstições e concepções astrológicas.

No Brasil colonial, os elementos oriundos da fauna e da flora, que já eram utilizados pelas populações indígenas em suas práticas de cura, passaram a ser incorporados, primeiramente, pelos Jesuítas e, posteriormente, pelos agentes da medicina oficial. A partir da chegada dos africanos com suas artes curativas, o receituário da Colônia se tornou ainda mais complexo e híbrido passando a ser empregado por médicos, cirurgiões, barbeiros, curandeiros e benzedores em atendimentos à coletividade. A intensificação do processo de ocupação da Colônia, em meados dos séculos XVII e XVIII, favoreceu ainda mais a junção desses conhecimentos.

Não se pode deixar de fora dessa discussão, o fato de que a colonização brasileira fora permeada por pesados choques culturais, com a imposição de modos de vida europeus e escravização do trabalho indígena e africano, sendo as práticas populares de cura aceitas oficialmente somente em casos de urgência com o surgimento de doenças incuráveis pelos remédios trazidos da Europa. Marques (1999) afirma que a escassez de clínicos e remédios europeus gerou uma atitude mais aberta dos colonizadores, se tornando mais receptivos às práticas terapêuticas dos curadores. Essa situação era ainda mais evidente no espaço do Baixo Amazonas, por conta da imensidão florística da região, e a capacidade dos povos originários e daqueles trazidos da África de lidar com essas matérias na prática de melhoria da qualidade de vida e da saúde da população da época.

Nos anos 1850, no contexto de proibição das práticas de curas realizadas por terapeutas populares, a epidemia de cólera e de lepra surgiu um fator motivador ao diálogo entre as práticas biomédica e popular de cuidado em saúde. Nesse cenário, segundo Santos *et al* (2012), os médicos diplomados foram obrigados a dialogar com terapêuticas populares de cura, pois a etiologia e cura para as enfermidades eram desconhecidas, podendo o tratamento feito pelos práticos populares de cura, surtia efeitos mais duradouros do que os da prática oficial. Mesmo assim, Buchillet (1991) considera que o relacionamento entre o sistema não oficial de saúde e o modelo oficial na época conduziu, inevitavelmente, à competição e/ou ao conflito. Corroborando, Loyola (1991) afirma que esse diálogo mencionado anteriormente foi constituído por uma relação de força em que há um dominador e um subordinado.

Nesse cenário de relação entre sistemas de saúde, Buchillet (1991) apresenta algumas variáveis que foram evocadas para explicar a chamada subutilização dos serviços de saúde biomédicos ou da pouca receptividade de tal serviço nas populações tradicionais, são elas: a disponibilidade material dos recursos terapêuticos ocidentais, distância geográfica dos serviços de saúde, custo, precariedade das instalações, problemas da relação médico/paciente, qualidade da administração dos cuidados de saúde, etc.

A necessária consideração desses fatores nos leva a defender a ideia de que são eles os motivos pertinentes para que o sistema oficial de saúde atue, em muitas localidades, como meio complementar de cuidados, fazendo com que o olhar humanizado e integrado de benzedeiras e curadores prevaleça na busca pela saúde. Buchillet (1991) considera que o fato de, por exemplo, as sociedades



tradicionais utilizarem simultaneamente os dois modos de cuidados à saúde (tradicional e oficial) está diretamente ligado ao fato de que as alternativas terapêuticas variadas agem sobre dois níveis distintos de ação, ou seja, o que a biomedicina não oferece (interpretação etiológica, por exemplo), pode ser suprido pelos métodos tradicionais de cuidado e cura.

Que as sociedades tradicionais empregam simultaneamente a terapêutica xamânica, por exemplo, e a medicina ocidental, não é contraditório em si e nem traduz a inconsistência ou incoerência das representações tradicionais como muitos médicos ou agentes de saúde costumam inferir, isto porque tais alternativas terapêuticas heterogêneas agem sobre dois níveis ou esferas de ação distintas. A biomedicina, não oferecendo uma interpretação etiológica aos pacientes, não pode competir com os dispositivos interpretativos locais e pode ser acrescentada sem dificuldade às instituições já existentes sem, com isso, conduzir a um questionamento dos esquemas cognitivos de interpretação tradicionais (BUCHILLET, 1991, p. 36).

O enfrentamento de doenças por milhares de anos se baseou em uma terapêutica empírica, o que, em muitas localidades, se perpetua até os dias de hoje, mesmo com a medicina oficial presente. Neste sentido, Gurgel (2009), ao abordar questões referentes ao olhar da medicina oficial para com o adoentado, ressalta e alerta que diferentemente do período colonial, no qual, a medicina oficial também se utilizava de causas naturais para justificar doenças e as curava incorporando práticas populares ao seu fazer profissional, nos tempos atuais, os profissionais da saúde têm perdido a pura e simples observação de fenômenos naturais que os cercam, o que pode significar que pode ter havido um distanciamento do profissional em relação ao adoentado, desviando seu olhar de informações fornecidas pelo corpo do paciente e concentrando-se em tecnologia de laboratórios e máquinas.

Miranda (2017) afirma que no Brasil Colônia, a medicina, a religião, a superstição e a magia caminhavam juntas, na certeza de atenuar o sofrimento e proporcionar esperança de cura aos enfermos. O receio da medicina oficial e a ausência de profissionais da saúde induziram a maioria da população a procurar cada vez mais os serviços oferecidos por bruxos, curandeiros e rezadores – que também faziam parte do universo mágico da cura. O homem do Brasil colonial considerava a influência de demônios ou de maus olhados, irradiados por algum desafeto, como causas de algumas das desgraças que o afligiam, sobretudo, das doenças. Reconhecia no olho o ponto de partida desses feitiços, acreditando que os homens e, até mesmo os animais, seriam capazes de produzir danosa outras pessoas, especialmente a crianças, animais domésticos e plantas, por meio de um

simples olhar. Essa situação mesclada ao crescimento da religiosidade popular, no século XVIII favoreceu ainda mais o aumento do número de curandeiros, rezadores e benzedores que, com palavras mágicas e santas, procuravam curar os doentes e afastar os maus-olhados.

Quando transportamos essa discussão para o espaço da Amazônia, e nos condicionamos a investigar o surgimento e o cuidado de enfermidades na região amazônica, é inevitável analisar as relações entre fenômenos naturais e sobrenaturais envolvidos no processo saúde e doença. Oshai (2017), em estudo sobre práticas populares de cura em comunidades quilombolas do Pará, percebeu que a menção a pajés ou curandeiros, a benzedoras e aos seus conhecimentos e saberes como riquezas locais evidenciam a importância que tais indivíduos e seus conhecimentos têm para a reprodução cultural e material dos coletivos em questão. No caso da Amazônia, um aspecto visto como importante pela autora para compreender o processo saúde-doença é a troca de experiência e conhecimentos. Do lado dos representantes “legais” do exercício da medicina, a necessidade de reconhecer sua limitação e dependência dos práticos de cura para atender a gigantesca demanda da população na região amazônica; e do lado dos práticos de cura, o uso dos dons em benefício de outrem. Sobre isso Oshai (2017, p. 23) afirma:

Quem tem um dom, que é “de raiz” ou que vem “do fundo” é visto como alguém mais preparado do que os que, por pagarem para aprender, precisam cobrar para exercer o aprendizado. Foi observado que as percepções sobre os tipos de conhecimento, se “do fundo”, “do ar” (ou “mundo espiritual”); ou do “mundo que a gente vive”, assim como as percepções sobre saúde e doença influenciam na procura dos sistemas de saúde e nos itinerários terapêuticos. [...] Entretanto, há separação entre doenças que seriam ‘de pajé’, que envolvem aspectos espirituais, cosmológicos e socioambientais; e doenças ‘de médico’, situadas no âmbito biológico. (OSHAI, 2017, p. 23).

No Brasil, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS, começou a ser pensada desde a década de 70 visando promover um espaço de legitimidade e de reconhecimento de práticas que abarcassem as demandas e necessidades da população com o fim de promover uma nova cultura de saúde. Em outros termos, uma cultura que inclui o questionamento ao modelo hegemônico de sua eficiência médica, de sua legitimação cultural e de sua condição de lidar com tanta demanda com resultados satisfatórios a todos, ao mesmo tempo em que pudesse colocar em evidência o papel legítimo e eficaz de muitos agentes de cura, não mais em regime alternativo ao oficial senão como em regime de cooperação e

colaboração. Além disso, tem-se o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que propõe inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, além de promover e reconhecer práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros (BRASIL, 2016; BRASIL, 2006).

Mesmo com todo o cuidado envolto em uma espécie de oficialização das práticas populares de cuidados em saúde, Monteiro (2014) observa que é preciso ter cuidado com certas estruturas estatais que buscam forçosamente “civilizar” curandeiros e feiticeiros, ao incorporar técnicas modernas de cursos e capacitações, supostamente participativas e que nem sempre favorecem realmente uma troca de saberes. Assim, entende-se que a necessidade dos indivíduos diante do adoecimento orienta a escolha do método de cuidado, fazendo com que, apesar do conflito ainda existente entre o modelo oficial e o modelo tradicional de cuidados à saúde, um não anula o outro, havendo a atribuição de novos significados para cada recurso escolhido. Sabe-se que tal escolha também é orientada a partir do modo de entendimento do processo de adoecer construído culturalmente pelo indivíduo e constituído a partir dos significados que este dá para a experiência da doença.

## **2.2 O Problema da Saúde Coletiva no Baixo Amazonas e as Práticas de Saúde em Comunidades Remanescentes de Quilombo**

A chegada do colonizador português em terras brasileiras provocou fortes mudanças na organização social, política, cultural e territorial dos povos originários, sendo a mais complexa das mudanças o contato físico. Esse acontecimento trouxe sérias consequências à saúde das populações locais. Diversas doenças infecciosas se espalharam entre os originários dizimando diversas populações. A ausência de genes na estrutura corporal dos povos originários com capacidade para uma rápida resposta às contingências fisiológicas ou que pudesse garantir sua imunidade facilitaram a proliferação das doenças trazidas pelo colonizador.

No caminho inverso, a floresta era um ambiente repleto de elementos transmissores de doenças que o colonizador português não havia tido contato antes ou sequer sabiam de suas existências. Embora os europeus tivessem melhores estruturas para lidar com doenças diversas, o fato do intercâmbio entre duas

estruturas coletivas com formação biológica diversa e diferente, a europeia e a indígena, gerou uma panaceia de problemas de saúde que prejudicou bem mais aos povos locais do que aos colonizadores. Para corroborar esta tese, consideramos as conclusões de Darcy Ribeiro em sua obra “Os índios e a civilização” (1996). Ele aponta que as doenças foram o primeiro e maior fator que contribuiu com a queda demográfica das populações indígenas no Brasil. Confirma Ribeiro que,

As compulsões bióticas de maior relevância consistem na incorporação dos índios indenes nos circuitos de contágio de moléstias de que são portadores os agentes da civilização e tem como efeito a de população e o debilitamento dos sobreviventes a níveis tais que, muitas vezes importam na sua completa extinção física (RIBEIRO, 1996, 441-442).

Em entrevista a Luís Donisete Benzi Grupioni e Maria Denise Fajardo Grupioni, em 1997, Darcy Ribeiro insiste nesta tese e comenta que:

Num primeiro momento, ocorre um tipo de interação biótica: chegam os brancos trazendo suas pestes. O mundo antigo, Europa, Ásia, África, estava integrado e as suas pestes passavam entre eles. Um povo que não sofreu as pestes, como os povos americanos, morria pela metade quando chegava o europeu com suas doenças. Quando, então, chegava a segunda doença, ela matava a outra metade. Ainda hoje, as tribos que estão entrando em contato com a civilização sofrem também o mesmo processo. É um processo de interação biótica em que duas populações, bioticamente diferentes, se encontram e a coexistência entre elas provoca este desastre. No caso do Peru, por exemplo, a população caiu incrivelmente, muito menos em decorrência da guerra e da escravidão que também matam muito, mas em função deste tipo de interação biótica. A relação é de 1 por 25: onde existiam 25 pessoas, depois de um século, você tem uma pessoa. Assim, a transfiguração étnica se dá, primeiro, por uma interação que é biótica e, depois, uma interação ecológica. Se você coloca vacas e cabras e porcos, onde os índios estavam, onde eles faziam suas roças, esses animais tomam o lugar onde eles estavam e provocam enorme mortalidade. É claro que se considera uma vantagem que os europeus tenham trazido animais domésticos, mas esses animais representam uma invasão no ambiente e impõem uma nova condição ecológica, fazendo com que as populações diminuam enormemente (RIBEIRO *apud* BENZI GRUPIONI e FAJARDO GRUPIONI, 1997, p. 186).

Depreendemos do pensamento de Ribeiro que os povos originários sofreram trágicas consequências desde a chegada colonialista em terras brasileiras, provocando profundas mudanças em seus modos de vida e hábitos sociais, principalmente, com relação à ecologia humana e à saúde, pois do contato físico severo e explorador do branco com e sobre o indígena, além do transporte e transmissão, às vezes intencional (Von MARTIUS, 1939)<sup>7</sup>, de doenças infecciosas

---

<sup>7</sup>Carl Friedrich Philipp von Martius (1794-1868) chamou atenção em sua obra publicada em Monique (Alemanha), no ano de 1844, *Das Naturell, die Krankheiten, das Arzthum und die Heilmittel der Urbewohner Brasiliens*, para o fato de imigrantes europeus, colonos e portugueses, costumavam deixar intencionalmente nas matas e proximidades urbanas peças de vestuário europeu infectadas

dos colonizadores impactaram mortalmente a saúde dos povos originários. Nesses povos, Darcy Ribeiro defende ter havido uma ausência de genes que permitissem uma resposta imune à contaminação, o que nos faz concluir que o contato entre indígenas e europeus e o intercâmbio de doenças debilitou bem mais indígenas do que os europeus. Almeida e Nötzold, em seu artigo “o impacto da colonização e imigração no Brasil Meridional: contágios, doenças e ecologia humana dos povos indígenas”, esclarecem essa problemática,

O manejo e o uso do solo praticados pelos ameríndios de forma sustentável foram alterados com a colonização. À medida que o colonizador foi varrendo os grupos autóctones de certos espaços e/ou confinando-os em aldeamentos, por meio da catequização e de políticas indigenistas, tanto a ecologia humana ameríndia foi impactada quanto os biomas de florestas, que passaram a ser desmatados para que houvesse o reordenamento do território como também a racionalização da agricultura, pastoreio e, posteriormente, o incremento da industrialização. A ecologia ameríndia não foi impactada somente porque os indígenas tiveram seu espaço de circulação reduzido, mas também por não terem acesso a certos territórios e biomas, a medicina tradicional, a dieta alimentar, as práticas sociais, culturais e religiosas e a cosmologia sofreram alterações. Sem acesso a determinados espaços, o ameríndio necessitou modificar seu habitus social em virtude do novo *modus vivendi*. As reduções, as missões e os aldeamentos aglomeravam os ameríndios, não preservaram o indígena do genocídio, se este último não veio pela guerra, veio, sobretudo pelas doenças que se espalhavam rapidamente e agiam por meio de ondas epidêmicas (ALMEIDA e NÖTZOLD, 2008, p. 5).

Neste caso, é bastante interessante observarmos as palavras de Von Martius, em sua viagem pelo Brasil. Para ele, sem o contato com o branco, os índios raramente são acometidos de doenças, chegando saudável a idade avançada. O expedicionário alemão apresenta que,

Os índios pouco adoecem e, em geral, chegam a idade avançada, a qual raras vezes é indicada pelos cabelos brancos. O mais frequente é morrerem de algum acidente ou violências. São sujeitos comumente a inflamação dos olhos e internas, doenças de fígado, diarreias, disenteria e febres devidas a resfriamento, que se atribuem geralmente ao seu modo de vida nas matas húmidas e brumosas. Segundo opinam os portugueses, a inflamação dos olhos é produzida pelo uso da carne de anta. Entre os índios, que não se associam com os imigrantes, não há vestígio algum de sífilis, sarampo ou bexigas; se, porém, lhes é levado o vírus, propaga-se o contágio dessas doenças com a máxima rapidez, e facilmente dá cabo deles (SPIX; MARTIUS, 1938, I, p. 351).

Entretanto, ao final de sua assertiva, Martius não nos deixa dúvidas de que no contato com o europeu e suas doenças infectocontagiosas, o espalhamento virótico

---

como revanche aos ataques promovidos por índios. No Brasil, a obra foi publicada em 1939. Cf: *Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros*. São Paulo; Rio de Janeiro, Recife e Porto Alegre: Companhia Editora Nacional, 1939.

é feito com a máxima rapidez. Esse posicionamento também nos apresenta Almeida e Nötzold para quem,

A aproximação entre núcleos europeus e indígenas causou, muitas vezes, ondas epidêmicas de doenças, esvaziamentos demográficos, dizimação de grupos inteiros ou uma fuga territorial por parte do índio. As doenças foram levadas aos indígenas por meio do contato com a “civilização”. Enfermidades como gripe, sarampo, catapora, varíola, malária, pneumonia, febre amarela e, em certa medida, tuberculose, trazidas de fora do continente americano, não encontraram resistência imunológica entre os ameríndios (ALMEIDA e NÖTZOLD, 2008, p. 5).

Na Amazônia brasileira, os processos de aldeamento, principalmente, às margens dos grandes rios Amazonas e Tapajós, nas áreas onde atualmente estão situadas as cidades de Parintins, Juruti, Oriximiná, Óbidos, Curuá, Alenquer, Prainha e Almeirim, Santarém, e a vila de Alter do Chão, que foram sede de missões jesuíticas e da administração colonizadora portuguesa, se tornaram os primeiros lugares-redutos de epidemias. Essa situação se agrava ao longo do século XIX até meados do século XX, notado pelo registro de viajantes, os relatórios governamentais e por peças médicas que se encontram no acervo sob a guarda do Museu Integrado de Óbidos. Essa série de registros revela a presença de doenças complexas entre populações indígenas e não indígenas. Uma das peças registradas e investigadas por nós que apresenta informações médicas é a garrafa inglesa:



Figura 01: Garrafa Inglesa, acervo do Museu Integrado de Óbidos. Arquivo Proext-Cima/2016



Figuras 02 e 03: Rótulo da Garrafa Inglesa. Fonte: [https://www.gracesguide.co.uk/Sanitas\\_Co](https://www.gracesguide.co.uk/Sanitas_Co) Acesso: 18/02/2019.

A garrafa inglesa (figura 01)<sup>8</sup> foi doada ao Museu Integrado de Óbidos no dia 05 de novembro de 1985, por João Augusto Picanço Farias, com data de fabricação no ano de 1.885, e procedente da Inglaterra. Feita de material barroso esmaltado, com altura de 57 cm e 40 cm de diâmetro, formato circunferencial, em estado perfeito, em seu rótulo se lê:

Feito na Inglaterra. Sanitas Marca registrada. Fluido para Desinfecção. Desinfetante de qualidade para quartos de enfermaria e limpezas domésticas. Para uso geral em casa e enfermaria como limpeza bucal e dentária, para dificuldades de respiração, para prevenir cólera, disenteria, febre tifoide, cicatrização de feridas, secreções de ouvido, doenças nasais, descamação de feridas e calor espinhoso, bronquite, difteria e dor de garganta. No banho e na purificação da água. Para uso em sarna e febre aftosa. Para uso como lavagem anti-séptica por cirurgiões. Também para uso em sanitários. Empresa "Sanitas" Limitada. Lockesly Street, Limehouse, Londres, E. Para mais informações, ver a amostra que acompanha.<sup>9</sup>

Nota-se que essa botija utilizada como uma garrafada, em que seu conteúdo serve para o tratamento das mais diversas doenças que têm seus históricos epidemiológicos registrados na Europa, mas que se tornaram comuns na Amazônia brasileira por conta da chegada dos europeus, entre elas a cólera, disenteria, febre tifoide, secreções de ouvido, bronquite, difteria, dor de garganta, sarna e febre aftosa, essas últimas, típicas de regiões com cultura pecuarista, atividade econômica que não pertencia a indígenas e africanos na Amazônia, no período colonial.

---

<sup>8</sup> A garrafa inglesa, também denominada botija inglesa, está registrada e arquivada no Acervo MIOB com o número 192 feito pela Associação Cultural Obidense - ACOB; e no Inventário de Peças do Museu Integrado de Óbidos Ano-Base 2014 feito pelo Programa de Extensão Cultura, Identidade e Memória na Amazônia, da Universidade Federal do Oeste do Pará Proext-CIMA/Ufopa, na Ficha de Registro: Sala 06, nº 03, Eixo Temático: Garrafões e Botijas.

<sup>9</sup> Tradução nossa para: *Made in England. Sanitas. Registered Trade Mark. Disinfecting Fluid. The Standard Disinfectant for Sick Rooms and Household cleaning. For general use in the house and sick rooms as a mouth and tooth wash, and for offensive breath, to prevent cholera, dysentery, typhoid fever, and scars and wounds and sores ear discharges, nasal diseases, sloughing wounds, and prickly heat, bronchitis, diphtheria, and sore throat. In the bath and washing water. For use in mange and foot and mouth disease. And as a general antiseptic wash for use by surgeons. Also for use in water closets. The "Sanitas" Company Limited. Lockesly Street, Limehouse, London, E. For full directions see sample tied up.*

Essa questão se agrava com a chegada dos escravos desde meados do século XVII na região. Então, o intercâmbio entre três estruturas coletivas com formação biológica diversa e diferente, a europeia, a indígena e a africana, provocaram a ampliação dos problemas de saúde no Baixo Amazonas, principalmente, porque a estrutura governamental na região não era sequer oportunizada para indígenas e negros.

Além disso, não se pode esquecer que o negro escravizado também não era nativo da região amazônica e precisou formular estratégias para enfrentar seus adoecimentos, que tem formatos culturais diferentes dos realizados pelos povos originários da Amazônia, e também pelos europeus. Os recursos utilizados por negros e índios em geral para a cura eram práticas de benzeção e utilização de garrafadas, e rituais florísticos. Além disso, mesmo com a preponderância da medicina tradicional acadêmica fortalecida a partir de 1808, cabe analisar as práticas como atitudes de resistência ao modelo oficial de saúde até o presente tempo.

No contexto das comunidades de remanescentes de quilombo e de seus hábitos culturais quanto à saúde coletiva, a prática da benzeção é uma dimensão em que se pode encontrar o itinerário da busca por um modelo de atenção à saúde do afroamazônida que inclui o biomédico, mas que não se reduz nem se esgota ou se limite a isso.

Apesar do reconhecimento e da inclusão pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos no cuidado formal a saúde, quem pratica a benzeção nas comunidades de remanescentes de quilombos ainda não recebeu o reconhecimento do sistema governamental, nem de uma boa porcentagem de profissionais da medicina, mesmo que nas comunidades quilombolas essas pessoas possam ser vistas como referências de dom, cura e sabedoria.

Conforme sugere Quintana (1999), a benzeção é uma prática plural terapêutica que memorializa e atualiza a tradição por meio de rituais. Isso talvez seja ainda um problema para os profissionais da medicina que rejeitam a dimensão sagrada nos processos de cura. Neste caso, Quintana é bem enfático com relação aos terapeutas científicos:

Gostaríamos assim de ressaltar que essa separação radical entre terapêuticas científicas e mágico-religiosas não é passível de defesa a partir do momento em que a doença traz em si a ruptura do universo simbólico.



Portanto, ao trabalhar com ela, mergulhamos, irremediavelmente, no universo do sobrenatural, do sagrado. Quer queiramos, quer não, ele vai aparecer. Assim, a pergunta não é tanto se ele está ou não presente, e sim: o que vamos fazer com o sagrado? (QUINTANA, 1999, p. 41).

Veja que a pergunta é bastante pertinente, pois o sagrado está presente no espaço onde ocorre a ação de benzeção, e nesse espaço o cientista é obrigado a silenciar-se, ou na melhor das hipóteses, estabelecer um grau de diálogo que primeiramente reconheça as práticas empíricas e espirituais como fundamentais à vida das populações. O sagrado enquanto problema não está no espaço da benzeção, mas no espaço acadêmico, e o que a academia fará com o sagrado é algo que somente a academia poderá resolver pra si mesma.

Essa questão do espaço onde se ocorre a benzeção é bem mais complexa quando está relacionada às comunidades remanescentes de quilombos. Sua riqueza demanda de nossa pesquisa uma atenção especial, razão pela qual, o tópico que segue foi desenvolvido.

### **2.3. Agentes de Benzeção e Produtores de Garrafadas**

Os conhecimentos empíricos, os costumes e as crenças voltados para o trato com a saúde coletiva configuram-se como resultado de um processo histórico, social e cultural de acumulação de informações e de conhecimentos por seus detentores ao longo do movimento das sucessivas gerações no tempo e no espaço, entre eles os agentes de Benzeção e Produtores de Garrafadas. Segundo Lins (2014), há grupos de pessoas praticantes de certos saberes que recebem no Brasil a denominação específica de benzedores. Ele afirma que,

Tais agentes, embora compartilhando uma nomenclatura em comum, compõe um grande grupo que pratica, conhece e compartilha saberes heterogêneos, carregados de particularidades, que, contudo, carregam a semelhança de acreditarem no poder terapêutico das orações, na interseção de forças ocultas através de preces, e na obtenção de cura através da intermediação com um universo comumente invisível. Tais práticas, contudo, não se fundamentam estritamente no emprego de orações, tão pouco se restringem a pedidos de intermediações espirituais, num sentido simplificado que esta prática pode ter, mas, pelo contrário, abarcam uma série de conhecimentos desenvolvidos empiricamente e perpassados através de gerações, que abarcam conhecimentos e crenças nos potenciais curadores das plantas, dos minerais e dos animais em paralelo emprego de técnicas mágicas, de simpatias e da mediunidade (LINS, 2014, p. 932).

Ainda expondo a caracterização de benzedores e benzeções, segundo Gomes e Pereira (2004), o segundo termo é uma linguagem oro-gestual com a qual

algumas pessoas – detentoras de poder especial – controlam as forças que contrariam a vida harmoniosa do indivíduo. Benzer é garantir o funcionamento da normalidade desejada e conter o mal. Os autores fazem uma distinção entre benzeção e simpatia. Afirmam que a primeira diz respeito ao uso de formas orais e gestuais quase sempre de poder exclusivo do benzedor e, simpatia é qualquer recurso material que pode ser usado pelas pessoas para se evitar o mal e alcançar o bem, mudando o curso dos acontecimentos. Não há, na simpatia, necessidade de a pessoa distinta faça a intermediação entre o doente e as forças a serem vencidas. Além disso, o valor da benzeção está no fato de agir na privacidade e transmitir-se entre os escolhidos, sendo privilégio de um pequeno número de iniciados.

Quintana (1999) descreve a prática da benzeção como uma relação dual – usuário e benzedor. Em tal relação, a benzedeira ou benzedor exerce um papel de intermediação com o sagrado do qual se tenta obter a cura, tendo como processo principal, embora não exclusivo, o uso de algum tipo de prece. Além disso, objetos, ervas e óleos de origem animal ou floral também podem ser utilizados no processo de cura. O autor ressalta que o processo não se esgota no momento em que o usuário vai embora. Após o ritual, a benzedeira poderá emitir conselhos sobre como o indivíduo deverá se comportar, além de poder indicar chás, pomadas e garrafadas específicas, bem como conselhos de como lidar com o coletivo. Quintana é enfático,

A benzedeira precisa do reconhecimento do grupo para poder exercer com êxito suas funções. Entretanto, o ritual de cura não está destinado unicamente ao cliente, ele também tem como alvo o seu grupo social, pois cada processo bem-sucedido reforça, por sua vez, o universo simbólico desse grupo (QUINTANA, 1999, p. 50).

O grupo social acolhedor de benzedeadas e benzedores que atuam em comunidades quilombolas está em geral vinculado ao senso religioso de matriz africana. No Brasil, dado ainda um forte grau de preconceito com relação às religiões de matriz africana, as pessoas procuram o pai-de-santo, ou a mãe-de-santo ou mesmo o preto-velho quando estão altamente necessitadas, mas não se declaram frequentadoras, nem crentes. Essa utilização da prática de maneira sigilosa pode estar relacionada ao conservadorismo e à intolerância religiosa que assola o Brasil desde o processo de catequização de indígenas e, posteriormente, com a chegada dos negros africanos escravizados, que não podiam cultuar seus orixás, precisando aderir aos santos católicos e sincretizar sua fé. Neste sentido, a

marginalização e a depreciação da fé de matriz africana, é um tipo de violência simbólica que ameaça as pessoas que assumem sua identidade negra,

Ser curandeiro é desprestigiante nas nossas mentes alienadas. É invocar conhecimentos e tradições que se pretendem banidas desde os tempos da inquisição europeia. É resgatar o ser e o saber de um povo desprezado. É dominar o conhecimento sobre a vida e sobre a morte. É ser procurado às escondidas por pessoas que recorrem às raízes do seu ser quando a vida aperta (CHIZIANE, 2006, p. 243-244).

Segundo Witter (2005), até bem pouco tempo, curandeiros, boticários, cirurgiões-barbeiros e parteiras apareciam em grande parte dos textos que se dedicavam à história da medicina no Brasil como categorias marginalizadas. O discurso repetido na maior parte dos escritos considerava as atividades dos práticos de saúde como ação marcada pela ignorância, superstição e ineficácia. As práticas populares de cura acabaram aparecendo em boa parte da historiografia como pertencentes a um conjunto de atitudes ilógicas, e fruto de uma mistura de culturas vistas de forma pejorativa, e do “abandono” em que viveram as povoações brasileiras, especialmente durante o período colonial.

A discussão investigativa dos hábitos culturais de saúde e de como os indivíduos buscam as práticas populares para curar seus males apresenta um estudo sobre quais aspectos as benzedeadas atuam quando se propõem cuidar de quem as procuram, principalmente, sobre o significado dado à enfermidade para que o indivíduo necessitado entenda seu processo de adoecimento e ajude a si mesmo no seu processo de cura.

Para Quintana (1999), a doença é vista como uma desordem ou falta de significação e a cura, por sua vez, ocorre por meio da reordenação e ressignificação, e para isso é necessário que os sintomas sejam articulados a um sistema pleno de significações. Assim, o indivíduo adoecido precisará de alguém que lhe ajude a construir uma linguagem socialmente aceita, por meio da qual ele poderá pensar, compreender e experimentar esses sintomas. O autor afirma que é em busca dessa linguagem que as pessoas procuram uma benzedeadora, para que a dor adquira um sentido e, conseqüentemente, se torne suportável. Sendo assim, pode-se entender o processo de benzeção como a cura pelo significado, quando o indivíduo consegue pensar sobre sua doença, nomear o que sente e juntar tudo isso a uma gama de representações envoltas em sua cultura, tem-se, então, a possibilidade da cura.

Segundo Gomes e Pereira (2004), a função social dos praticantes da benzeção está relacionada com a preservação do equilíbrio existencial do ser

humano. Embora possa receitar ervas e chás como medidas complementares, o benzedor cura pelo poder da palavra e seu trabalho não é remunerado. Sobre essa função social convém mencionar novamente Quintana (1999), ao ressaltar que somente determinadas pessoas reconhecidas socialmente para tal função podem construir junto com o doente uma explicação por meio de um determinado ritual que lhe permita compreender o que até aquele momento era incompreensível. Por esta razão, deve ser efetuada por uma figura que possua um papel social reconhecido, como é o caso das benzedoras. Nessa prática, a presença da mulher é marcante, numa maioria quase absoluta, se tornando a conhecedora do segredo de palavras e gestos capazes de exorcizarem o mal. Ponderam Gomes e Pereira,

Em algumas fórmulas de benzer estudadas na Península Ibérica ocorria frequentemente a presença da frase, inicial ou final: 'Eu sou a mulher, a benzedora' – o que denota a vitalidade do elemento feminino registrada nas palavras santas. A devoção com a qual o benzedor – mulher ou homem – se entrega ao exercício de seu mister atesta o caráter religioso da função: muitas vezes, às sextas-feiras, havia fila nas portas da casa de um benzedor, que perdia o dia da colheita ou de outro trabalho – e o dinheiro conseqüente, tão necessário – para atender ao sagrado dever de curar (GOMES e PEREIRA, 2004, p. 12).

O reconhecimento de um bom curandeiro pode ser dado por quem o procura. Quintana (1999) reconhece que em um consultório médico, o atestado de reconhecimento grupal está expresso por um diploma na parede. Já um praticante da cura popular, como as benzedoras, elas precisam recorrer a outras formas de reconhecimento que pode se dar atestando o quantitativo de pessoas que costumam frequentar o espaço sagrado e aguardar o momento da benzeção, ou por relato de bênçãos e curas ocorridas com êxito. Por isso, Gomes e Pereira (2004) conferem sentido à benzeção a partir da experiência de fé, partilhada por uma parcela significativa da população brasileira.

Trazer o quesito fé para um estudo etnográfico que prima pela rigorosa investigação científica é algo bastante complexo. No Brasil, entretanto, já existem diversas pesquisas que abordam a crença religiosa e sua relação com a cura de alguma enfermidade. Assim, fé e razão têm tido maior possibilidade de diálogo nos espaços acadêmicos. Neste caso, Josaphat (2013) afirma que o primeiro debate bem conduzido e bem formalizado sobre a dupla experiência humana e religiosa, a fé e a razão, aconteceu em duas etapas do confronto da religião bíblica com a filosofia e o conjunto da cultura grega. Primeiro, o judaísmo da diáspora, depois as comunidades cristãs implantadas nos grandes centros culturais helênicos ou

helenistas, redefiniram a fé de modo a poder confrontá-la com a sabedoria que os gregos tanto prezavam. O autor ressalta que a fé é reconhecida como uma experiência humana universal e complexa, a se realizar em modalidades e qualidades variáveis segundo uma apreciação racional.

Em nossa investigação, a questão da fé se faz presente a partir da concepção de que o significado de um processo de adoecimento é dado pela e a partir da palavra de uma benzedeira. Cabe então ao usuário adoentado a condição de acreditar em tal procedimento terapêutico, e se dispor a atravessar uma experiência de fé prestes a ser produzida culturalmente na vida desse indivíduo. Daí que uma referência ao segredo da benzeção é a confiança na força das palavras desconhecidas, a fé. As regras do ofício, entretanto, não permitem ao benzedor ensinar estas palavras, já que lhes foram transmitidas sob condição de não-revelação. Além disso, acredita-se que o conhecimento da palavra que se constitui sagrada pelos não iniciados pode lhe esvaziar o poder; visto que além do conhecimento da fórmula é preciso ter o 'poder', sem o qual as palavras carecem de valor de significado (GOMES e PEREIRA, 2004). Neste caso, é esclarecedor apresentar que algumas fórmulas de benzeção caíram no conhecimento geral por meio da oralidade, ainda que reduzidas em seu conteúdo inicial, e acabaram se tornando simpatias com fórmulas de linguagem estabelecidas e constituindo um estado intermediário entre benzeção e procedimento genérico de cura.

Em algumas ocasiões, o benzedor utiliza orações oficiais, tais como a Ave-Maria, Pai-Nosso, como recursos complementares após a recitação da fórmula específica, valendo-se das "rezas de padre" (GOMES e PEREIRA, 2004), constituindo uma espécie de reforço e proposta de reconhecimento e legitimação a partir do prestígio da religião institucionalizada.

O valor da oração oficial na cultura popular reside em seu emprego: a partir do momento em que a fé do devoto se apodera de uma prece ela se torna realmente popular. Quando um benzedor reza, suas palavras são oração, quer sejam provenientes da oralidade, quer se tenham divulgado a partir de um texto escrito, desde que a voz do orador-benzedor uma porta-voz que traz o segredo dos antepassados para intervir e alterar o curso da realidade.

Nesse contexto é importante ressaltar que apesar da prática de benzer se utilizar de orações do catolicismo, a benzeção perpassa por outras configurações religiosas, como as de matriz africana, por exemplo. Esse destaque é importante,

pois este estudo teve como escopo concentrado uma comunidade quilombola na Amazônia e a discussão englobará aspectos referentes à multiculturalidade existente nessa região do País.

Na prática da benzeção há criação de novas orações que seguem o fluxo das necessidades cotidianas das comunidades, desde uma cura de males como caxumba, dores de goela e de ouvido, até a cessação de tempestades ou a realização de um bom parto, por exemplo. Nas orações populares, a linguagem acontece no âmbito lúdico das relações entre deuses e humanos, incitando-os a uma aproximação mais intensa. Essa relação lúdica e dialógica possui um ritual bastante regular, e embora não esteja dogmatizado, o agente de benzeção o segue na maioria das vezes. Um desses rituais é o costume de repetir a benzeção três vezes, durante um dia determinado da semana.

As orações e as benzeções servem para curar de doenças de duração específica como as de manifestações dermatológicas – fogo selvagem, erisipela, sapinho, cobreiro, as de processos inflamatórios – unheiro, terçol, bicheira, coqueluche, peito arruinado, dor de dente; e as de distúrbios causa-efeito, isto é, as consequências óbvias de um fator determinante – queimadura, destroncamentos, engasgamento, envenenamento, cisco no olho, sangramento de acidente, azia, dor de cabeça. Ainda existem distúrbios que não se classificam clinicamente, como espinhela caída, ventre virado, quebrante, mau-olhado, doenças do ar.

Além das orações e bênçãos, é importante apontar que o agente de benzeção poderá indicar outros recursos para resolver o problema da doença, como chás, oleígenos, pomadas e garrafadas. As pesquisas em campo também consideraram este último recurso, as garrafadas, que são frequentemente utilizadas no contexto amazônico. As garrafadas podem ser indicadas e produzidas por benzedeiros, porém é importante ressaltar que nem todos os produtores de garrafadas se utilizam da reza e da palavra para a cura.

### **CAPÍTULO III**

## **DIAGNOSE DOS HÁBITOS CULTURAIS E SAÚDE COLETIVA NO BAIXO AMAZONAS: BENZEDEIRAS, BENZEDEIROS E GARRAFADAS DE REMANESCENTES DE QUILOMBOS/MOCAMBOS**

A maneira pela qual uma comunidade pensa e se organiza para manter a saúde e enfrentar episódios de doença não está dissociada da visão de mundo e da experiência geral que as pessoas que a compõem têm a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturais. Portanto, para investigar a prática da benzeção e de produtores de garrafadas de comunidades quilombolas do Baixo Amazonas, é necessário compreender a totalidade do trabalho realizado por eles. Nesse sentido, a pesquisa se concentrou na busca de conteúdo e relatos significativos que permitissem uma compreensão científica e cultural dos Hábitos Culturais e Saúde Coletiva no Baixo Amazonas, sobretudo, a voz e a experiência de Benzedadeiras, Benzedores e fazedores de garrafadas de comunidades remanescentes de quilombos/mocambos.

Neste caso, há em nossa pesquisa um pressuposto norteador imprescindível, que é o nosso entendimento da prática de benzeção e de aconselhamentos de recomendação de uso de garrafadas, como componentes de um sistema de saúde que opera concomitantemente ao sistema oficial e que caracteriza a diversidade cultural existente no Brasil, principalmente, na região do Baixo Amazonas. Por isso, a pesquisa teve como principal objetivo investigar como a figura da benzedeira e do benzedor que atuam na resistência ao modelo colonizador de saúde, Interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando na qualidade da vida das pessoas dessa comunidade e fortalecendo os hábitos culturais saudáveis. Também foi objetivo desta pesquisa, o apuramento de práticas populares de cuidados a saúde que ainda se fazem presentes de forma significativa no cotidiano dessa população e sua condição de resistência ao modelo biomédico, sendo para isso reconhecida e legitimada do coletivo quilombola.

Embora reconheçamos que outras modalidades de abordagens trariam dados pertinentes e dariam grandes contribuições à pesquisa, optamos por uma de caráter qualitativo que, segundo Goldenberg (1997), é caracterizado por não se preocupar com representatividade numérica, mas com o aprofundamento da compreensão de

um grupo social, de uma organização, etc. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivo, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para a realização do estudo foram escolhidas as comunidades quilombolas reconhecidas pelo Estado brasileiro e com titulação de terra quilombola já expedida. As comunidades remanescentes de quilombos (CRQ) Silêncio e São José, ambas situadas no município de Óbidos, na região do Baixo Amazonas, no oeste do Pará são o *locus* onde ocorreram nossas pesquisas. Em tais comunidades há um processo de organização do sistema de cuidado a saúde, formado pelo sistema oficial e, também, pelo cuidado popular aos comunitários. Na comunidade Silêncio, por exemplo, o encaminhamento para determinado benzedor, benzedeira ou produtora de garrafadas se dá a partir da enfermidade e dos sintomas apresentados, visto que cada pessoa que benze ou que produz remédios a partir de plantas possui uma especialidade que envolve tirar espinhas de peixe da garganta através da reza, tirar quebranto de criança e mau-olhado de adultos, dentre outras, enquanto que a comunidade São José possui um posto de saúde que atende quatro comunidades quilombolas da região: CRQ Silêncio, CRQ São José, CRQ Patauí do São José e CRQ Matá.

É também importante apresentar que nossa pesquisa tem um viés interdisciplinar, que exige olhares diversos e aguçados em perspectiva sobre o objeto investigado. Neste caso, a estruturação de nossa pesquisa implicou no ajuntamento sistemático de várias informações que incluem estudos bibliográficos para a composição do estado da arte com fundamentos teóricos sólidos e estudos documentais sobre a temática. Também foram considerados técnicas e instrumentos apropriados para que os dados coletados pudessem oferecer uma perspectiva interdisciplinar da temática nos permitindo avançar na compreensão da questão científica que propomos responder e em possíveis respostas, *ou seja, como a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo oficial de saúde, Interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando na qualidade da vida das pessoas e fortalecendo os hábitos culturais saudáveis?*



Responder a uma questão complexa exige olhares interdisciplinares e perspectivas diversas, ou diversos olhares sobre várias perspectivas, com vistas a manter em equilíbrio possíveis tensões que pesquisas interdisciplinares podem provocar. Antes da apresentação de nossa pesquisa, das análises dos resultados e das ponderações finais, é preciso esclarecer quanto aos procedimentos metodológicos que optamos para obter o êxito desejado na pesquisa.

### **3.1. Quanto aos Fundamentos, Procedimentos Metodológicos, técnicas e instrumentos da Pesquisa**

Embora reconheçamos que outras modalidades e abordagens trariam dados pertinentes e dariam grandes contribuições à pesquisa, optamos por abordagem de caráter qualitativo, que segundo Goldenberg (1997) é caracterizada por não concentrar sua investigação em análises de representatividade numérica, e sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivo, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Em termos procedimentais, a pesquisa foi planejada em passos. Primeiramente, foi realizado levantamento bibliográfico e o aprofundamento do referencial teórico para fins de compreensão do estado da arte sobre a temática. Em seguida, foi realizada pesquisa de campo, com o uso instrumental de entrevista semiestruturada, com os agentes da benzeção e produtores de garrafadas das comunidades focais. Em campo, a proposta da pesquisa foi apresentada aos participantes e, após o aceite e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram realizadas inserções observacionais nas comunidades, entrevistas anotadas e gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise e exposição de resultados.

O questionário das entrevistas para coleta das narrativas foi organizado em vinte e uma questões subjetivas, obedecendo três pontos fundamentais:

**1) Quanto aos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura:** sobre seu interesse, seu conhecimento, a aquisição e

transmissão do saber, instrumentos para o ritual, uso de garrafadas e plantas, e o local sagrado do ritual;

**2) Quanto a relação entre o agente de benzeção e a comunidade:** tempo de exercício do ofício, apoio do gestor público local, recomendações de garrafadas, manifestações de êxito pós-benção;

**3) Quanto ao conhecimento específico da prática de benzeção:** as rezas utilizadas, o ritual da benzeção, atendimento a pessoas vinculadas ao sistema oficial de saúde, posicionamento sobre uso de remédios vendidos em farmácia.

### **3.2. Quanto aos locais da Pesquisa**

Para a realização do estudo foram escolhidas as comunidades quilombolas com titulação já reconhecida, Silêncio e São José, ambas situadas no município de Óbidos, na região do Baixo Amazonas, no oeste do Pará. Em tais comunidades, existe um processo de organização do sistema de cuidado a saúde, formado pelo sistema oficial e, também, pelo cuidado popular aos comunitários. Essas duas comunidades estão localizadas em uma região denominada Cabeceira de São Paulo. Vieira (2008) afirma que as comunidades do Silêncio e São José originaram-se de constantes fugas de negros escravizados na região de Óbidos, que recorriam a lugares de difícil acesso ao branco. A pesquisadora Idaliana Marinho de Azevedo concentrou seus estudos nas raízes negras na região e em sua obra referencial “O Puxirum: Memória dos negros do oeste paraense” (2002) mostra através de relatos dos primeiros moradores das comunidades, que antes da chegada dos negros à localidade, a região era habitada por indígenas Konduri, Uminiuma, Pauxis, que saíram da região em meados do século XVII como fuga do contato com o colonizador português (PAULINO, 2013).

Em meados do século XVIII, as comunidades foram sendo formados no local, com escravos que se libertavam ou fugiam das fazendas da região do Paraná de Baixo, no município de Óbidos. O território de Cabeceiras foi regularizado no ano 2000, sendo a comunidade titulada em nome da Associação das Comunidades de Remanescentes de Negros da Área das Cabeceiras (ACORNECAB). Nesse território estão localizados dez quilombos: Silêncio, São José, Patauá do São José, Castanhanduba, Vila Nova Castanhanduba, Serra, Centrinho, Apuí, Ponte Grande, Cuecé e Matá.



**Figura 4:** Comunidades Quilombolas localizadas no território das Cabeceiras de São Paulo. Fonte: Google Earth/2017.

Quanto a essa região, Funes (1999) destaca que para um entendimento mais apropriado, é preciso compreender a relação entre os onze quilombos que compõem o território Cabeceiras de São Paulo, por meio de parentesco, práticas culturais, solidariedade e memória comum que remete à história de fuga e ocupação, passando pela chegada de escravos libertos a essa área.

### 3.2.1: Comunidade de Remanescentes de Quilombo/Mocambo Silêncio

A comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo<sup>10</sup> Silêncio está localizada no município de Óbidos, na região do Baixo Amazonas, na continuação do Igarapé Grande a partir da primeira entrada à margem esquerda do rio Amazonas, na cabeceira do São Paulo. A CQM Silêncio está a três horas de barco do Porto de Óbidos, no Pará, tendo como registro georreferencial: latitude 1°58'15.69"S e longitude 55°18'2.32"O.



**Figura 4:** Comunidade Quilombola Silêncio do Matá. Fonte: Google Earth/2017

<sup>10</sup> A partir desse ponto, Comunidade de Remanescentes de Quilombo será – CQM.

Quanto à CQM Silêncio, seu registro no INCRA e na Fundação Cultural Palmares contém os seguintes detalhes:

UF	MUNICÍPIO	CÓDIGO DO IBGE	DENOMINAÇÃO DA COMUNIDADE	ID QUILOMBOLA	Nº PROCESSO NA FCP	Nº DA PORTARIA DE CERTIFICAÇÃO	DATA DA PORTARIA NO D.O.U	Nº PROCESSO INCRA
PA	ÓBIDOS	1505106	SILÊNCIO	265	54106.001523/1998-57	28/2013	13/03/2013	---

Quadro 1 – Registro de Certidão expedido à Comunidade Remanescente de Quilombos (CRQ) Silêncio, no município de Óbidos -PA, planilha atualizada até a Portaria Nº 122/2018, publicada no DOU de 26/04/2018. Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2018, [http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=37551](http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551)

Com uma população de 1.321 habitantes, a CQM Silêncio possui 122 domicílios. A CQM Silêncio é uma comunidade de pequenas famílias de negros que iniciaram sua organização comunitária, construindo suas habitações de palha, os mocambos, ainda no século XVIII, mais precisamente em 1755. O terreno que serviu de lugar para o erguimento dos mocambos tem uma topografia acidentada e localizada no interior da floresta amazônica, distante da margem do rio Amazonas, pelo Igarapé Grande. Possui um solo pobre, pois o local escolhido detém terras que não são inundáveis pelos rios e igarapés em época de cheia.

### 3.2.2: Comunidade de Remanescentes de Quilombo/Mocambo São José

A comunidade Remanescente de Quilombo/Mocambo São José está localizada no município de Óbidos, na região do Baixo Amazonas, na continuação do Igarapé Grande a partir da primeira entrada à margem esquerda do rio Amazonas, nas adjacências da cabeceira do São Paulo, imediatamente depois da CQM Silêncio. Ela está a três horas de barco do Porto de Óbidos, no Pará, tendo como registro georreferencial: latitude 1°58'27.51"S e longitude 55°16'16.04"O.



Figura 5: Comunidade Quilombola São José. Fonte: Google Earth/2017

UF	MUNICÍPIO	CÓDIGO DO IBGE	DENOMINAÇÃO DA COMUNIDADE	ID QUILOMBOLA	Nº PROCESSO NA FCP	Nº DA PORTARIA DE CERTIFICAÇÃO	DATA DA PORTARIA NO D.O.U	Nº PROCESSO INCRA
PA	ÓBIDOS	1505106	SÃO JOSÉ	255	54106.001523/1998-57	28/2013	13/03/2013	---

**Quadro 2** – Registro de Certidão expedido à Comunidade Remanescente de Quilombos (CRQ) São José, no município de Óbidos -PA, planilha atualizada até a Portaria Nº 122/2018, publicada no DOU de 26/04/2018. Fonte: Fundação Cultural Palmares, 2018, [http://www.palmares.gov.br/?page\\_id=37551](http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551)

Com uma população de 800 habitantes, a CQM Silêncio possui 85 domicílios. Situada entre as CQM Silêncio e Patauá do São José, a CQM Silêncio é uma comunidade de pequenas famílias de negros que iniciaram sua organização comunitária tardiamente, já no século XX. O terreno também é acidentado e localizado no interior da floresta amazônica, distante da margem do rio Amazonas, pelo Igarapé Grande. De solo pobre, o local tem uma pequena área que costuma ser inundada pelo Lago Itandeuá, mas sem que isso fortaleça a qualidade do solo para plantio agrícola. É importante ressaltar que a comunidade São José possui um posto de saúde que atende pelo menos quatro comunidades da região

### 3.3. Perfil dos Entrevistados

Inicialmente seriam realizadas entrevistas com oito pessoas (100%) autodenominadas benzedeadas e/ou produtoras de garrafadas, porém uma delas, por motivos pessoais, não aceitou participar desta pesquisa. Disso resulta que foram entrevistadas sete pessoas praticantes da benzeção, sendo uma (14%) produtora de garrafadas medicinais.

Procurou-se investigar aspectos relacionados à formação e utilização das práticas de cura por essas pessoas para compreender como acontece a presença do modelo oficial no local e sua relação com as práticas populares de saúde, além de averiguar se há o incentivo da secretaria municipal de saúde a este tipo de intervenção na saúde coletiva das comunidades investigadas.

As pessoas pesquisadas possuem entre 38 e 85 anos, sendo três (42,8%) da CQ Silêncio, e quatro (57,2%) da CQ São José. Dos entrevistados, cinco (71,4%) são mulheres e dois (28,6%) são homens. Para fins de referência, os entrevistados receberão a seguinte denominação: (E1, E2, E3, E4, E5, E6 e E7), sendo que os de 1 a 3 são moradores da CQM Silêncio e os entrevistados de 4 a 7 são moradores da CQM São José. Ressaltamos que o entrevistado E7 participou da pesquisa, porém

apresentou significativas falhas na memória, fazendo com que nem todos os dados pudessem ser utilizados para análise.

### **3.4. Questionário semiestruturado para o registro de relatos e coleta de informações em Campo**

Os dados que nos concentramos na coleta estão divididos em três categorias, cujas perguntas foram elaboradas dentro de especificidades de cada tópico a ser coletado. Neste sentido, o questionário foi o seguinte:

#### **a) Quanto aos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura**

Q 01 – Por que você se interessou em ser benzedeira/o?

Q 02 – Quem ensinou a você o saber sobre benzeção?

Q 03 – Como ocorreu a transmissão do saber que você adquiriu?

Q 04 – Você tem transmitido para algum membro da família o saber adquirido? De que maneira ocorre essa transmissão?

Q 05 – O que Você costuma utilizar (instrumento) para fazer a benzeção, por quê?

Q 06 – Você procura ampliar seus conhecimentos quanto aos benefícios e malefícios (contraindicações) das garrafadas que você recomenda?

Q 07 – Você cultiva plantas medicinais para a produção das garrafadas? (Caso sim) Quais plantas?

Q 08 – Você coleta algum material diretamente da floresta para realizar a benzeção? (Caso sim) Quais?

Q09 – Existe algum lugar onde você realiza as práticas de benzeção? Caso sim, descreva como é.

#### **b) Quanto a relação entre o agente de benzeção e a comunidade**

Q 09 – Há quanto tempo o (a) senhor (a) pratica o ofício da benzeção na comunidade quilombola?

Q 11 – Há apoio e acompanhamento da gestão (governo) municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e dos agentes comunitários de saúde, quanto à prática de benzeção? Caso sim, como ocorre?

Q 12 – Após suas benzeções, você costuma recomendar garrafadas? Caso sim, quais as garrafadas mais indicadas?

Q 13 – De quais maneiras o usuário pode utilizar das garrafadas que você recomenda?

Q 14 – Para tratar de quais males a comunidade lhe procura?

Q 15 – Os usuários retornam para dar testemunho da eficácia do tratamento de sua prática? O que eles comentam?

Q 16 – Há usuários que não retornam? Na sua opinião, por que eles não retornam?

### **c) Quanto ao conhecimento específico da prática de benzeção**

Q 17 – Cite quais rezas são realizadas durante uma sessão? Elas servem para quê?

Q 18 – Como é o ritual da benzeção?

Q 19 – Você já atendeu médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde interessados em receber atendimento? Na sua percepção por que essas pessoas o procuram?

Q 20 – Você já atendeu médicos e enfermeiros interessados em conhecer sobre suas garrafadas, para que servem e seus efeitos? Na sua percepção por que essas pessoas o procuram?

21 – Qual a sua opinião sobre os remédios de fábricas, vendidos nas farmácias em relação às garrafadas resultantes do saber tradicional?

## **3.5. Apresentação dos Dados no formato narrativo e análise das narrações e falas**

A apresentação dos dados coletados será feita no formato analítico de narrativas categorizado em três tópicos, a saber: a) Quanto aos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura; b) Quanto à relação entre o agente de benzeção e a comunidade; c) Quanto ao conhecimento específico da prática de benzeção. Com esse formato de análise esperamos facilitar o entendimento das narrações e sua relação com os referenciais descritivos nesta dissertação.

### **3.5.1. Quanto aos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura**

Na discussão sobre as práticas populares de saúde, um tópico fundamental é o reconhecimento dos agentes da benzeção como agentes de cura, tanto pela

comunidade atendida quanto pelo próprio praticante da sabedoria popular. O processo de acúmulo de conhecimentos e a prática de cura, muitas vezes, são práticas permeadas pela marginalização. A benzeção em comunidades quilombolas tem raízes, em sua maioria, em práticas espirituais decorrentes das religiões de matriz africana, porém, com o atravessamento de aspectos da religião oficial do município [catolicismo]. Conseqüentemente, o sincretismo foi uma estratégia utilizada pelos agentes de benzeção para, pela vivenciar da fé, desenvolver suas práticas, na expectativa de superar atitudes marginalizantes e desprezadoras de pessoas que ainda teimam em olhar tais práticas com uma visão eurocêntrica, como já mencionamos em capítulo anterior (CHIZIANE, 2006; MENDES e CAVAS, 2008). A partir do desprestígio da prática e questionadas sobre o interesse em ser agente da benzeção, ressaltam-se as falas de duas participantes:

Eu não queria. Eu não queria aceitar o que era pra mim. Eu não queria, então ficou pra mim coisar criança assim recém nascida, criança assim de até dois anos. Aí eu ensino algum remédio. O que eu vejo que dá no meu alcance, eu ensino. Eu só me interessei porque a minha mãe, eu puxo da minha mãe. Eu convivia com a minha mãe e desde criança eu já fazia aquela... aquele gesto e eu fiquei com isso, desde criancinha eu fiquei com isso e com isso eu to (Entrevistado 02).

Eu aceitei porque eu acho que foi um dom de Deus. É, porque ninguém me ensinou (Entrevistado 06).

Nota-se na fala da E2 a não aceitação, a princípio, de ser uma praticante da benzeção, sendo algo inicialmente influenciado por sua mãe. A própria expressão “isso” para se referir ao ato de benzer pode apontar para uma visão marginalizada da prática. Sobre isso, novamente pode-se citar Chiziane (2006) quando apresenta as práticas populares de cura como um conhecimento que, além de marginalizado, se origina também a partir de um povo desprezado, sendo este profissional procurado às escondidas pela população.

Dos sete participantes da pesquisa, seis afirmaram que aprenderam a benzer com algum familiar. As falas dos participantes mostraram que aprenderam a benzer observando alguém da família que realizava a prática e que repassou o conhecimento através da oralidade. Nesse sentido, a trajetória histórica do cuidado e da vivência da saúde coletiva e a maneira de transmissão do conhecimento da benzeção estão relacionadas com o sistema cultural construído naquele meio, neste caso a família. Padrões culturais vigentes na sociedade e interações sociais,



comentados por Langdon e Wiik (2010), contribuem para reproduzir modos de vida e práticas que orientam padrões sociais constituintes do indivíduo e sua comunidade.

Diferentemente, E6 ao afirmar que aprendeu a benzer sozinha, demonstra aceitação de um dom atrelado à crença espiritual. Marin e Scorsolini-Comin (2017) e Oshai (2007) apresentam dentre outras coisas o “dom” como algo fundamental na prática da benzeção. A própria aceitação em ser um agente de cura pode estar atrelada à ideia de se ter um dom, pois esse conhecimento não é repassado a qualquer pessoa, existindo critérios, muitas vezes sobrenaturais/espirituais, para a escolha de quem se vai repassar o conhecimento, o que pode ser notado na fala da E2 quando não utiliza a palavra “dom”, porém relata que, talvez indiretamente, tenha sido escolhida para exercer essa prática:

Foi, praticamente era a minha mãe. Depois a minha mãe faleceu, aí eu fui com um senhor, aí ele me disse que não era pra mim entregar minhas costas pra estarem me benzendo porque eu tinha coisa boa, só que eu não queria dar valor pelo que eu sabia, pelo que era pra mim saber melhor ainda, eu não queria, mas que era pra mim ficar, não ficar entregando minhas costas pros outros, porque se não eles afastavam tudo de perto de mim. Porque aí eu caía, me dava um negócio, eu caía, eu me batia. Aí depois que eu comecei a fazer o que eu tenho pra fazer, principalmente a criança, aí melhorou muito grande, eu parei, eu parei de tá caindo, me batendo, graças a Deus (Entrevistado 02).

Sobre os modos de aquisição do saber, a oralidade e a observação apareceram como meios principais de aprendizado. Nesse contexto, E2 que, inicialmente não havia utilizado a palavra “dom”, dessa vez apresentou o termo como forma de aprendizado. Ao abordar a necessidade de se ter um dom para a aquisição do conhecimento da benzeção, Gomes e Pereira (2004) ressaltam que sem o “poder”, ou seja, o “dom”, as palavras não fazem sentido:

Ela não me ensinava, eu que ficava ouvindo quando ela rezava aí eu fui aprendendo (Entrevistado 01).

Olhe, isso aí não foi praticamente ela que me ensinou, isso aí é o dom mesmo. Eu teve de mim mesmo. Entendeu?(Entrevistado 02).

Ele me ensinou sem escrita, sem nada. Bocalmente. Aí Deus me ajudou que eu aprendi (Entrevistado 04).

Considerando a benzeção como hábito cultural de cuidado à saúde, necessariamente deve-se apresentar a discussão sobre cultura, que atravessa esta pesquisa. Daí que Abraçamos a ideia de cultura ser um ajuntamento de costumes e crenças, proposta por Paulino (2017) e a concepção de Carvalho (2018) de cultura ser uma concepção das relações do ser humano com o ambiente, enquanto

apreensão e transmissão de conhecimentos para apresentar o caso das benzedeadas e seus usos e costumes cotidianos e de organização dos meios de cuidados de saúde da comunidade pesquisada. Neste sentido, o repasse de uma cultura está baseado na vivência daquele modo de vida e, principalmente, no sentido que se atribui a cada costume e a cada crença, no caso deste estudo, o da reza para a cura.

Outro ponto apresentado vem da narração do entrevistado 05, que apresentou o pagamento da benzeção como forma de validação do conhecimento repassado:

Ela pra me ensinar foi preciso eu pagar ela porque...assim, uma comparação... Se eu for ensinar, eu tenho que ensinar uma pessoa que seja mais criança do que eu e essa pessoa que eu vou ensinar, ela tem que me pagar porque se não o efeito...já era! (Entrevistado 05).

Oshai (2017), ao ressaltar que quem paga para aprender o ofício de benzer, precisa cobrar para exercer o aprendizado, corrobora com a fala da E5. A participante ressaltou que não cobra um valor fixo, mas que aceita o que lhe é dado:

Pra mim benzer a criança. Aí eu benzo pra quebranto. Eu benzo a criança duas, três vezes. Aí tem que pagar. Aí me paga dois reais, um real. Porque não vai fazer...se não me pagarem não faz efeito (Entrevistado 05).

O ato de cobrar pela transmissão do conhecimento e pela realização do trabalho, presente na prática da E5, vai de encontro com o proposto por Gomes e Pereira (2004) quando afirmam que o dever de curar é sagrado e, portanto, não se pede nenhum tipo de pagamento para a realização do trabalho. Outro fator importante ressaltado por E5 é o fato de o ensinamento dever ser repassado de uma pessoa mais velha para uma mais jovem, o que parece justificar a necessidade da experiência da prática da reza e da cura.

Sobre a transmissão cultural da prática da benzeção, quatro (57,2) dos sete participantes afirmaram ter repassado o conhecimento. Os que afirmaram repassar os conhecimentos eram mais velhos, o que confirma a fala do participante E5. Além disso, notou-se o repasse do conhecimento aos familiares,

Sempre converso com a menina que para comigo porque aí eu faço uns negócios de uns remédios caseiros, que eu gosto muito, xarope caseiro. Eu faço remédio assim pra barriga de mulher que tem problema de inflamação, pra anemia., sempre dou uma força assim pra quem me procura né? Aí sempre eu faço isso. Aí sempre eu converso com ela, eu digo pra ela. Eu, até agora antes de ela ir, ela pegou um caderno pra ela anotar assim, as folhas das ervas que pode utilizar, uma ou outra, pra um dia quando ela quiser fazer, ela não vai indagar para o avô dela, nem pra tia dela, ela

mesmo faz. Ela tem 16 anos, é minha neta e filha de criação (Entrevistado 02).

Tenho. Pra Maria Raimunda, minha filha. Elas moram longe de mim. Mas eu não ensino muito. Ninguém quis (Entrevistado 03).

Eu já ensinei pra duas, três pessoas, mas não fazem caso, né? A minha nora é uma (...) (Entrevistado 04).

Não. Eu ainda não ensinei pra ninguém. Só ele (aponta para o filho) que quer que eu ensine pra ele. Ele já até tirou num papel pra ver se ele aprende (Entrevistado 05).

A partir das falas dos participantes, nota-se que os ensinamentos foram repassados, porém não houve interesse por parte de algumas pessoas que receberam tal conhecimento, o que contribui no rebaixamento da importância dos agentes da benzeção para a reprodução cultural e material da população quilombola, como evidenciado por Oshai (2017) em seus estudos sobre o processo saúde-doença e práticas populares de cuidados em saúde em comunidades quilombolas do Pará. O conhecimento adquirido e transmitido nas práticas populares de cura é resultado de um processo de entrelaçamento cultural que faz parte da História do Brasil que, como já ressaltado no primeiro capítulo da pesquisa, não aconteceu de uma forma pacífica. Assim, ao abordarmos as práticas de benzeção em uma comunidade quilombola amazônica, estamos discutindo também a identidade quilombola que está presente no cuidado coma saúde, na resistência e na luta por melhor qualidade de vida, como afirmam Mendes e Cavas (2008) em seus estudos sobre benzedadeiras quilombolas.

Nessa especificidade da reza, os agentes da benzeção se apresentam como um grupo diverso, existente em todos os lugares do País e do mundo, carregando consigo semelhanças e particularidades no ato de cuidar e curar. Estudos de Lins (2014) apontam a não restrição da reza na prática da benzeção, o que confirma as falas dos participantes quando apresentam as plantas utilizadas no ato da benzeção. Uma planta chamada “vassourinha” e o alho apareceram com maior frequência:

Não. Só antes de começar a rezar eu faço o sinal (da cruz) e ao terminar da reza também. O Pai, o Filho e o Espírito Santo, reza, quando termina. Assim, no decorrer da reza, reza a primeira vez, reza três vezes...reza a primeira vez, aí faz Pai, Filho, Espírito Santo. Três vezes em seguida reza e três vezes faz o Pai, Filho e Espírito Santo (Entrevistado 01).

Eu utilizo alho, o alho que não tenha usado. O alho, ele é contra qualquer coisa. E a vassourinha. A vassourinha, ela é um remédio, ela serve pra diversas coisas. A vassourinha é uma árvore, que cresce assim na, quando ela cresce grande, ela joga semente (Entrevistado 02).

Não utilizo. Só a fala (Entrevistado 03).

Só a reza (Entrevistado 04).

Não, é só um dente de alho, uma folha de arruda e tem aquela vassourinha (Entrevistado 05).

Uma folha do mato. Pode ser... a gente benze né? Tem o alho...tem uma planta...é um matinho que chama de vassourinha (Entrevistado 06).

Além da reza, conforme observado, os participantes apresentaram três plantas que utilizam no ato da benzeção. São elas a arruda, o alho e a vassourinha. A arruda (*ruta graveolens*) é uma planta bastante comum da medicina popular, podendo ser utilizada na feitura de chás e garrafadas para combater males. Vejamos que essa informação sincroniza com os estudos feitos por Maciel e Neto (2006) com benzedeiros do Mato Grosso, que também confirmaram o uso das referidas plantas em atos de benzeção. O único participante que afirmou utilizar a arruda na sua prática de cura foi o E5, da comunidade São José, que utiliza a planta para retirar quebranto de criança. Portanto, pode-se afirmar que a arruda nesse quilombo da Amazônia é utilizada. Essa planta não é descrita pelas pesquisas de Maciel e Neto (2006).

Ferreira e Tavares-Martins (2016) em pesquisa sobre a utilização de plantas medicinais – os autores chamam de mística – em uma comunidade da Ilha de Mosqueiro, no Pará, corroborando com E5 da comunidade São José apresentou a arruda como planta utilizada também para fins de proteção.

Outra planta mencionada por E2, E5 e E6 foi a Vassourinha (*scoparia dulcis*), que está na lista de plantas do programa de pesquisa de Plantas Medicinais (PPM) do SUS como uma das plantas indicadas para estudo. O “Programa de Pesquisas de Plantas Medicinais” foi criado com o objetivo de contribuir com o desenvolvimento de uma terapêutica alternativa e complementar, com embasamento científico, por meio da realização de pesquisas que confirmassem as propriedades terapêuticas alegadas popularmente de plantas brasileiras potencialmente medicinais. Dentro dessa lista, o alho (*allium sativum*), também foi mencionado pelas três participantes como sendo utilizado também na reza para quebranto e mau olhado. Num contraponto com os estudos de Maciel e Neto (2006), estes autores não relatam o uso da vassourinha em suas pesquisas e apresentam o alho com indicação para tosse e verminose, através de xaropes feitos da planta. Nos relatos registrados por

Ferreira e Tavares-Martins (2016), não foram encontrados referências ao uso do alho no estado do Pará. Entretanto, nossas pesquisas divergem dos autores anteriores, pois a vassourinha nessa região do estado não somente é utilizada como floral como também se utiliza como instrumento sagrado de transferência da bênção, pelas benzedoiras da CQM Silêncio e da CQM São José.

Interessante notar que das três plantas mencionadas pelas participantes a arruda é a única não está relacionada na lista do PPM, embora haja um processo de validação científica dessa planta existente no PPM, que nesta pesquisa representa o modelo oficial de saúde. Todavia, nossa pesquisa revela o motivo de a arruda não estar na relação no PPM, os agentes da benzeção das comunidades quilombolas estudadas ignoram, pois que há um conhecimento empírico validado pela comunidade atendida e que basta para que esse hábito cultural de saúde seja amplamente utilizado nessas duas comunidades.

Sobre a produção e indicação de garrafadas após a reza, somente E2, da comunidade Silêncio, produz garrafadas para indicar e/ou vender. Os outros participantes apontaram que produzem garrafadas para consumo próprio ou da família e indicam ervas/plantas para que os próprios usuários façam chás, mas não mencionaram quais plantas são indicadas. Nessa produção de garrafada, ao ser questionado se estuda para ampliar seus conhecimentos e para melhora a capacidade da indicação dos remédios, E2 afirma:

Não. Eu não estudo nadinha, eu não nego. Não estudo. Eu faço da minha mente, aí eu vejo a planta que eu posso colocar. Agora que tá um pouco difícil pra mim por causa da vista. É, mas mesmo assim eu sei qual é as plantas que pode colocar e eu faço (Entrevistado 02).

Nota-se, mais uma vez, o conhecimento empírico empregado no processo de cura utilizado nas comunidades quilombolas estudadas. Esse conhecimento, como já mencionado anteriormente, faz parte de um processo histórico, social e cultural de acúmulo e repasse de conhecimentos. Na relação entre usuário e benzedor, Quintana (1999), além de apresentar outros recursos utilizados pelo agente da benzeção, ressalta a indicação de chás, pomadas e garrafadas específicas como parte do rito. Notou-se nesta pesquisa que a utilização de garrafadas é referência de apenas uma produtora das duas comunidades específicas.

As garrafadas feitas por E2, a partir da sua experiência positiva de produção e recomendação desses remédios remetem aos estudos de Buchillet (1991) sobre como as sociedades tradicionais lidam com seus problemas de saúde, por meio da

participação da pessoa adoecida na escolha do seu tratamento e, principalmente, nos arranjos e maneiras próprias para superar o adoecimento. Em nossas viagens observacionais às duas comunidades pesquisadas, E2, que mora na comunidade Silêncio há 28 anos e há cinco trabalha com medicina popular, foi citada pelos comunitários como referência quando perguntados sobre alguém que produzisse remédios caseiros na região.

Percebe-se nesse contexto um padrão cultural de socialização na busca de cuidados em saúde influenciado pela cultura vigente nas comunidades estudadas, padrão este que estão em acordo com os estudos de Langdon e Wiik (2010) e de Quintana (1999) sobre corpo socialmente construído a partir de marcas adquiridas na cultura vivida. As garrafadas produzidas por E2 contêm tanto plantas cultivadas no seu quintal como compradas de um senhor que as cultivava em outra comunidade quilombola da região da Cabeceira de São Paulo. Na produção dos remédios e também na benzeção, além da utilização de plantas cultivadas, também podem ser utilizadas plantas retiradas diretamente da floresta.

Sobre a retirada de materiais para a benzeção diretamente da floresta, E5 e E6 afirmam retirar apenas a vassourinha, já que não produzem garrafadas e trabalham somente com rezas. Por outro lado, E2, mesmo produzindo garrafadas e, também, benzendo, afirma utilizar apenas as plantas que já cultiva.

Não, só as que eu tinha mesmo. Olha tem a alfazema, eu tenho alecrim, eu tenho Espada de São Jorge, eu tenho manjeriço do roxo, eu tenho pau de angola, eu tenho boldo do grande, eu tenho boldo do chinês<sup>11</sup>, eu tenho cidreira, eu tenho carmelitana. A senhora não se aborreça não (risos)... eu tenho crajirú, crajirú é por causa do remédio pra anemia, ele é um antibiótico, ele sara qualquer operação também, dependendo de você ter fé. E, tem outra coisa, hortelãzinha, arruda, catinga de mulata, ervão, ervão só tem no riacho, só é pra essa banda que tem riacho, na beira do chavasco, mas eu planto, eu tenho plantado aqui. Aí tem outra, a marcela que é chamado...a gente chama marcela, mas a gente chama nuzinho, porque eu trato ele como nuzinho e os pajés, os outros pajés, mais de que eu, tratam como marcela. Entendeu? Aí eu tenho cipó ...eu tenho uma flor, aquele cravo de defunto, que chamam, que é muito procurado, aí eu dou pros outros, eu vendo. Eu vendo assim, não é que eu venda, é que eles me procuram, aí eu dou, aí eles repassam um trocozinho e eu pego (Entrevistado 02).<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Embora o entrevistado expresse como boldo do chinês, sua amostra diz respeito ao boldo-do-chile, uma árvore que atinge de 12 a 15 metros de altura e pertence à família das Monimiaceae. É comumente confundido com o boldo-da-terra, arbusto de propriedades medicinais semelhantes. Seu nome científico é *Peumus boldus*.

<sup>12</sup> Para fins de consulta, todas as referências de plantas e ervas citadas nesta dissertação foram compiladas e organizadas em uma tabela em anexo. Na referida tabela, o leitor terá o nome popular da planta, nome científico, partes utilizadas, indicação e contraindicação.

Verificou-se que, ao falar sobre uma das plantas (Crajiú), a entrevistada apresentou sua utilização em remédios caseiros como antibiótico natural e para anemia, atrelando sua eficácia à fé do usuário. Como já abordado nesta pesquisa, fé e razão têm encontrado neste século espaços para diálogo no meio científico, a exemplo do estudo de Josaphat (2013) sobre fé como aspecto produzido culturalmente na vida do indivíduo, portanto, como fator fundamental na experiência da benzeção e das práticas populares de saúde. Neste caso, fé e razão se encontram no espaço da narrativa, da voz transformada em oração, que carrega nas palavras a memória de um passado arquetípico, as crenças e confianças no gesto divino da cura, para que neste simbólico da narração de reza o efeito seja a cura daquele que esteja em situação frágil e que, em contrapartida, oferece ao ritual sua crença e confiança na generosa condição de cura do saberes do agente de benzeção. Neste ponto, portamo-nos ao pensamento de Lévi-Strauss (1975):

Não há, pois, razão de duvidar da eficácia de certas práticas mágicas. Mas, vê-se, ao mesmo tempo, que a eficácia da magia implica na crença da magia, e que esta se apresenta sob três aspectos complementares: existe, inicialmente, a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; em seguida, a crença do doente que ele cura, ou da vítima que ele persegue, no poder do próprio feiticeiro; finalmente, a confiança e as exigências da opinião coletiva, que formam a cada instante uma espécie de campo de gravitação no seio do qual se definem e se situam as relações entre o feiticeiro e aqueles que ele enfeitiça (LÉVI-STRAUSS, 1975, p. 194).

Sem adentrarmos no mérito do termo feiticeiro, que nos tempos atuais tem seu conceito epistemológico, que iremos trazer ao debate no capítulo seguinte, podemos afirmar que é pelo fato de oferecer ao ritual sua crença e confiança na generosa condição de cura do saberes do agente de benzeção, que benzedoras e benzedores insistem ser insuficiente o aprendizado do ofício pelo simples conhecimento do rito e a memória da reza, pois o ofício oral e gestual exige um ritual que se encontra na esfera do simbólico e sua eficácia dependerá do dom e da certeza de que as falas dotadas de sabedoria quando narradas pelo benzedor precisam estar atreladas ao quesito fundamental da fé, para quem benze, para quem é benzido e para a comunidade legitimadora da benzeção.

Outro aspecto da entrevista que chama a atenção é sobre as indicações das garrafadas e as formas de utilização, a entrevistada narra que:

As mais indicadas é, que fazem mais procuração mesmo é pra anemia. Eu uso o crajiú seco, a raiz do açaí seco, a folha do abacate amarela também, a folha do peão. Esses são os material que eu uso, pra anemia. Aí a gente pega o meio...um copo cheio grande do caldo do jenipapo e aí a gente coloca, coa tudo, coloca e ferve. Aí você não...porque têm pessoas que têm

diabetes né? Aí você não coloca o açúcar. Se você colocar, mas é pouco, por causa do caldo do jenipapo. Aí essas garrafadas eles utilizam assim: eles põem na geladeira, aí eles tomam três vezes o dia esse remédio. Serve pra adulto também (Entrevistado 02).

Notemos a segurança do entrevistado em apresentar seu conhecimento empírico bastante rico sobre o uso de plantas, suas funções e suas indicações, com a apresentação de contra indicativos. Sobre o conhecimento popular que é desenvolvido a partir da inserção empírica na realidade, é importante apontar que ele sempre foi, e continua sendo, fundamental na vida da sociedade, pois aproxima as pessoas e as ajuda em suas vivências e experiências do cotidiano. Por meio de tais experiências, as pessoas envolvidas em qualquer tipo de pesquisa passam a vivenciar o presente com projeções voltadas para o futuro, como parte integrante e indissociável de sua cultura.

Quanto ao lugar da benzeção, as referências de pensadores como Gomes e Pereira (2004), Quintana (1999) e as narrativas dos entrevistados desta pesquisa proporcionam um entendimento de que a benzeção como prática envolve a oralidade e a articulação gestual, alicerçadas em um ritual pautado na Fé, e é constituído pela experiência cultural de quem desenvolve e procura essa prática. Assim, os entrevistados afirmaram que não há um lugar específico para a realização da benzeção, ou seja, o lugar sagrado no mundo é o próprio mundo, e as benzeções com possibilidades de cura ou de promover alteração da realidade, podem ser oferecidas nas próprias casas das benzedeadas e/ou nos lugares onde as pessoas estão necessitando e para onde os agentes são chamados,

Não, só quando as pessoas vêm aqui em casa. Sempre aqui na sala ou na cozinha, onde quer que eu esteja, as vezes eu tô assim, em outro lugar, sempre...nunca me chamaram assim, sempre eles vêm aqui em casa (Entrevistado 01).

Olha, realmente ainda não tem mesmo. Ainda não deu de mandar fazer no momento porque é como eu lhe digo, eu não queria. Sempre eu digo que eu não quero, mas eu digo que eu não quero, mas o que eu posso fazer, eu faço. Porque se chegar uma criança aqui, me pedindo, a mãe pedindo pra eu fazer o trabalho, eu não vou dobrar as costas, vai ser pior (Entrevistado 02).

As narrativas das duas entrevistas não deixam dúvida do local sagrado para a prática da benzeção. O local apropriado para a prática da benzeção é escolhido dentro de uma espontaneidade de integração entre o profano e o sagrado. Diferentemente dos rituais de religiões com valores sistemáticos e dogmáticos, os rituais de benzedeadas e benzedeiros podem ser enquadrados no que Mircea Eliade



descreve como sacralização do mundo. Para Eliade (1992, p. 13), “*não se trata de uma veneração da pedra como pedra, de um culto da árvore como árvore. A pedra sagrada, a árvore sagrada, não são adoradas como pedra ou como árvore, mas justamente porque são hierofanias, porque ‘revelam’ algo que já não é nem pedra, nem árvore, mas o sagrado*”. O que se deve apontar, considerando a tese de Eliade, é que no ato sagrado da benzeção escolhe-se um objeto natural que será sacramentalizado, ou como define Leonardo Boff, transformado em afeto que o ressignifica e o eleva à condição de símbolo.

Em sua obra “Os sacramentos da vida e a vida dos sacramentos: Minima Sacramentalia”, ao apresentar uma caneca, um toco de cigarro, um pão, um professor ou uma casa como experiências cruciais da vida, ele defende que “toda vez que uma realidade do mundo, sem deixar o mundo, evoca outra realidade diferente dela, ela assume uma função sacramental” (BOFF, 1975, p. 23).

Seguindo o pensamento de Boff, o que benzedeadas e benzedores fazem é, na verdade, a sacramentalização do espaço onde irá ocorrer o ritual e dos objetos que podem ser utilizados nesta ação. Isto implica afirmar que o pensar desses agentes da bênção é um pensar sacramental, pois veem um sentido mais profundo e existencial nas coisas, embora elas não deixem de ser objetos comuns no mundo. Sem esse pensar sacramental e simbólico, a bênção perde estrutura transcendental e o lado sagrado é suprimido ou engolido pelo profano. Boff confirma que:

Por que conto tudo isso? Para resgatar a dimensão simbólica que mais e mais está sumindo. Perdendo a visão simbólica, fecham-se janelas da alma e desaparece a magia das coisas. Reparando bem, os símbolos, os cristãos chamam-nos de sacramentos, nascem da vida cotidiana, do jogo que se estabelece entre ser o humano e o mundo. Diante das coisas, primeiro sentimos estranhamento, depois as domesticamos e por fim nos habituamos a elas. Nesse jogo, as coisas e nós mudamos, porque nosso olhar mudou. O toco de cigarro pode ser olhado de fora, como um objeto neutro. É o olhar da ciência. Esta analisa a palha, o fumo, o nível de nicotina e conclui que, como toco, não tem valor nenhum. Mas podemos olhá-lo a partir de dentro, do que ele significa para mim por causa de meu pai. Ele vira sujeito, pois lembra e fala. Ganha um valor afetivo inestimável. Ele virou símbolo. Toda vez que uma realidade do mundo, sem deixar o que é, (toco de cigarro), evoca outra realidade diferente dela (meu pai), assume a função de símbolo. Tudo pode tornar-se símbolo. Depende de nosso olhar. Se forem inseridas em nossas experiências e se as cativarmos, as coisas viram símbolos que falam. Jamais serão esquecidas. Essa atitude hoje é urgente se quisermos preservar as árvores, os animais, as paisagens, e assim salvar a Terra. Importa não só usar as coisas, mas senti-las e amá-las. Então elas ficam únicas. E iremos cuidar delas. São sacramentais. Nossas casas estão cheias de símbolos, os óculos da vovó, uma flor ressequida de um antigo amor, um bilhete da pessoa amada. Se cativarmos as coisas à nossa volta, nosso mundo se povoará de símbolos e nós, de encantamento (BOFF, 2003, 01).

Essa ponderação também pode ser traduzida como uma crítica à severidade sistemática e fechada das ciências instrumentais que, no afã de enquadrar todo conhecimento humano na lógica binária aristotélica do verdadeiro ou falso, não se deixam conduzir por outra dimensão da vida, o sensível, tão necessário quanto o racional, na aproximação da realidade. O fechamento das ciências ao universo da lógica clássica dificulta a entrada destas no espaço da ambiguidade e do irracional enquanto dimensões reais e cognitivas da vida, e serve de palco para a prática da vida vinculada às possibilidades criativas, como o extasiante, o rito, o mito, a fé, a relação com o sagrado.

O sistema fechado da causa e do efeito, por não aceitar a variação, a imprecisão, a irregularidade, a tragédia, terá sempre dificuldade em lidar com uma cosmovisão que se deixa conduzir pela relação transcendental entre o profano e o sagrado. Portanto, na prática, as benzedeadas representam nas comunidades pesquisadas os que são capazes de curar pela palavra e pela sacramentalização do ritual e dos objetos de uso, pois expõe a ferida do real enquanto cura a relação rompida entre o temporal e o permanente. Por esta razão, elas são detentoras dessa habilidade e constantemente procurados pelos comunitários e, também por pessoas provenientes de outras comunidades e de outros municípios da região do Baixo Amazonas.

### **3.5.2. Quanto à relação entre o agente de benzeção e a comunidade**

As formas de resistência dos africanos trazidos forçadamente ao Brasil no período escravocrata foram desenvolvidas a partir das dificuldades socioambientais e conflitos culturais enfrentados por essa população na diáspora e na ruptura de suas existências com suas raízes de identidade e significação, como apontam estudos de Manning (2009). Na Amazônia, houve a necessidade de um processo de readaptação e aprendizado de como viver e sobreviver na floresta, não somente dos povos escravizados, mas também dos europeus vindos do “Velho Mundo”. Assim, a junção forçada de culturas diversas e a necessidade de sobrevivência diante da brusca mudança decorrente da colonização, fez com que os que estavam e os que chegaram à região precisassem criar ou recriar seus “novos mundos”, com novos hábitos e, nesse caso, com novas formas de lidar com a saúde, aprendendo a utilizar remédios retirados da floresta e juntar com os trazidos da Europa e da África.

Os contextos históricos envolvidos no processo de colonização da região amazônica e as formas como cada povo lidava com a saúde coletiva apresentam um sincretismo e uma diversidade de práticas de cura que existem até os dias atuais. Portanto, ao abordar a figura dos agentes da benzeção e produtores de garrafadas, e suas relações com a comunidade que utiliza de seus serviços, observou-se a valorização desses profissionais da cura por parte dos usuários, visto que há intensa procura da medicina popular e, comprovação da eficácia das práticas.

Na caracterização dos participantes desta pesquisa, notou-se que a benzedeira que tinha menos tempo de prática desse ofício, benze e produz garrafadas há aproximadamente 10 anos e a que têm mais tempo de prática já benze há aproximadamente 50 anos. O relato ao questionamento sobre o tempo de prática do ofício da benzeção nas comunidades quilombolas pesquisadas, as respostas são bastante variadas,

Aproximadamente 15 anos (Entrevistado 01).

Olha, que eu moro aqui faz 28 anos, como ele falou. Só que tem que eu comecei, eu tô com uns 10 anos, mais ou menos, que eu faço isso (Entrevistado 02).

Mais de 20 anos (Entrevistado 03).

Faz muito tempo. Não sei responder (Entrevistado 04).

Olha, eu já tinha uns 18 anos, mais ou menos.” (Entrevistado 05, a participante tem 68 anos, atualmente).

Eu? Não sei nem lhe dizer, não. Eu tinha uns trinta e poucos anos (Entrevistado 06, a participante tem 57 anos, atualmente).

Entende-se que os praticantes da medicina popular nessas duas comunidades, assim como afirmam os estudos de Gomes e Pereira (2004) são pessoas que detêm habilidade especial, descrito por elas como dom, e são referências de cuidados em saúde na região da Cabeceira de São Paulo. Percebe-se que algumas iniciaram esse trabalho quando ainda estavam saindo da fase da adolescência, já assumindo a responsabilidade do ofício em prol do bem estar e da qualidade de vida de quem as procuram.

Outro ponto de destaque da pesquisa refere-se à aceitação da medicina popular por parte dos populares. Desde o período colonial há um processo de não aceitação e marginalização dos modos de vida das práticas de cura utilizadas pelos povos indígenas e africanos. As formas europeias de cuidados em saúde, porém, se mostraram insuficientes para gerar (mais) qualidade à saúde das pessoas que

habitam a região amazônica. Entretanto, mesmo na condição de modelo insuficiente, a medicina oficial, pautada em moldes europeus, ainda é tida como modelo hegemônico e, às vezes, marginalista ou excludente de modelos heterogêneos aos seus. O sistema de atenção à saúde desenvolvido através de conhecimentos e práticas proposto por Langdon e Wiik (2010) pode ser considerado um sistema multicultural fortalecido distante do modelo biomédico, e que, a partir das necessidades sociais e culturais das populações que dele fazem uso, deveria ser ainda mais consolidado por gestores da saúde oficial.

Apesar da existência da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, que apresentam um caráter científico e validam práticas ditas “não oficiais” de cuidados em saúde, todos os participantes responderam que não há apoio da gestão pública municipal, estadual ou federal, que representam o modelo oficial de saúde. Apenas a E2 afirmou que o apoio existe, pois o agente de saúde da comunidade tem conhecimento da prática e não emite reclamações ou preocupações com os procedimentos da prática de benzeção. A narrativa da E2 parece mesmo considerar que o fato de o representante da saúde oficial (ASC) não criticar a prática, já pode ser considerado um auxílio ou mesmo um apoio de legitimidade a essa prática.

Como afirmado por Quintana (1999), o reconhecimento pelo grupo social do trabalho dos agentes de benzeção são fundamentais para que continuem realizando suas práticas de cura, mesmo que não sejam validadas pelo sistema oficial. Cada oração bem sucedida e/ou garrafadas que curam os males apresentados validam ainda mais a importância das práticas populares. Notou-se que os comunitários buscam diariamente os praticantes da medicina popular que, especificamente nessas duas comunidades se dividem em especialidades e, inclusive, encaminham os usuários para as outras benzedadeiras, quando percebem que o caso atendido não faz parte da especialidade que lhe foi concedida.

Sobre os motivos pelos quais a comunidade costuma procurá-los, os entrevistados narraram que:

Só pra tirar espinha. Se sente assim que engoliu uma espinha, aí eles vêm aqui (Entrevistado 01).

De anemia, quebranto, problema de estômago também eu faço...que eu sei qual é o remédio que utiliza. Sempre me procuram (Entrevistado 02).

Ezipla; as vezes quebranto. Ezipla dá na ferida da pessoa (Entrevistado 03).<sup>13</sup>

Pra Espinha de peixe descer. Ela desce. Quando não desce, ela sai pela boca. Quando ela desce, vai baixando (Entrevistado 04).

Pra mim benzer a criança. Aí eu benzo pra quebranto. Eu benzo a criança duas, três vezes. Aí tem que pagar. Aí me paga dois reais, um real, ou algum produto. Porque não vai fazer... Se não me pagarem não faz efeito (Entrevistado 05).

Olha...eu...eu conserto (com o dedo, sem reza), eles vêm me procurar pra benzer, e pra curar mordida de cobra. É a única coisa que eu sei fazer (Entrevistado 06).

Dentre as especialidades apresentadas pelos participantes, um acometimento citado por E3 foi o que ele chama de “Ezipla”, nome popular para a Erisipela. O participante afirma que cura a Ezipla através das orações, sem a indicação de remédios. Além da narrativa de E3 que evidencia um tipo de doença e assume fazer a bênção por meio da palavra, os outros participantes também promovem saúde a partir da palavra. Apenas um dos entrevistados, E6, apresentou que faz o procedimento com o dedo sem reza, somente com a benzeção, confirmando estudos feitos por Gomes e Pereira (2004), sobre o uso e o poder da palavra nos processos de cura.

Ora, entendemos por promoção de saúde, enquanto política pública do SUS, ações e práticas voltadas para a prevenção de doenças, com estratégias para que as pessoas não se exponham a fatores determinantes e condicionantes de doenças. Na medicina popular e nos motivos pelos quais as pessoas buscam os agentes de benzeção, pode-se entender como promoção de saúde, por exemplo, a reza para quebranto, já que existe, também, o fator proteção na reza que evita que a criança seja acometida por algum mal. A benção para desengasgo de espinha de peixe e a cura de picada de cobras também são citados como procedimentos frequentemente solicitados aos benzedeiros, razão pela qual a narrativa memorial expressa com mais precisão.

Uma afirmação que chamou a atenção foi a de E5 quando narra que o pagamento é importante e influencia na eficácia do tratamento, que contrapõe ao

---

<sup>13</sup> Ezipla (*sic*), citado pelo entrevistado é um genérico local para *erisipela*, uma condição inflamatória causada pela bactéria *Streptococo beta-hemolítico*, do grupo A. Ela atinge a derme e o pâncreo adiposo (tecido celular subcutâneo) da pele humana, capaz de envolver também vasos linfáticos. Seus sintomas podem ser vermelhidão no ponto epitelial onde está ocorrendo a ação da bactéria, edema (inchaço), calor e dor no local acometido. Pode ainda ser estendido para febre, calafrios, mal-estar, gânglios aumentados e até mesmo vômitos.

que afirmam Gomes e Pereira (2004) que os agentes de benzeção não consideram dinheiro como algo importante nesse processo de cura. Nota-se uma especificidade no trabalho deste entrevistado, fazendo parte de um processo cultural construído desde que começou a realizar a benzeção, dado que foi esse entrevistado que afirmou ter pagado para receber tais conhecimentos. O fato de este benzedor exigir pagamento pelo serviço da benzeção, não invalida a prática. Na narrativa de sua exigência, “Aí me paga dois reais, um real. Porque não vai fazer... Se não me pagarem não faz efeito”, está explícita a ideia de pagamento em espécie, mas à medida que a entrevista se desenvolve, notamos que o pagamento pelos serviços prestados pode também ser feito em forma de doação, como mantimentos. Contudo, o pagamento é visto não como uma retribuição econômica a um serviço comercial prestado, mas como uma retribuição de iniciativa do usuário da prática como forma de agradecimento aos serviços prestados.

Como já mencionado anteriormente, o reconhecimento de um bom curandeiro pode ser dado por quem o procura e torna válido o êxito de seu trabalho com a cura ou a amenização da enfermidade pelo tratamento, algo estudado por Quintana (1999), Gomes e Pereira (2004). Na presente pesquisa a comprovação da eficácia foi relatada pelos participantes que confirmaram o retorno da maior parte dos usuários e, também, com experiências de melhora imediata:

Têm umas duas senhoras aí que elas vêm aqui, elas retornam. Aí elas dizem que elas se deram bem, graças a Deus e que assim que elas recebam elas vão voltar e fazer de novo. Sempre elas me dizem assim (Entrevistado 02).

Não. (Nesse momento a filha diz: Têm uns que já sai a espinha aqui. Não é cortando a sua conversa que é a senhora com ele, né? Mas ele benze, na mesma pisada, com poucas horas sai o osso da goela aqui mesmo. Graças a Deus. Olha ano passado, um senhor...ele é viúvo, minha mãe faleceu tá, dia 08 de março completou cinco anos. E aí veio um senhor dali, um vizinho. O meu sobrinho morava ali perto da casa dele, chegou e disse “titia, cadê o vovô?” Eu disse “Tá aí na frente, meu filho” e ele disse “Vovô é para o senhor ir ali acudir um que tá morrendo. É seu Valdir. Ele só já sabe jogar os braços” Olha mana, quando eu cheguei ele só fazia assim, olha – *nesse momento ela faz gestos com os braços* - jogando os braços e o papai rezando, rezando, rezando...Aí saiu um pedaço de osso. Osso de tatu. Grosso, preto. Saiu, mana. Tô lhe dizendo (Entrevistado 04).

Não. Elas vão daqui e já dizem que está bom (Entrevistado 06).

O retorno do usuário para novas bênçãos ou agradecimento não é necessariamente um critério justificador da qualidade ou da credibilidade do ofício da bênção. Nota-se pelas narrações que os rituais citados são concluídos com os usuários citados sendo curados ou tendo seus problemas solucionados no imediato

da bênção. Em caso de finalização do ofício e a retirada do usuário, mescladas à possibilidade deles não retornarem, os entrevistados manifestaram ponto de vista positivo. Para eles, não haveria necessidade do retorno visto que o ritual dá uma resposta positiva e eficaz de seus trabalhos, levando os usuários a não voltarem a lhes procurar, para refazer, por exemplo, a bênção:

Tem que não retorna. Mas eu acho que porque a pessoa tomou aquele remédio e não teve fé e tomou uma vez só. E só com uma não poderia ficar bom e você tem que ter a dieta. Você não comer peixe liso quando você tá com problema de inflamação. É...tudo tem seu detalhe (Entrevistado 02).

Tem. Porque eles ficaram bons. (Risos). (Entrevistado 03).

Não voltam porque eles melhoraram (Entrevistado 05).

Desses relatos apresentados, um olhar mais específico ao E2 que, anteriormente, já havia relacionado a cura com a fé do usuário e, nessa pergunta, acrescentou a necessidade de se ter uma dieta atrelada ao processo de benzeção. Logo, Somente um entrevistado, E2, dará uma narração mais detalhada sobre o não retorno, e culpabiliza duas atitudes do que recebeu a bênção, a falta de fé e a instabilidade no uso do medicamento. No relato, o participante afirma a recomendação de não comer “peixe liso” (sem escamas) quando há a existência de inflamação acometendo o indivíduo. Na Amazônia, peixes sem escama são considerados “remosos”, ou seja, com potencial inflamatório e que dificulta a cicatrização, o que no plano espiritual se justificaria a repetição do ritual e do uso medicamento espiritual, pois sem a repetição a cicatrização fisiológica ou espiritual não poderá ocorrer a bom termo.

No decorrer da pesquisa, constatamos, a partir dos relatos dos agentes da benzeção, a intensa procura pelas suas práticas, existindo as especialidades e o próprio conhecimento dos comunitários quando buscam esses cuidados em saúde. Entende-se que, mesmo com a presença da medicina oficial na comunidade São José – já afirmamos que esta comunidade sedia uma pequena unidade básica de saúde – e com a facilidade de acesso ao hospital da cidade de Óbidos - que pode ser alcançado em até duas horas de barco ou uma hora via terrestre em período de vazante –, procura pela medicina popular é um hábito presente no cotidiano das duas comunidades, devendo os agentes de práticas de benzeção ser reconhecimentos como legítimos práticos de saúde que atuam de forma colaborativa com o sistema oficial de saúde do município.

### 3.5.3. Quanto ao conhecimento específico da prática de benzeção

Embora os agentes de benzeção façam uso de instrumentos diversos no ato de benzer e curar, a prática da benzeção investigada em nossa pesquisa é ainda apresentada como um ofício oro-gestual (GOMES; PEREIRA, 2004). Em outros termos, é por intermédio das palavras que as benzedeadas estabelecem uma comunicação com o transcendente. Essas palavras, que no rito tornam-se orações e rezas carregam no seu significado um poder que eleva a benzedead, o adoentado, os presentes e o ambiente do ritual a um patamar espiritual (ou transcendental) a condição de mudança da realidade e assim a cura poder ser processada, restabelecendo o equilíbrio desejado. Gomes e Pereira (2004) afirmam que com as palavras proferidas. “o benzedor intimida, reduz, extirpa os males; consola e orienta os pacientes. Cria, enfim, mecanismos linguísticos que agem concretamente sobre os malefícios” (GOMES e PEREIRA, 2014, p. 30).

Entretanto, é importante considerar que as benzedeadas não costumam elevar o tom da voz para pronunciar as orações e às vezes sequer permitem ao usuário acesso à pronúncia da oração que costuma ser feita na forma de sussurro ou balbúcio, ou mesmo pelo silenciamento. Nossa pesquisa revela a exclusividade do uso de tais formas de benzeção manifestada pelas benzedeadas e pelos benzedores. Em nossa pesquisa, apenas E1 aceitou relatar qual oração é utilizada quando benze quem lhe procura para retirada de espinha de peixe da garganta, prática específica bastante comum nas duas comunidades pesquisadas:

Posso. É só uma pequena mesmo...só... Lembra daquela vez que eu te falei? (*risos*). Sempre minha avó rezava assim: “São Braz Viana, Cordeiro de Deus, obedeça Jesus Cristo pra que essa espinha suba ou desça” Aí faz “Em nome do Pai, do Filho, do Espírito Santo, Amém.” E continua “São Braz Viana, Cordeiro de Deus, obedeça Jesus Cristo pra que essa espinha suba ou desça”, faz de novo pelo sinal e continua “São Braz Viana, Cordeiro de Deus, obedeça Jesus Cristo pra que essa espinha suba ou desça”. Três vezes. Aí a minha avó sempre me dizia “Olha se a gente rezar e errar é sinal de que está difícil, a espinha não quer sair, está assim meio complicado”. Mas graças a Deus, até aqui, todas as vezes que eu rezo nunca me compliquei assim no meio da reza (Entrevistado 01).

Se por um lado, E1 revelou uma das orações, por outro lado E2 e E5 manifestaram e confirmaram a tese de que a reza pertence à benzedead e ao benzedor, e que para ter acesso a elas, é exigido bem mais do que dar-se conhecê-las sem o compromisso ritualístico. Ou seja, o acesso ao conteúdo da narrativa da reza parece proibido a quem não está apto ao ofício da benzeção:



Não posso falar. Mas elas servem pra quebranto, servem também pra responso se você perdeu uma coisa, se você tiver fé. Entendeu? (Entrevistado 02).

Reza, reza? A senhora diz? (risos) Não, eu não posso. Porque quando eu tô benzendo a criança eu não nem rezo alto, é só comigo. Quando eu começo a benzer, a flor...a planta murcha. Pega lá uma vassourinha (*nesse momento pede para o neto pegar uma vassourinha no mato*). Aí ataca muito o meu olho e escorre uma água do meu olho. Da benzeção, quando tem muito quebranto, depois de benzer vai dar uma abertura de boca, é um sono, um sono, uma dor na cabeça. É isso que tô lhe dizendo (Entrevistado 05).

Destaque merece para essas duas narrações. Quando solicitadas a revelarem algumas de suas rezas, as entrevistas de imediato recorreram ao silenciamento, não quebrando o caráter sigiloso de suas práticas, sob a pena de a força das orações perderem sua eficácia. E5 detalha que “da benzeção, quando tem muito quebranto, depois de benzer vai dar uma abertura de boca, é um sono, um sono, uma dor na cabeça. É isso que tô lhe dizendo”. O silêncio adotado por ela para não revelar as orações que faz no ato da benzeção pode ser considerado uma estratégia ritualística fundada na crença de que não revelar o conteúdo da reza significa preservar e fortalecer a possibilidade do objetivo ser alcançado, que é promover a cura. O que também chama a atenção de nossa investigação no relato de E5 é o destaque para os efeitos que a benzedeira diz acontecer após realizar a benzeção, no papel de intermediação com o sagrado. Nessa circunstância, há o esforço e a utilização do sagrado visando o bem estar da pessoa adoecida, mesmo que para isso haja a precarização da saúde da própria benzedeira.

O fato desses dois entrevistados e dos outros não aceitarem relatar suas orações já era esperado, pois existe a crença de que nem todas as pessoas nascem com o “dom” de benzer estão habilitadas ao ofício. Somente quem é preparado para realizar a prática pode ter conhecimento das rezas e outros instrumentos utilizados nos rituais de cura.

Notemos para o detalhe da fala de E2, que apresenta o “responso” como uma das causas pelas quais a benzedeira é procurada para benzer. O objetivo de rezar responso é encontrar objetos perdidos ou roubados. O termo responso deriva do latim *responsus*, sendo associada, na Idade Média, à Igreja Católica e a Santo Antônio que, entre suas diferentes funções, está o de adivinho de coisas perdidas.

Outro aspecto que a investigação trouxe à tona foi o fato de que as pessoas que participaram desta pesquisa, mesmo apresentando algumas especificidades das

suas práticas, como por exemplo, utilizar ou não plantas para realizar seus atos de cura ou seguir algumas recomendações para a realização da prática, não consideram seguir algum ritual ou lugar específico para a realização do ofício:

Às vezes quando tem muita gente aqui na sala, eu levo lá pro quarto, quando não lá pra cozinha. E num momento assim, por exemplo, que esteja só eu e ela, mais ou menos pra gente se concentrar né? Na reza. Só pra se concentrar mesmo, não que esteja algum ritual, não (Entrevistado 01).

Não tem. Só chegar e eu faço (Entrevistado 06).

O fato das entrevistadas não reconhecerem um ritual não significa que elas não pratiquem um ritual, ainda que esteja não esteja normatizado ou definido dentro de estruturas sistêmicas e dogmáticas. O ritual da benzeção exige oração narrada, simbolização do espaço para a prática, a condição de submissão e confiança do adoentado, a participação muitas vezes passiva dos envolvidos. Sem essas condições, a comunicação da benzedeira com o transcendente e a possível barganha de cura se tornam inviáveis.

Ainda sobre a espiritualidade envolvida no ato da benzeção, questionou-se aos participantes sobre a prática de alguma religião e, dos seis participantes, quatro afirmaram ser católicos e dois disseram não seguir nenhuma religião. Elas narraram:

Como assim? Não. Só vou lá na igreja mesmo, aos domingos, escuto e só (Entrevistado 01).

Religião? É católica (Entrevistado 02).

Católica (Entrevistado 03).

Não. Nadinha. Meu velho pai que me ensinou (Entrevistado 04).

É essa nossa. Qual é? Católica (Entrevistado 05).

Católica (Entrevistado 06).

Sobre isso, mais uma vez o sincretismo existente nessa prática popular de cura precisa ser considerado. Estudos de Mendes e Cavas (2018) sobre o ofício da benzeção realizado por quilombolas apresentam a religiosidade sincrética, evidenciando que há nesse sincretismo as influências africanas, europeia e indígena brasileira. O contexto cultural construído pela população amazônica a partir da colonização está diretamente relacionado com o sincretismo da fé e apresenta, mais uma vez, a colcha brasileira de retalhos culturais.

Nessa junção de culturas e práticas de cura diversas, conforme já mencionado, há um processo de marginalização da benzeção e da utilização de

garrafadas, tanto pela medicina oficial, quanto por questões religiosas. Porém sobre a opinião da religião seguida pelos participantes desta pesquisa sobre suas práticas de cura, alguns não souberam responder e outros afirmaram achar que, por considerarem que o ofício praticado nas duas comunidades pesquisadas tem a função de promover o bem-estar humano e a qualidade da saúde, e que por isso não devem considera a benzeção como algo ruim. Em certos casos, há complementarmente à aceitação e ao respeito até gestos de agradecimentos.

Olha, também não sei né? Nunca eu ouvi eles comentarem nada, não falam nada. Não sei dizer se eles pensam coisas boas, coisas ruins (*risos*) (Entrevistado 01).

Essa prática eu creio que eles agradecem. Têm muitos que agradecem pelo que eu faço porque eles me procuram. Eu realmente não vou sair daqui de casa pra ir na casa do seu fulano, pra fazer. Não...é aqui em casa. E também ninguém me pega ali pela rua e diz "benze aqui meu filho". Negativo. Não faço. Aqui em casa pode chegar comigo qualquer hora (Entrevistado 02).

Olha...não sei nem responder, por causa que tudo o que eu faço, graças a Deus, dá certo né? (Entrevistado 06).

Ainda sobre a marginalização da prática, sabe-se que, além da religiosidade, a medicina oficial também exerce o papel de hegemonia quando se discute a prevenção e promoção de saúde no Brasil. Mesmo que já existam políticas no SUS que envolvem práticas populares, como já mencionado neste estudo, ainda há um distanciamento entre as práticas oficiais e as ditas populares e esse fato tem origem no processo de colonização. Embora nossas pesquisas teóricas esclareçam em bom termo que há uma espécie de marginalização das práticas curandeiras de agentes de benzeção de comunidades quilombolas na sociedade brasileira, as narrações dos entrevistados sobre essa questão se apresentaram como pouco notada pelos praticantes. A crença dos entrevistados está em que fazer o bem é um ato que está acima de processos discriminatórios, tendo o atuante a possibilidade de receber agradecimentos pelo bem praticado, e suas ideias são as de que suas práticas estão necessariamente ligadas à promoção do bem.

Talvez essa situação apresentada pelos sete entrevistados tenha sua explicação no fato de quatro deles terem afirmado participar dos rituais católicos, dois que afirmaram não frequentar casa religiosa alguma, e uma que se absteve de responder. O sincretismo dos rituais religiosos entre o catolicismo e as religiões de matriz africana é uma característica marcante na vida das comunidades quilombolas

pesquisas. Há nesse sincretismo um grau interdito que prima pela tolerância ou mesmo pela aceitação de uma hierarquização religiosa, que condiciona o catolicismo como religião dominante e as manifestações religiosas de matriz africana como de estrutura colaborativa e subjugada, estabelecendo uma relação de ordem, e nessa relação os acordos tecidos nas redes culturais que lidam com a saúde são amarrados pelos fios da linguagem, pelas relações de parentesco, e até mesmo pela condição do respeito à sabedoria dos mais antigos, são feitos e respeitados.

Os participantes desta pesquisa também nos apresentaram outro dado que nos ajuda na compreensão da relação entre hábitos culturais e saúde coletiva. Eles se afirmaram credores da eficácia da benzeção e das garrafadas recebidas e usados pelos seus seguidores. Além dessa afirmação, as benzedadeiras se mostraram capazes de realizar encaminhamentos quando percebem que a medicina oficial pode contribuir para a cura daquele indivíduo em colaboração com suas medicinas populares. Outro ponto a ser analisado é que dos sete entrevistados, apenas dois confirmam a procura de médicos, enfermeiros, agentes de saúde, ou outro profissional da saúde pelos seus serviços, seja para se submeterem à prática, seja para buscar informação, seja para estabelecer regime de diálogo. Ressalta-se nessa análise o depoimento de E2:

Não. Nunca, nunca, nunca. Eu não sei se eles não acreditam ou se eles não têm vontade pra vir né? Não sei. Aí que eu não sei. Porque a coisa é meio difícil né? Porque tudo, qualquer coisa que sente vai pro médico né? O médico aqui fica mais difícil. Você tem que ir pra Óbidos. Realmente, eu sempre digo, eu gosto de falar o português claro, tem gente que quando lida com muita planta, eles chamam logo de macumbeiro né? Mas eu creio que eu não sou. Eu sou pajé. É, mas não sou macumbeira porque macumbeira é quem faz feitiço e eu não sou (*risos*). É...é porque eu planto muitas plantas, têm muitas plantas que eu não dei o nome porque a minha vista já está ficando devagar. Eu digo, olha, se minhas plantas vocês não zelarem, vai acabar. Vem muita gente fazer procuração, olha já veio gente de Oriximiná aqui, ver planta. Aí eu dou, eu vendo...eu dou assim, digamos que você olha aquela planta, eu dou pra senhora, se a senhora puxar cinco reais e me der eu agradeço, mas eu não posso cobrar. É mesmo que ser benzer, não cobro, se a senhora tiver uns dois reais ou três a senhora vai me dar, mas eu não vou cobrar porque eu tô me prevalecendo. É, e tem tudo isso. Porque se eu cobrar, vai ver a pessoa saindo e eu “bum” (*faz gesto de quem vai cair*) pra aí, agora quem vai acudir ela? Aí meu marido podia me levantar de lá, mas não sabe o que é a significância, né? (*risos*) (Entrevistado 02).

Já. Médico, enfermeiro (Entrevistado 03).

Não. Eles vêm aqui por causa de outras coisas. Teve um que... Veio um dali do Matá que eu cuidei do filho dele, mas que cobra mordeu...esse é agente de saúde (Entrevistado 06).

Sobre os motivos da procura, apenas E6 informou que foi procurada para benzer e realizar a cura de um filho de agente comunitário de saúde que havia sido picado por uma cobra. E6 é considerada referência na comunidade que mora e atua (CQM São José), por ser vista como detentora do dom de curar com reza e remédios naturais as pessoas que picadas por cobras. A mesma entrevistada ressalta que os representantes do modelo oficial de saúde procuram as benzedadeiras somente quando a medicina oficial não consegue resolver o problema. E6 é incisiva: “eles só vêm quando eles precisam mesmo... quando o negócio tá feio”.

E2, em sua narração, assume a identidade de “pajé” para contrapor e até mesmo se diferenciar de pessoas que lidam com feitiçaria, visto que ela não vê seu trabalho como feitiçaria. A entrevistada demonstra em sua fala elementos já abordados nesta pesquisa, porém importantes de serem ressaltados. O temor à marginalização de sua prática aparece indiretamente no trecho de sua narrativa, quando afirma não ser “macumbeira” e atrela esse adjetivo a práticas de feitiçaria. Cabe apresentar aqui uma ponderação que nos ajude num entendimento mais sensato da questão. Em algumas culturas indígenas, a feitiçaria, assim como o xamanismo, está atrelada aos corpos adoecidos, porém é tida como algo ruim, capaz de matar. Em estudos de Barcelos Neto (2006) com etnias do Alto Xingu, a feitiçaria foi tida como oposta ao xamanismo feito por pajés. Enquanto o feitiço é tido como representação da tristeza-morte e se aproveita da fragilidade do corpo do adoentado para sugar suas energias até o definhamento, o xamanismo representa a cura que proporciona bem estar e age ritualisticamente para resgatar o adoentado das forças da natureza que o aprisionam na condição animalesca. Se notarmos essa postulação e relacionarmos à fala de E6, que se autodeclara “Pajé”, pois se percebe atuando para fazer o bem.

Outro ponto que a pesquisa trouxe para análise, ainda sobre a medicina oficial, diz respeito a quando foram incentivados a emitir suas opiniões sobre remédios vendidos em farmácia com relação às garrafadas e saberes tradicionais, os entrevistados foram unânimes em afirmar suas preferências na utilização da medicina popular,

Eu tenho mais fé nas minhas plantas, nas minhas ervas (Entrevistado 02).

Prefiro garrafada. Tenho mais confiança na garrafada. Tomo remédio de farmácia, mas não tenho muita fé (Entrevistado 03).

Confio mais neste aqui (*segurando um ramo da planta vassourinha*). Aí eu ensino o chá da vassourinha...da vassourinha não, da marrequinha (*Nesse momento o filho que está aprendendo explica que é uma planta medicinal*)... Do, como é o nome desse aí? Do Marupázinho, folha de goiabeira branca e uma folha de pimenta malagueta. Não é a pimenta, é a folha. O chá pra dar pra criança. E aí o negócio do soro caseiro né, que a gente faz (Entrevistado 05).

Pra mim é o remédio natural. Porque eu consumo mais ele de que o outro. Eu consumo assim remédio de farmácia né? Mas, como diz a minha mãe, é o da panela. Faço pra mim, para os meus filhos, duas crianças que eu tenho...o meu marido. Pra mordida de cobra eu rezo e passo remédio natural que eu faço. As pessoas me ligam pra eu ensinar e eu ensino. Mas não faço pra vender não (Entrevistado 06).

Uma definição bastante geral sobre garrafadas é a de elas são produtos resultantes de combinações de plantas medicinais veiculadas em bebidas alcoólicas. A bebida veicular mais utilizada nessas garrafadas é o vinho, podendo ainda ser encontradas com mel, vinagre ou água, ou ainda bebida destilada como a cachaça. De acordo com Dantas (2008), a história do surgimento das garrafadas no Brasil nos leva ao até o período de aparecimento da formulação *Triaga Brasilica*, uma panaceia feita à base de vinho, mel e ingredientes 'secretos', que fora inventada pelos jesuítas do Colégio da Bahia, por volta do século XVI. Essa panaceia era uma das diversas misturas medicinais que compunham o rico acervo das boticas jesuítas instaladas sempre ao lado de seus colégios. A busca pela fórmula ideal do remédio curador incluía o domínio de conhecimento da fauna, flora e minério das terras brasileiras, e também a apropriação do conhecimento erveiro e curandeiro dos índios do País.

Podemos considerar que a Triaga Brasília foi uma versão *tupiniquim* da antiga Teriaca inventada pelo médico pessoal do imperador Nero, Andrômaco o velho. A receita da Teriaca romana fora difundida pelo médico de Pérgamo, Galeno, em sua obra "*De therica ad Pisonem*". A panaceia jesuítica, apesar de sua constituição possuir dosagem e formas novas de mistura, era baseada na receita formulada no período antigo romano e sua divulgação era feita somente quando do consumo, mantendo-se as formulações do produto em segredo, pois era de cultura da época se acreditar que manter em sigilo a formulação era fundamental para que as triagas pudessem ser eficazes e considerados remédios divinos ou mágicos. Vejamos que o elemento religioso/espiritual presente na medicina popular contemporânea e que encontramos também nas comunidades por nós pesquisadas, nos remete a essa época, cujo modelo de formulação e sigilo da fórmula, produção e

divulgação das garrafadas remonta a movimentos históricos de fabricação de garrafadas e a promessas de curas milagrosas.

João Curvo Semedo, antes de 1716, já mencionava a triaga brasílica em sua obra *“Memorial de vários simplices que da Índia Oriental, da America, & de outras partes do mundo vem ao nosso Reyno para remedio de muytas doenças”*. Ele escreve que:

No Collegio dos Religiosos da Companhia de Jesus da Bahia, se faz huma Triaga chamada Brasílica, composta de várias plantas, raízes, ervas, frutos, & outras que nascem no Brasil, dotadas de tão excellentes virtudes, que cada huma só per si pòde servir em lugar de Triaga Magna; pois com algumas das raízes, de que se compoem este Antídoto, se curam no Brasil de qualquer peçonha, & mordedura venenosa, como também de outras enfermidades, só com mastigallas; & a experiencia tem mostrado, que senão he melhor que a Triaga Magna, não he inferior a ella; porque eh efficacissima contra todo o veneno (excepto os corrosivos) como he o solimão, & o rosalgar (SEMEDO, 1716, 17-18).

Essas preparações que até os dias atuais são difundidas em todo o território nacional entre a população possuem a finalidade de produzir efeitos terapêuticos diversos. Administradas por via oral, tópica ou por meio de inalação, as garrafadas são produzidas a partir de soluções extraídas de uma variedade de espécies vegetais com o uso de um extrator que contenha estrutura hidroalcoólica (LEITE, 2012).

Nossa pesquisa sobre a lida dos entrevistados com relação às garrafadas resultou em que, embora todos os pesquisados tenham se mostrado receptivos e abertos a indicar garrafadas para uso medicinal, apenas um entrevistado afirmou ser produtor de garrafadas, fazendo uso dos mais diversos ingredientes para a produção. Entretanto, dado que o entrevistado tenha preferido o silêncio a comentar sobre a produção e as formulações de suas garrafadas, não foi possível apresentar detalhamento deste tópico, exceto que os participantes acreditam na eficácia das suas práticas e da cura pela natureza, algo já esperado pelos pesquisadores. Ainda assim, não podemos negar o fato de seu uso no ambiente quilombola como produto com formulações particulares e sigilosas, e que são recomendados por benzedeadas e benzedeiros.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação, que inclui os estudos teóricos para o estabelecimento de fundamentos e referenciais que nos permitisse aprofundar nossa compreensão sobre o tema que nos propusemos pesquisar, a ida a campo para as inserções culturais, acadêmicas e de pesquisa e o desafio da pesquisa de abordagem qualitativa, desde sua concepção, o roteiro de entrevistas, a visitação aos entrevistados, a coleta de dados, as análises e o debate que todo esse material nos proporcionou fazer sobre “O Benzer Quilombola: a resistência ao Modelo Oficial de Saúde e o fortalecimento de comunidades afrodescendentes de Óbidos-Pará”, nos rendeu resultados surpreendentes sobre os hábitos culturais, a saúde coletiva e a força da religiosidade/espiritualidade das duas comunidades pesquisadas.

Propusemos no início de nossa caminhada de estudos, pesquisa e escrita da dissertação, responder a uma questão científica que embasou todo o percurso, a saber: *como a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo oficial de saúde, Interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando na qualidade da vida das pessoas e fortalecendo os hábitos culturais saudáveis?*

Dada a complexidade da abordagem proposta, a de apreender as vozes narrativas de benzedeiras, benzedeiros e produtores de garrafadas e, com base em seus depoimentos, tecemos uma produção científica que prima por um tipo de conteúdo epistemológico que seja refratário a uma ciência reducionista ao comprovativo binário do verdadeiro e do falso, mas que também seja sensível à temática dos conhecimentos de comunidades tradicionais, especialmente, aquelas com histórico e memória vinculados à matriz africana. Temos ciência dos riscos que esse tipo de empreitada envolve e da necessidade de proteção do valioso material que uma pesquisa desse tipo pode propiciar, visto que as vozes que, por um longo tempo estiveram ausentes do espaço científico, agora estão sendo manifestadas por intermédio de pesquisas do tipo que assumimos desenvolver. A proteção também implica assegurar o direito que os sujeitos participantes da pesquisa têm de continuar a transmitir a seus sucessores o conhecimento que possuem sem qualquer impedimento, críticas desnecessárias e evasivas ou ressignificações de seus pensamentos e ofícios, que materiais resultantes de suas falas possam dar margem. Há neste sentido de nossa parte, um reconhecimento acadêmico da



riqueza de conhecimento que os participantes evocaram sem qualquer dependência do lastro científico.

Nossa pesquisa seria impensada sem a contribuição dos mais antigos agentes de benzeção das comunidades quilombolas/mocambos Silêncio do Matá e São José. Suas narrações e expressões memórias para recompor a história de seus ofícios de benzeção, não somente ajudaram em um repensar a história afroamazônidas na região do Baixo Amazonas, como também serviram para afirmarmos a importância da tradição dos saberes sobre o ato da benzeção, o uso de plantas para fins medicinais, a reza como instrumento de cura, e o sistema popular de saúde como fundamental para que haja qualidade na saúde dos comunitários das comunidades envolvidas.

Apesar das dificuldades encontradas durante a pesquisa, os objetivos propostos foram alcançados e a questão norteadora pode então ser respondida, pois os dados coletados direcionados por ela esclareceram diversas dúvidas a respeito do tema “o benzer quilombola” e nos permitiram produzir uma análise para encontrarmos respostas que satisfaçam a questão de como a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo oficial de saúde, provocando interferências decisivas na forma comunidades remanescentes de quilombos do Baixo Amazonas lidam com a saúde coletiva, e gerando qualidade da vida por meio do incentivo a hábitos culturais saudáveis.

A pesquisa também nos levou a discutir como a figura do benzedeiro resistiu e resiste ao que denominamos de modelo colonizador ou modelo oficial de saúde. Tal questão se faz pertinente, pois o europeu quando aqui aportou, trouxe consigo toda a sua gama de conhecimento e meios de enfrentamento das intempéries e possíveis adoecimentos, incluindo garrafadas dotadas de material farmacológico. Neste sentido, nossa pesquisa inclui a apresentação de uma garrafa tipo boticária de fabricação inglesa, datada do final do século XIX, que é parte do acervo do Museu Integrado de Óbidos para referendar tal premissa de nossa discussão. O que os europeus consideravam pífio era que a floresta era um ambiente repleto de “novas doenças”, nunca antes vistas por tal colonizador, e que exigiria dele bem mais do que o material médico trazido da Europa.

O modelo de cuidados com saúde de comunidades indígenas e o modelo organizado pelas comunidades de matriz africana teriam que ser considerados como coparticipantes do sistema nacional de saúde, visto que o modelo colonizador que

se apropriou do espaço oficial mostrou-se insuficiente na sua tentativa autossuficiente de lidar com doenças tropicais. Mesmo com a necessidade de adaptar suas práticas as da floresta, as formas de cuidado à saúde baseadas na medicina europeia, até hoje são consideradas hegemônicas. Além desse contexto histórico, não se deve esquecer que o negro escravizado também não era nativo da região amazônica e precisou formular estratégias para o enfrentamento de suas doenças, o que ocorreu por meio das práticas de benzeção, do uso de plantas para fins medicinais da grande flora amazônica e da utilização de garrafadas para o cuidado com a sua saúde.

Investigar hábitos culturais amazônidas e a questão da saúde coletiva de comunidades quilombolas requer além de uma imersão no cotidiano amazônico, um aprofundamento nos aspectos históricos desde o período da colonização, perpassando pelos dias atuais e, também, considerando as histórias contadas e repassadas através da oralidade, de geração em geração. Esta pesquisa buscou, dentre outras coisas, dar voz aos que chamamos de agentes da benzeção, objetivando contribuir para uma desinvenção da história dos mocambos da Amazônia, pois quando a mesma não é apresentada a partir dos registros do colonizador, é ignorada em sua existência enquanto mocambo para boa parte da região amazônica e do País. Por isso, que nesta pesquisa damos ênfase às narrativas orais e manifestações memoriais, por meio de conversas e depoimentos de pessoas que vivenciaram certos contextos, em um determinado tempo e espaço.

Os relatos das histórias contadas por essas pessoas foram de extrema importância para nossa pesquisa, pois com suas falas pudemos dissertar sobre uma das experiências mais fundamentais da vida quilombola no Baixo Amazonas, sua lida diária com a questão da qualidade de vida. Daí a importância dos relatos orais para a construção da história da comunidade e para a preservação da memória de seus moradores, quanto a seus hábitos culturais e o trato com a saúde coletiva por meio do ofício da benzeção e da produção de garrafadas medicinais.

Os aspectos identitários que constituem a população brasileira estão baseados em diversidades de modos de vida advindos do processo de colonização. Na Amazônia em específico houve de fato uma necessidade de interação de hábitos, principalmente, de saúde, entre os povos originários, o colonizador e o escravo desenraizado para possibilitar a sobrevivência das três matrizes em um ambiente de alta complexidade, que é a Amazônia e sua densa floresta tropical.

Nossas pesquisas confirmam que nesse contexto, medicamentos fabricados pelos boticários portugueses e trazidos nos grandes navios foram enredados com remédios da floresta, e essa mistura também ganhou ingredientes dos africanos e seus descendentes, e foram juntadas pela dinâmica transcendental das religiões das três matrizes que também se mesclaram, entremeio a conflitos e confrontos, para que dessa grande colcha de retalhos os povos da Amazônia fossem produzidos seus hábitos culturais de saúde. Sobre esse entrelaçamento cultural originado durante o processo de invasão, colonização e exploração portuguesa do País e em específico da Amazônia, vale ressaltar que foi permeado por conflitos e marginalizações das culturas indígenas e africanas. Contudo, também foi próprio do ambiente de mistura cultural que esses dois povos marginais aos colonizadores, os indígenas e os africanos, fizeram suas relações sincréticas para sobreviverem por meio de práticas religiosas e adaptações de ofícios de cura.

Dessa dinâmica complexa, fizemos um recorte de pesquisa que pudesse gerar resultados no formato de dissertação, a saber, a importância da medicina popular utilizada nos quilombos da floresta a partir do ofício de benzedeiros, benzedeiros e produtores de garrafadas. A benzeção e as garrafadas produzidas nos quilombos estudados possuem especificidades advindas desse entrelaçamento de culturas e presentes na composição da história da Amazônia. Porém, não se pode deixar de mencionar que nas duas comunidades pesquisadas, o ato de benzer ao longo do tempo foi perdendo sua memória africana para dar lugar a uma memória que seja própria da Amazônia. Exemplo dessa recomposição histórica e memorial é a ação de retirar espinha de peixe de garganta de pessoas engasgadas. A ação apresenta uma especificidade amazônica do consumo de pescado e da utilização da reza para curar a garganta lesionada, ainda que o sincretismo católico incluía na reza do agente de benzeção o nome do santo do desengasgo, São Braz.

O entendimento de cultura, através de sentidos e significados dados às vivências cotidianas se apresentou neste estudo, por meio das narrativas dos praticantes da benzeção quando relatam a intensa busca dos comunitários por seus serviços e, principalmente, a crença incondicional e necessária nas rezas e na ervas médicas. Observou-se que, pelo testemunho dos narradores entrevistados, a busca pelas práticas de benzeção feita por comunitários e por pessoas de cidades vizinhas demonstra e comprova de maneira enfática e científica a resistência secular da medicina popular quilombola local ao modelo oficial de saúde.

Obviamente que não se pretende nesta pesquisa lançar juízo de valor hierárquico, sobrepondo a prática popular de saúde e, menos ainda, minimizar a importância da maneira biomédica de cuidar da saúde, ainda que esta tenha sido a forma do colonizador lidar com o modelo de cuidado da saúde diverso ao oficial. Nossas considerações são de ponderação na relação entre o hegemônico modelo oficial que, com a presença de um posto de saúde que atende as duas comunidades, com o transporte diário que permite o acesso a hospitais e médicos, ainda carece da intensa utilização das rezas e garrafadas como práticas de saúde nas comunidades quilombolas pesquisadas e, que se estendem às outras comunidades da Cabeceira de São Paulo até alcançar a cidade de Óbidos e cidades vizinhas. Se o modelo popular de cuidado com a saúde vive desde suas origens históricas a mais de três séculos na Amazônia, sem uma necessidade capital do modelo oficial de saúde, o contrário não é recíproco. O modelo oficial de cuidado da saúde estaria completamente falido se o modelo popular parasse de funcionar nas comunidades do Baixo Amazonas.

Quando esta pesquisa foi pensada, as ideias permeadoras se deram em torno de como aconteciam as práticas das benzedadeiras e produtoras de garrafadas em duas comunidades quilombolas, buscando investigar as especificidades das atividades realizadas para obter-se a cura. Essa ideia inicial nos permitiu discutir como, em um período permeado por discussões e tecnologias voltadas a melhoria da qualidade nos cuidados em saúde, a medicina popular ainda resiste frente a um modelo oficial e biomédico.

Nesse caso, o uso do termo resistência, na pesquisa, não se adequa a um contexto de embate ou relutância em aceitar ou utilizar o modelo oficial que nos é posto, mas de um conservar-se firme, não sucumbindo e não cedendo de seus valores e saberes que se provaram ao longo de sua história como recurso válido e fundamental à sobrevivência coletiva e sua qualidade existencial. Um resistir que é também um persistir teimosamente na confiança em práticas marginalizadas e marginais que sempre demonstrou e demonstra sua eficácia cotidianamente nas vidas das populações quilombolas da região do baixo amazonas, diante do modelo oficial de espírito colonizador e cínico, porque propõe atendimento ao conjunto da população a partir de sua própria parafernália médica, desqualifica e deslegitima os modelos populares, e ao final das contas, sua estrutura não consegue levar a termo seus propósitos. Ainda assim não se permite o acordo, o reconhecimento e o

regimento colaborativo entre ambos os modelos em prol da melhoria da qualidade de vida e saúde, principalmente, das populações do interior da floresta Amazônica.

Ressaltamos em nossas considerações, que a confiança nas ervas enquanto curadoras e nas rezas jamais ditas a qualquer pessoa se apresentam como uma das principais questões abordadas nesta pesquisa. Quando se pensa em comprovação de eficácia, registramos os relatos dos agentes da benzeção que apontam que a fé é um dos principais “ingredientes” utilizados na composição do cuidado em saúde. Temos ciência de que trazer ao cenário de uma pesquisa acadêmica a temática da fé é algo bastante complexo, e neste texto trazemos esse componente enquanto experiência cultural, mas também temos ciência de que se está produzindo um tipo de ciência na contemporaneidade que se permite novos cenários epistemológicos complexos, interdisciplinares, integradores, e atentam para uma terceira proposta no rol de suas pesquisas, o viés da possibilidade enquanto equilíbrio entre os valores absolutos da verdade e da falsidade. Apegamo-nos a essa modalidade epistemológica da sensibilidade para produzir nossas pesquisas.

Por isso afirmamos, com base nos depoimentos coletados, e na convicção da correta opção de nossos procedimentos metodológicos que a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo oficial de saúde, Interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, e influencia decisivamente na qualidade da vida das pessoas, provocando o fortalecimento de seus hábitos culturais saudáveis e de saúde.

Logo e por fim, entendemos que os hábitos culturais de benzeção e uso de garrafadas existentes para com os cuidados em saúde nas comunidades de quilombos/mocambos Silêncio e São José fortalecem a saúde coletiva nessas comunidades. Portanto, como já defendido neste estudo, que problemas de saúde coletiva também são problemas culturais, as comunidades concebem seus processos de saúde a partir de como estabeleceram seus modos de vida, com base nas culturas que lhes foram postas (e impostas), entremeadas às que lhes são originárias e, claro, baseadas no conhecimento empírico produzido pela sensibilidade popular na sua vida cotidiana à margem do rio-Mar e dentro da floresta, respeitando o tempo que lhes é dado para a cura e, de não menos valor, mantendo vivo o conhecimento repassado oralmente desde os seus ancestrais.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. Tradução de Alfredo Bosi. São Paulo, Martins Fontes, 2007.

ALMEIDA, Carina Santos de; NÖTZOLD, Ana Lúcia Vulfe. **O impacto da colonização e imigração no Brasil Meridional: contágios, doenças e ecologia humana dos Povos Indígenas**. Em: Revista Tempos Acadêmicos - Curso de História. Nº 06 (2008) Florianópolis, ediunidesc. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/historia/article/view/431>> Acesso em: 02/09/2018

ALMEIDA, Rita Heloísa de. **O diretório dos índios: um projeto de "civilização" no Brasil do século XVIII**. Brasília, Editora UnB, 1997.

ARRUTI, José Maurício e FIGUEREDO André. **Processos Cruzados: configuração da questão quilombola e campo jurídico no Rio de Janeiro**. Em: Territórios Quilombolas. Reconhecimento e Titulação das Terras Boletim Informativo do NUER, v. 2, n 2, 2005. p. 73-93.

AZEVEDO, Idaliana Marinho de. **Puxirum: Memória dos Negros do Oeste Paraense**. Belém, IAP, 2002.

AZEVEDO, Gilson Xavier de. **Das Relações entre a Cultura Popular e as Benzedeiras**. Em: Fragmentos de Cultura. Goiânia, v. 26, n. 2, p. 231-238, abr./jun. 2016. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/4897/2745>> Acesso em: 15/08/2018.

BADINELLI, Saac Facchini. **Saúde e Doença no Brasil Colonial: Práticas de cura e uso de plantas medicinais no Tratado *Erário Mineral* de Luís Gomes Ferreira (1735)**. Bacharelado em História – Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Departamento de História, Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. Trabalho de Conclusão de Curso.

BARBOSA, Maria José; DIAS, Maria do Carmo da Silva; TEIXEIRA, Maria José Almeida; TREPARI, Pamela Geraldo. **Relatório Analítico do Território do Baixo Amazonas – Pará**. Universidade Federal do Pará, Belém, 2012. Disponível em: <<http://sit.mda.gov.br/download/ra/ra018.pdf>> Acesso em: 22/08/2018.

BARCELOS NETO, Aristóteles. **De divinações xamânicas e acusações de feitiçaria: imagens Wauja da agência letal**. Mana vol. 12, nº 2. Rio de Janeiro Outubro/ 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132006000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132006000200002&script=sci_arttext)> Acesso em 21/06/2019,

BENZI GRUPIONI, Luís Donisete; FAJARDO GRUPIONI, Maria Denise. **Entrevista com Darcy Ribeiro**. Em: Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 3, n. 7, p. 158-200, nov. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v3n7/0104-7183-ha-3-7-0158.pdf>> Acesso em 29.03.2019

BERTHIER, Brasil Altino. **Desbravadores do rio Amazonas**. Porto Alegre, Posenato Arte e Cultura, 1996.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, Rosangela Maria. **As Políticas de Saúde no Brasil: Reconstrução Histórica e Perspectivas Atuais**. Em: Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 30, nº 03, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04>> Acesso em: 12/08/2018.

BEZERRA NETO, José Maia. **Escravidão Negra na Amazônia (Sécs. XVII-XIX)**. Belém, Paka-Tatu, 2001.

BOAS, Franz. **Antropologia Cultural**. Tradução de Celso Castro. 2ª ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2005.

BOFF, Leonardo. **O toco de cigarro**. Em: América Latina em momento. 19.12.2003. Disponível em: <<https://www.alainet.org/pt/active/5204>> Acesso em: 14/04/2019.

\_\_\_\_\_. **Minima sacramentalia: os sacramentos da vida e a vida dos sacramentos**. Petrópolis, Vozes, 1975.

BOSI, Alfredo. **Dialética da colonização**. São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

BOGÉA, Eliana. **A contribuição da cultura para o desenvolvimento do território: um olhar de Ananindeua, na Região Metropolitana de Belém, Pará**. Universidade Federal do Pará, Mestrado em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia – Núcleo de Meio Ambiente, 2013. Dissertação de Mestrado.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **Vocação de Criar: Anotações Sobre a Cultura e as Culturas Populares**. Em: Cadernos de Pesquisa, v.39, n. 138, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742009000300003&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742009000300003&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 30/07/2018.

\_\_\_\_\_. **Os deuses do povo: um estudo sobre a religião popular**. 2ª ed. São Paulo, Brasiliense, 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos / Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília, Ministério da Saúde, 2016.

BUCHILLET, Dominique. **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEPA, 1991.

CAMARGO, Maria Thereza Lemos de Arruda. **A garrafada na medicina popular: uma revisão historiográfica**. Dominguezia. Buenos Aires. 2011 Jun; 27(1):41-49.

CARDOSO, Fernando Henrique; MÜLLER, Geraldo. **Amazônia: Expansão do Capitalismo**. Rio de Janeiro, Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/mnx6g/pdf/cardoso-9788599662731.pdf>> Acesso em: 25/08/2018.

CARVALHO, Marcella Souza. **Cultura, Constituição e Direitos Culturais**. Em: FILHO, Francisco H. C.; BOTELHO, Isaura; SEVERINO, Jose Roberto (orgs). **Direitos Culturais (Col. Cultura e Pensamento)**. Salvador, EDUFBA, 2018.

CARVALHO, Nathália Tomagnini. **O olhar estrangeiro para as doenças, os remédios e as práticas de cura indígenas [manuscrito]: uma análise da obra Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros (1844) de Karl Friedrich Phillip von Martius**. Belo Horizonte-MG, UFMG-FFCH, 2017. Dissertação de Mestrado.

CHIZIANE, Paulina. **O Sétimo Juramento**. 4ª edição. Moçambique, Ndjira, 2006.

DE CERTEAU, Michel. **A Cultura no Plural**. Tradução de Enid Abreu Dobranszky, Campinas-SP, Papirus, 1995.

CUNHA, Celina Gontijo. **A Prática da Benzedeira: memória e tradição oral em terras mineiras**. Ouro Preto-MG, Universidade Federal de Ouro Preto, PPGL, 2018. Dissertação de Mestrado.

DANTAS, VS; DANTAS, I.C.; CHAVES, T.P. *et al.* **Análise das garrafadas indicadas pelos raizeiros na cidade de Campina Grande-PB**. Biofar. 2008, Jan-Mar; 3(1):7-13.

DUBAR, Claude. **A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Tradução de Andreia S. M. Silva. São Paulo, Martins Fontes, 2005.

ELIADE, Mircea. **O sagrado e o profano**. Tradução de Rogério Fernandes. São Paulo, Martins Fontes, 1992.

FERREIRA, Lanalice R; TAVARES-MARTINS, Ana Cláudia C. **Química e etnofarmacologia de plantas místicas em uma comunidade amazônica**. Em: Revista Fitos, Vol 10, nº 03, 2016. Disponível em: <<http://revistafitos.far.fiocruz.br/index.php/revista-fitos/article/view/292/html>> Acesso em 14/03/2019.

FUNES, Eurípedes **A. Mocambos do Trombetas: memória e etnicidade (Séculos XIX e XX)**. In: DEL PRIORI, Mary; GOMES, Flávio. Os senhores dos Rios. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. p. 227-57.

\_\_\_\_\_. **Mocambos: Natureza, Cultura e Memória**. Em: Unisinos, Vol. 13, nº 2, 2009. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/5083>> Acesso em: 02/11/2018.

FURTADO, Marcela B.; PEDROZA, Regina L. S.; ALVES, Cândida B. **Cultura, Identidade e Subjetividade Quilombola: Uma Leitura a Partir da Psicologia**



**Cultural.** Em: *Psicologia e Sociedade*, vol. 26, nº01, Belo Horizonte, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000100012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100012)> Acesso em: 22/10/2018.

GEERTZ, Clifford. **A Interpretação das Culturas.** Rio de Janeiro, LTC, 2017.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro, Record, 1997.

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.

GURGEL, Cristina Brandt Friederich Martin. **Índios, Jesuítas e Bandeirantes: Medicinas e Doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas-SP, 2009. Tese de Doutorado.

JOSAPHAT, Frei Carlos. **Fé e Razão.** Em: *Ide*, vol. 36, nº 56, São Paulo, 2013. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0101-31062013000200005](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-31062013000200005)> Acesso em: 12/11/2018.

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

LANGDON, E.J.; WIIK, FB. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.** Em: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2010. Acesso em: 20/02/2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23)> Acesso em: 03/03/2018.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da Doença.** São Paulo, SMF/Martins Fontes, 2010.

LEITE, Bruno Martins Boto. Mezinhas antigas e modernas: A invenção da Triaga Brasília pelos jesuítas do Colégio da Bahia no período colonial. *Anais Eletrônicos do 13º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia.* 03.06/09/2012, DH/USP, São Paulo. Disponível em: <[https://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345053666\\_ARQUIVO\\_Mezinhasantigasmodernas.pdf](https://www.13snhct.sbhc.org.br/resources/anais/10/1345053666_ARQUIVO_Mezinhasantigasmodernas.pdf)> Acesso em 12/05/2019.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural.** Tradução de Beatriz Perrone-Moisés. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1975.

LINS, Dalvan Alberto Sabbi. **A prática da Benzeção em Santa Maria: a Sabedoria Popular de cura no contexto contemporâneo (1950-2000).** Em: *Revista Oficina do Historiador*, IEPHIS, Porto Alegre, EDIPUCRS, Suplemento especial, 2014. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/oficinadohistoriador/article/viewFile/19080/12139>> Acesso 22/11/2018

LOYOLA, Maria Andréa. **Medicina Tradicional e Medicinas Alternativas: Representações sobre a Saúde e a Doença, Concepção e Uso do Corpo.** Em:

BUCHILLET, Dominique. *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEPA, 1991.

MANNING, Patrick. **The African Diaspora: A History through Culture**. Nova York, Columbia University Press, 2009.

MARIN, Raquel Cornélio; SCORSOLINI-COMIN, Fábio. **Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedeiras**. Em: *Psicologia: Ciência e Profissão*, vol. 37, nº 02, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200446&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932017000200446&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 22/08/2018.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista**, Campinas- SP, Ed. da UNICAMP, 1999.

MARTIUS, K.F.P. Von. **Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos índios Brasileiros**. São Paulo; Rio de Janeiro, Recife e Porto Alegre, Companhia Editora Nacional, 1939.

MAUÉS, Raymundo Heraldo. **Catolicismo Popular e Pajelança na Região do Salgado: as Crenças e as representações**. Em: SANCHIS, Pierre (org), *Catolicismo: unidade religiosa e pluralismo cultural*. São Paulo, Loyola, 1992.

MENDES, Dulce Santoro; CAVAS, Claudio São Thiago. **Benzedeiras e Benzedeiros Quilombolas – Construindo Identidades Culturais**. Em: *Interações*, Campo Grande, MS, vol. 19, nº 1, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122018000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1518-70122018000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 12/08/2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 1994.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de Curar nos Tempos da Colônia: Limites e Espaços da Cura**. 3ª. Edição. Recife, Universitária da UFPE, 2017.

MIRCEA, Eliade. **O sagrado e o profano**. Tradução de Rogério Fernandes. São Paulo, Martins Fontes, 1992.

MONTEIRO, Maria do Carmo Sales. **Você Reza?** Em: MONTEIRO, Celso Ricaro; SOUSA, Paula de Oliveira e; BATISTA, Luís Eduardo (orgs). *Religiões afro-brasileiras, políticas de saúde e a resposta a epidemia de AIDS*. São Paulo, Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP, 2014.

MORAES, Antonio Carlos Robert. **O Sertão. Um “outro” geográfico**. Terra Brasilis (Nova Série). *Revista da Rede Brasileira de História da Geografia e Geografia Histórica*, n. 4-5, 2003.

MOREIRA NETO, Carlos de Araújo. **Índios da Amazônia: de maioria e minoria (1750-1850)**. Petrópolis-RJ, Vozes, 1988.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Tradução de Eliane Lisboa. Porto Alegre, Sulina, 2005.

MORIN, Edgar; CIURANA, Emilio-Roger; MOTTA, Raúl Domingo. **Educar na Era Planetária: O pensamento complexo como Método de aprendizagem no erro e na incerteza humana**. São Paulo, Cortez, 2003.

MUNANGA, Kabengele. **Origem e Histórico do Quilombo na África**. Em: Revista USP. São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/28364/30222>> Acesso em: 12/08/2018.

MYANAKI, Jacqueline; LEITE, Édson; CÉSAR, Pedro de Alcântara Bittencourt; STIGLIANO, Beatriz Veroneze. **Cultura e Turismo**. São Paulo: IPSIS, 2007.

O'DWYER, Eliane Cantarino. **Quilombos: Identidade Étnica e Territorialidade**. Rio de Janeiro, FGV, 2002.

OSHAÍ, Cristina Maria Areda. Por que os Conhecimentos Tradicionais Estão Firmados em Três Mundos. **Revista da ABPN**, vol. 9, Ed. Especial - *Caderno Temático: Saberes Tradicionais*, 2017. Disponível em: <<http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/issue/view/24>> Acesso em: 20/09/2018.

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, 2017.

\_\_\_\_\_. **Resgate da Memória do Município de Óbidos – Área Rural**. In: Agenda Cidadã do Município de Óbidos, 2013, Santarém - PA. Anais do Agenda Cidadã no Oeste do Pará. Vol. I, pp. 01-101. Santarém: UFOPA, 2013.

PAULINO, Itamar Rodrigues; DE AZEVEDO, Luciana Castro Carvalho. **Cultura e Saúde Coletiva: Hábitos Culturais**. Em: Anais Eletrônicos do 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 07.09/set/2016. Ouro Preto-MG, MEC/UFOP, 2016. Disponível em: <https://www.eventssystem.com.br/admin/arquivos/7cbeu/submissoes/anais/084ab10ba327cab22ba37f7f86bc7fe0.pdf> Acessado em 28/05/2018.

QUINTANA, Alberto Manuel. **A ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise**. Bauru-SP, EDUSC, 1999.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização. A integração das populações indígenas no Brasil moderno**. São Paulo, Cia das Letras, 1996.

SANTOS, José Luiz dos. **O que é Cultura**. São Paulo, Brasiliense, 1983.

SANTOS, Fabiane Vinente dos. **“Brincos de ouro, saias de chita”:** mulher e civilização na Amazônia segundo Elizabeth Agassiz em *Viagem ao Brasil (1865-1866)*. Em: História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 12, nº 1, 2005.

Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702005000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-59702005000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 02/05/2018.

SANTOS, Alessandra C. B.; SILVA, Andrey F. da; SAMPAIO, Danielle L.; SENA, Lidiane X. de; GOMES, Valquiria R.; LIMA, Vera L. de A. **Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuição para a Construção de Novas Práticas em Saúde.** Em: Revista NUFEN, vol.4, nº 02, 2012. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912012000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003)> Acesso em: 03/03/2018.

SCHWARTZ, Stuart B. **Escravidão indígena e o início da escravidão africana.** Em: SCHWARCZ, Lilia Moritz e GOMES, Flávio (orgs.). Dicionário da escravidão e liberdade. São Paulo, Companhia das Letras, 2018.

SEMEDO, João Curvo. **Polyanthea Medicinal.** Lisboa-PT, na officina de Antonio Pedrozo Galram, 1716 (terceira edição).

SOUZA, Bárbara Oliveira. **Aquilombar-se: Panorama Histórico, Identitário e Político do Movimento Quilombola Brasileiro.** Universidade de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2008. Dissertação de Mestrado.

SPIX, Johann Baptist von; MARTIUS, Karl Friedrich Philipp von; LAHMEYER, Lucia Furquim; RAMIZ, B. F.; MAGALHÃES, Basílio de. **Atlas da Viagem pelo Brasil.** Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1938, I, II e III.

THONSON, Alistair. **Recompondo a Memória: Questões Sobre a Relação Entre a História Oral e as Memórias.** Em: Projeto História, São Paulo, 1997. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/11216/8224>> Acesso em: 11/06/2018.

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

VIEIRA, Daniel Hudson Carvalho. **Folia de São Benedito: Um Estudo de Mudança em uma Manifestação Religiosa na Comunidade do Silêncio do Matá – Óbidos, Pará.** Belém, Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2008. Dissertação de Mestrado.

WEBER, Max. **Economia e sociedade.** Tradução de Regis Barbosa e Karen E. Barbosa. Revisão da tradução Johannes Winckelmann. v. 1. Brasília, Editora UnB, 1991.

WITTER, Nikelen Acosta. **Curar como Arte e Ofício: contribuições para um debate historiográfico sobre saúde, doença e cura.** Em: Tempo, vol. 10, nº19, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-77042005000200002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-77042005000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 11/08/2018.

**ANEXO 01**

**QUADRO DE PLANTAS USADAS POR BENZEDEIRAS E BENZEDEIROS,  
ERVEIROS E FAZEDORES DE GARRAFADAS E CITADAS PELOS  
ENTREVISTADOS**

**Fontes:**

Projeto Plantas Medicinais: Cartilha Informativa. Programa Cultivando a Água/Refúgio Biológico Bela Vista. Foz do Iguaçu-PR, Itaipu Binacional, 2003. Disponível em:  
<http://www.boaspraticas.org.br/attachments/article/196/Cartilha%20Projeto%20Plantas%20Medicinais.pdf>  
 MOREIRA, Frederico. As plantas que curam: cuida da sua saúde através da natureza. São Paulo, Hemus, 1996.

NOME POPULAR	NOME CIENTÍFICO	PARTES UTILIZADAS	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
ABACATEIRO	<i>Persea Americana Miller</i>	Folha e caroço	Convulsões, glicose no sangue, úlcera, asma, emagrecimento, doenças cardiovasculares (diabetes, arteriosclerose, artrite reumatoide), inflamações crônicas, dor muscular, inchaço no corpo.	Mulheres Grávidas
AÇÁI	<i>Euterpe oleracea Mart</i>	Raiz e fruto	Doenças cardíacas e derrames, colesterol alto, arteriosclerose, doenças cardiovasculares (infarto), derrame cerebral (AVC), doenças do fígado (esteatose) e icterícia, artrite, obesidade, diarreia, anemia e falta de energia (fadiga).	Pessoas com diabetes devem evitar
ALECRIM (alecrim-de-jardim, rosmarinho, alecrim-de-cheiro, flor-de-olimpico).	<i>Rosmarinus Officialis</i>	Folhas e flores	Asma, coqueluche, gripe, distúrbios circulatórios, memória, concentração e raciocínio, depressão, ansiedade, má digestão, flatulência, azia, diarreia e constipação, antisséptico, cicatrizante, distúrbios digestivos.	Pessoas com doença prostática, gastroenterites, dermatoses e convulsão.
ALFAZEMA (lavanda, lavandula, lavanda-inglesa, nardo, lavanda-inglesa).	<i>Lavandula angustifolia.</i>	Folhas e flores.	Ansiedade, pressão arterial, febre, cicatrização de aftas, batimento cardíaco alterado, enxaqueca, gripe, bronquite, tensão nervosa, estresse, depressão, asma, cólicas, dermatite.	Doses elevadas causam sonolência.
ALHO	<i>Allium sativum</i>	Folhas e bulbo (dentes)	Imunidade, pressão arterial, colesterol, doença de Alzheimer, demência, doença aterosclerótica, coronária e circulatória, resfriado, infecção bacteriana e fúngica, intoxicação renal, cicatrizante e adstringente, calo, sarna, verruga, mancha de pele, dermatopatia, úlcera, coagulação do sangue.	Pessoas com pressão baixa; pessoas com reação alérgica da pele ao contato com o alho; lactentes devem ter moderação no uso (alho pode provocar cólicas no ventre do lactente).
ARRUDA (arruda-fedida, arruda-doméstica, arruda-dos-jardins, ruta-de-cheiro-forte).	<i>Ruta graveolens</i>	Folhas	Na ocorrência de supressão da menstruação, inflamações da pele, dor de dente, ouvido, febre, câimbras, verminoses, varizes.	Gestantes e peles sensíveis
BOLDO (boldo-do-Chile)	<i>Peumus boldus Molina</i>	Folhas	Ação auxiliadora no tratamento de má digestão, problema do fígado, litíase biliar, gota, obstrução, cistite, flatulência, dor de cabeça e suor frio, limpeza de sangue, gás intestinal,	Pessoas com doenças severas no fígado, como hepatite viral, cirrose e hepatite tóxica; pessoas com obstrução das vias biliares, cálculos biliares, mulheres grávidas e lactantes,
CATINGA DE MULATA (cheiro-de-mulata,	<i>Tanacetum vulgare</i>	Folhas e flores	Verminoses, hemorroidas, vermes intestinais, anti-helmíntico,	Gestantes, lactantes e crianças abaixo de dois

tanaceto, atanásia, erva-de-São-Marcos, Palminha, anil-bravo, erva-dos-vermes)			âscaris, oxiúros, reumatismo, síndrome migranosa, transtornos menstruais, taquicardia e epilepsia, má digestão, furúnculos e asma, náuseas, dor de dente, sarna.	anos de idade.
CIDREIRA (capim-cidreira, Citronete e Melissa), erva lúisa)	<i>Melissa officinalis</i>	Folhas e inflorescências.	Sonolência, Insônia, dor de cabeça, gases, distúrbios digestivos, cólicas menstruais e intestinais, distúrbios renais, tosse, cólicas abdominais. Quadros leve de ansiedade e insônia, como calmante suave.	Redução da função da tireoide, gestantes e lactantes, pessoas com hipotensão.
CIDREIRA CARMELITANA	<i>Lippia Alba</i>	Folhas e inflorescências.	ação calmante, anticonvulsivante e espasmolítica. Ajuda no alívio do mal-estar gástrico e para o tratamento de crises de nervosismo e estados de intranquilidade.	Redução da função da tireoide, gestantes e lactantes, pessoas com hipotensão.
CIPÓ (cipó-insulina, anil-trepador, insulina, uva-brava, insulina-vegetal)	<i>Cissus sicyoides</i>	Folhas.	Problemas cardíacos, anemia, derrames, ativador da circulação sanguínea e hipoglicemiante.	Não encontrado na literatura consultada.
CRAJIRÚ (pariri, cipó cruz, carajurú, puca panga, cipo-pau, piranga).	<i>Arrabidaea chica</i>	Folhas	Sistema digestivo (estômago, fígado e intestino), cólica intestinal, diarreia, disenteria, colite, leucorreias vaginais, inflamação no útero, anemia.	Pessoas com hipersensibilidade ao ácido anísico, cajurina, taninos, bixina, saponina.
CRAVO DE DEFUNTO	<i>Tagetes erecta</i>	Todas as partes	Angina, cólicas uterinas, prisão de ventre, digestão, cólica, disenteria, tosse, febre, feridas, úlceras, eczema, dor nos olhos, reumatismo, dor nos órgãos sexuais, dores nas articulações, icterícia, angina, furúnculo, inflamações cutâneas, dores lombares.	Grávidas e lactantes
ESPADA DE SÃO JORGE (espada-de-santa-bárbara, língua-de-sogra, rabo-de-lagarto e sansevieria)	<i>Sansevieria trifasciata</i> ou <i>Sansevieria zeylanica</i>	Não recomendado	Planta herbácea de origem africana, tóxica, e que não deve ser ingerida. Seu uso costuma ser feito para proteção espiritual e ornamentação.	Planta tóxica para todas as pessoas
Goiabeira	<i>Psidium guajava</i>	Fruto e Folhas	Hiperglicemia, problemas cardíacos, cólicas menstruais, problemas intestinais, câncer, gripe e resfriado, colite, dor de dentes, úlceras orais e aftas, coceiras, feridas, alergias cutâneas.	Pessoas com doenças cardíacas devem tomar moderadamente, pessoas com hipoglicemia, grávidas.
HORTELÃ (hortelã rasteira, menta, hortelã, hortelã-comum, hortelã-de-folha-miúda)	<i>Mentha</i>	Folhas	Má digestão, náusea, vômito, colesterol alto, dor de cabeça, cólica menstrual, congestão nasal ou pulmonar (gripe, resfriado), dores abdominais, diarreia com sangue, tricomoníase genital.	Em inalação não aplicar em excesso
JENIPAPO (jenipapo, jenipa, jenipapo-da-américa; jenipaba; genipapo, penipapeiro, jenipapinho)	<i>Genipa americana</i>	Raiz, casca, fruto, semente	Afecções hepáticas, anemias, asma, diarreias, purgante, úlceras, amigdalites, faringites, doenças venéreas, uso purgante e diurético.	Não encontrado na literatura
MACELA (nuzinho, marcela, marcela do campo, macelinha, macela de travesseiro).	<i>Achyrocline satureioides</i>	Flores	Azia, cálculo biliar, dor de cabeça, cólica intestinal, câibra, contusão, diarreia, problema gástrico e digestivo, dor de estômago, gastrite e úlcera, impotência sexual, sistema nervoso, resfriado, retenção de líquidos, reumatismo, icterícia, colesterol alto, cistite, nefrite e colecistite.	Não encontrado na literatura consultada.
MANJERICÃO ROXO	<i>Ocimum basilicum</i>	Folhas frescas ou secas.	Hiper e Hipoglicemia, diabetes, colesterol, problema cardíaco e vaso sanguíneo, estresse, problema menstrual, cólica e mal-estar, dor muscular, gases, azia problemas intestinais, cistite (ardor ao urinar), fadiga, dor reumática, tosse,	Contra indicado para mulheres grávidas.

			resfriado, vômito, afta, mau hálito, bronquite, sinusite, envelhecimento precoce das células, problema nos rins e na bexiga,	
MARREQUINHA Salvinia, Mureru, Mururé, Orelha-de-onça, carrapatinho, Erva-de-sapo, Murué, Samambaia-aquática	<i>Salvinia</i>	Folhas e caules	Fitorremediador e bioindicador de poluição de lagos e rios	Imprópria para consumo humano, dada a alta concentração em seus tecidos de poluentes.
MARUPAZINHO	<i>Eleutherine bulbosa Herb</i>	Folhas e bulbo	Diarreia, amebíase, disenteria, hemorroida, gastralgia, histeria, diarreia, vermes intestinais, efeito contraceptivo.	Não encontrado na literatura
PAU DE ANGOLA (Pau da Cabinda)	<i>Piper alatifolium</i>		Utilizado no aumento da libido e melhora das funções sexuais	Pessoas com insuficiência renal, hipertensão, problemas no sistema respiratório ou patologias cardiovasculares.
PEÃO (pinhão-Branco, pinhão-Manso, tártaro, jalapa, pinhão-paraguaio, pinhão-roxo, erva-purgante, mamoninha, peão-roxo, raiz-de-tiu)	<i>Jatropha curcas</i>	Folha, semente e óleo da semente	Sinusite, dores abdominais, prisão-de-ventre, constipação nasal, ferimentos (desinfetante), leucemia.	Doses altas podem intoxicar, sendo desaconselhável seu uso oral.
Pimenta Malagueta	<i>Capsicum annum</i>	Fruto maduro e seco	Tratamento de dores musculares, reumatismo, artrite, artrose, dor nas costas, Herpes Zóster, coceira.	Alergia à planta; seu óleo é irritado em partes sensíveis do corpo (olhos)
VASSOURINHA (coerana-branca, ganha-aqui-ganha-acolá, tupiçaba, vassourinha-cheirosa, corrente roxa)	<i>Scoparia Dulcis</i>	Folha e flor	Problema de pele (coceira, alergia; diabetes). Problemas gastrointestinais (cólica, má digestão e hemorroida); problema respiratório (catarro, tosse, asma, bronquite), corrimento vaginal, vaginite, infecção urinária, dor de ouvido, malária, pema inchada, varizes.	Mulheres grávidas

## ANEXO II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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 - MESTRADO ACADÊMICO

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, do projeto de pesquisa **O Benzer Quilombola: Resistências ao Modelo Oficial de Saúde pelo fortalecimento das Práticas de Cura em uma Comunidade Afrodescendente de Óbidos-Pará**, de responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Eloisa Amorim de Barros**.

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 discutir como a figura da benzedeira e do benzedor atua na resistência ao modelo colonizador de saúde, interferindo na maneira como uma comunidade remanescente de quilombos do Baixo Amazonas lida com a saúde coletiva, influenciando a qualidade da vida das pessoas, e fortalecendo hábitos culturais saudáveis;
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 Eloisa Amorim de Barros, pesquisadora responsável pela pesquisa, telefone: (93) 99188-6045, e-mail: [eamorimdebarros@gmail.com](mailto:eamorimdebarros@gmail.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 o Mascarado Fobó, 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, 01 de Março de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento



## ANEXO III

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

#### Dados de Identificação

Nome:

Idade

Sexo:

Religião:

Tempo de moradia na comunidade:

Tempo de prática de benzeção:

Formação educacional:

#### QUESTIONÁRIO A SER APLICADO

##### **Quanto aos agentes de benzeção e seu reconhecimento na prática enquanto agente de cura**

Q 01 – Por que você se interessou em ser benzedeira/o?

Q 02 – Quem ensinou a você a prática e o saber sobre benzeção?

Q 03 – Como ocorreu a transmissão da prática e do saber que você adquiriu?

Q 04 – Você tem transmitido para algum membro da família o saber adquirido? Q 04.1 - De que maneira ocorre essa transmissão?

Q 05 – O que você costuma utilizar (instrumento) para fazer a benzeção, por quê?

Q 06 – Você procura ampliar seus conhecimentos quanto aos benefícios (indicações) e malefícios (contraindicações) das garrafadas que você recomenda?

Q 07 – Você cultiva plantas medicinais para a produção das garradas? (Caso sim) Quais plantas?

Q 08 – Você coleta algum material diretamente da floresta para realizar a benzeção? (Caso sim) Quais?

Q09 – Existe algum lugar especial onde você realiza as práticas de benzeção? Caso sim, descreva como é.

##### **Quanto a relação entre o agente de benzeção e a comunidade**

Q 09 – Há quanto tempo o(a) senhor(a) pratica o ofício da benzeção na comunidade quilombola?

Q 11 – Há apoio e acompanhamento da gestão (governo) municipal, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e dos agentes comunitários de saúde, quanto a sua prática de benzeção? Caso sim, como ocorre?

Q 12 – Após suas benzeções, você costuma recomendar garrafadas? Caso sim, quais as garrafadas mais indicadas?

Q 13 – De quais maneiras o usuário pode utilizar das garrafadas que você recomenda?

Q 14 – As pessoas na comunidade lhe procuram para tratar de quais males?

Q 15 – Os usuários de sua prática retornam para dar testemunho da eficácia do tratamento? O que eles comentam?

Q 16 – Há usuários que não retornam? Na sua opinião, por que eles não retornam?

##### **Quanto ao conhecimento específico da prática de benzeção**

Q 17 – Cite quais rezas são realizadas durante uma sessão? Elas servem para quê?

Q 18 – Descreva o seu ritual de benzeção?

Q 19 – Você pratica alguma religião?

Q 20 – Qual sua opinião sobre a sua prática de cura e a visão que sua religião tem dessa prática?

Q 21 – Você já atendeu médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde interessados em receber atendimento?

Q 21 a - Na sua percepção por que essas pessoas o procuram?

Q 22 – Você já atendeu médicos e enfermeiros interessados em conhecer sobre suas garrafadas, para que servem e seus efeitos?

Q 22a - Na sua percepção por que essas pessoas o procuram?

23 – Qual a sua opinião sobre os remédios de fábricas, vendidos nas farmácias em relação às garrafadas resultantes do saber tradicional?