



"POR QUE OS CONHECIMENTOS TRADICIONAIS ESTÃO FIRMADOS EM TRÊS MUNDOS"

Cristina Maria Areda Oshai¹

Resumo: Analisa conhecimentos tradicionais e acadêmicos, relacionados à saúde em comunidades negras situadas no arquipélago do Marajó na Amazônia paraense, constatando que as relações saúde/ doença são tratadas, tanto do ponto de vista da medicina tradicional, como dos conhecimentos tradicionais que acumulam práticas ritualísticas que integram influências indígenas, do catolicismo, do kardecismo e de religiões de matrizes africana. Apontam que, além dos saberes, patrimônios também se configuram pelas matas, atalhos, trilhas, rios e igarapés, entre outros. Porém, a menção a pajés ou curandeiros, a benzedeiras e a seus conhecimentos e saberes como riquezas locais, evidenciam a importância que tais sujeitos e seus conhecimentos têm para a reprodução cultural e material das comunidades.

Palavras-chave: Comunidades Quilombolas; Conhecimentos Tradicionais; Conhecimentos Acadêmicos; Saúde/Doença; Itinerários Terapêuticos.

"WHY TRADITIONAL KNOWLEDGE ARE SUSTAINED IN THREE WORLDS"

Abstract: It analyzes the traditional and academic knowledge related to health in black communities located in the Marajó archipelago of the Amazon region, state of Para, observing that health/disease relations are treated, from the point of view of traditional medicine as well as the traditional knowledge that accumulate ritual practices that integrate indigenous influences, catholicism, kardecism and african matrix religions. They point out that, besides knowledge and patrimonies, also are configured by the forests, bypaths, tracks, rivers and streams, among others. However, the mention to shamans or healers and their knowledge as local riches, show the importance that these subjects and their knowledge have for the cultural and material reproduction of the communities.

Keywords: Maroon Communities; Traditional Knowledge; Academic Knowledge; Health/Disease; Therapeutic Itineraries.

"POUR QUOI LES CONNAISSANCES TRADITIONNELLES SON SOUTENUS EN TROIS MONDES"

Résumé: Il analyse les connaissances traditionnelles et académiques, relatives à la santé dans les communautés noires situé dans l'archipel de Marajó de la région Amazonie de Pará, notant que les relations santé/maladie sont traitées, tant du point de vue de la médecine traditionnelle, quant du connaissances traditionnelles que accumulant des pratiques rituelles que sont part d'influences indigènes, catholicisme, kardécisme et religions de matricielles africaines. Ils soulignent que, d'ailleurs des savoirs, patrimoines sont aussi se configurant par les bois, les raccourcis, les pistes, les rivières et les ruisseaux, entre autres. Cependant, la mention des shamans ou des guérisseurs, « benzedeiras » et de leurs connaissances et savoirs comme

¹ Doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Para (UFPA). E-mail cristinareda@gmail.com



richesses locales, montre l'importance que ces sujets et leurs connaissances ont pour la reproduction culturelle et matérielle des communautés.

Mots-clés: Comunautés Marronnes; Connaissances Traditionnelles; Connaissances Académiques; Santé/Maladie; Itinéraires Thérapeutiques.

"POR QUÉ LOS CONOCIMIENTOS TRADICIONALES ESTÁN FIRMADOS EN TRES MUNDOS"

Resumen: Al analizar los conocimientos tradicionales y académicos relacionados con la salud en comunidades negras ubicadas en el archipiélago del Marajó en la Amazonia paraense, si percibe que las relaciones salud /enfermedad son tratadas, tanto desde el punto de vista de la medicina tradicional, como de los conocimientos tradicionales que acumulan prácticas rituales que integran influencias indígenas, del catolicismo, del kardecismo y de las religiones de las matrices africanas. Apuntam que, además de los conocimientos, patrimonios también se configuran por las matas, accesos directos, pistas, rios y igarapés, entre otros. Sin embargo, la mención a pajés o curanderos, a las curanderas ya sus conocimientos y saber como riquezas locales, evidencian la importancia que tales sujetos y sus conocimientos tienen para la reproducción cultural y material de las comunidades.

Palabras-clave: Comunidades Quilombolas; Conocimientos Tradicionales; Conocimientos Académicos; Salud/Enfermedad; Itinerarios Terapéuticos.

PRIMEIRAS PALAVRAS

O objetivo do artigo é compartilhar algumas percepções de interlocutoras(es) quilombolas a respeito dos conhecimentos tradicionais e acadêmicos, relacionados à saúde. As percepções foram apreendidas durante estudo, realizado no período de 2014 a 2016, com moradoras(es) de sete comunidades negras rurais (Bacabal, Bairro Alto, Deus me Ajude, Rosário, Pau Furado, Salvar e Santa Luzia), situadas no município de Salvaterra, no arquipélago do Marajó, estado do Pará, Amazônia.² Baseada em Barth (2000) fiz uso do método comparativo, que propiciou o meu movimento entre as comunidades e culminou na tese de doutorado, da qual foram extraídos fragmentos que integram este artigo, conforme Arêda-Oshai (2017).

As comunidades negras rurais foram classificadas na Constituição Federal de 1988 como “remanescentes das comunidades de quilombos”. Apesar da estranheza e das polêmicas geradas pela classificação, lideranças e moradoras(es) dessas

² As comunidades também são referidas neste artigo como Coletivos Quilombolas ou Comunidades Quilombolas. Ambas as denominações, a depender da circunstância, serão representadas pela abreviação CQ.



comunidades, ressignificaram tais termos e se apropriaram da nomenclatura para coletivizar e fortalecer a luta política pelos direitos territoriais. Como definido por O'Dwyer (2002):

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

No Pará, os CQ's estão presentes em 56 dos 144 municípios e, embora a mão de obra escravizada tenha sido introduzida tardiamente no Pará, (Vergolino-Henry & Figueiredo, 1990; Sampaio, 2011; Salles, 2005; Bezerra-Neto, 2012) este é o quarto estado no *ranking* de comunidades quilombolas no Brasil, atrás apenas do Maranhão (1.550), Bahia (921) e Minas Gerais (721). (Anjos, 2013) No estado do Pará foram identificadas 527 pelo MDS (2013); 560 pela Coordenação das Associações de Comunidades Remanescentes de Quilombos (Malungu, s/d) e 595 por Anjos (2013). O Pará concentra o maior número de CQ's tituladas no país, tendo sido o primeiro a emitir um título dessa natureza. É também no Pará onde se concentra o maior número de famílias quilombolas em territórios titulados – 5.529, de um total de 11.991 em todo o país. (SEPPPIR, 2012)

Os conhecimentos e saberes tradicionais, geralmente referidos como "nossos conhecimentos", são percebidos pelas(os) interlocutoras(es) como sendo poderosos e ilimitados. No entanto tal visão não é consensual, pois também há quem considere dessa mesma forma os conhecimentos referidos como acadêmicos ou científicos. Os conhecimentos tradicionais (ou locais) são também percebidos como patrimônio, contudo, ao invés de serem guardados, se integram no circuito das trocas e são "vizinhos" (compartilhados) para que se perpetuem.

As trocas antecedem a formação das CQ's sobre as quais se comenta, afinal o Marajó abrigou uma variedade de povos indígenas, que se organizaram em várias aldeias e importantes cacicados, sendo que os "documentos coloniais da época [século XVII] dizem que o centro da ilha de Marajó era habitado por cerca de 29 nações



indígenas diferentes.” (Schaan, 2009, p. 33) Contudo, os africanos escravizados, vinculados a distintos grupos étnicos, traficados para o Pará e, especialmente para o Marajó, ou vindos em busca de liberdade, inscreveram suas “nações e culturas africanas [...] com todo seu modo de vida, no âmago do fazer-se marajoara, pluralizando a paisagem cultural amazônica.” (Pacheco, 2010, p. 42); entre outros, Vergolino-Henry e Figueiredo (1990), Salles (2005) e Bezerra-Neto (2012). As percepções sobre os conhecimentos e saberes tradicionais evidenciam:

[c]renças, afetividades, respeitos, regras, normas, princípios, hierarquias, solidariedades, aspectos constituintes das cosmologias religiosas indígenas, cristãs, africanas, expressam valores com os quais populações locais, sem apartar religiosidade de natureza, construíram um panteão afroindígena e interagiram com suas entidades em territórios amazônicos. (Pacheco, 2013, p. 477)

As influências africanas e indígenas manifestam-se entre outras práticas, na pajelança, referida em todas as CQ's envolvidas no estudo. A pajelança, derivação do termo pajé, diz respeito à prática mediúnica na qual entidades sobrenaturais, denominadas de encantados ou caruanas, incorporam nos pajés. (Maués, 1990, 1994, 2002) Com origens no xamanismo indígena de povos Tupi, a pajelança, ainda que, igualmente ao xamanismo, seja destinada à cura de doenças, distingue-se por “não possui[r] autonomia ou identidade própria, como outras manifestações religiosas.” (2002: p. 54) Consiste, portanto, em uma prática ritualística mediúnica que integra influências indígenas, do catolicismo, do kardecismo e de religiões de matrizes africana, especialmente a Umbanda, todavia, não se pode afirmar a existência de sincretismo. (Maués, 1990, 1994, 2002)

As influências africanas e indígenas ou, como denomina Pacheco (2012, p. 203) “os modos de ser afroindígena” podem ser observadas nas narrativas da senhora Maria da Conceição Sarmento dos Santos, moradora da CQ Bairro Alto, autora da frase que intitula este artigo.³ Ela se apresenta como benzedeira, agente comunitária de saúde e ex-vereadora do município de Salvaterra e sua convicção sobre a soberania dos conhecimentos tradicionais (ou locais) em relação aos acadêmicos decorre da compreensão de que os conhecimentos tradicionais (ou locais) sustentam-se em três

³ A partir deste ponto a palavra senhora será abreviada por Sr^a.



mundos, o “do fundo” (morada dos encantados), “do ar” ou “mundo espiritual” (domínio de divindades) e o “mundo que a gente vive”. (Sr^a. Maria da Conceição S. dos Santos, diálogo realizado em abril/2016) Esta reflexão será apresentada no terceiro tópico deste artigo. Em sintonia, outras(os) interlocutoras(es) acrescentam novos elementos à discussão, entre as(os) quais a Sr^a. Maria Jose A. Carneiro, moradora da CQ Pau Furado, que insere os conhecimentos tradicionais (ou locais) no circuito das trocas, reafirmando o seu dinamismo, como será discutido no segundo tópico; e, numa perspectiva complementar, a Sr^a. Isabeli da Silva Leal, moradora da CQ Santa Luzia, considera tais conhecimentos patrimônios, como será apresentado no primeiro tópico, a seguir.

CONHECIMENTOS TRADICIONAIS SÃO PATRIMÔNIOS

Desde os primeiros contatos feitos nas CQ’s me atentei às ênfases dadas a algumas pessoas, por serem as mais idosas, ou por desenvolverem práticas terapêuticas, ou por possuírem habilidades artísticas ou técnicas. Embora o termo ‘patrimônio’ não tenha sido literalmente pronunciado pelas(os) interlocutoras(es), mas sim ‘as nossas riquezas’, fui compreendendo que tais riquezas equivalem a um dos significados atribuídos pela Antropologia à categoria patrimônio.

Ao mesmo tempo universal e polissêmica, a categoria deve ser qualificada “em termos culturais e históricos.” (Gonçalves, 2007, p. 241) Patrimônio “remete à memória social através da qual se constroem e se reconstruem as identidades de grupos, sociedades, nações e de povos.” (Beltrão & Caroso, 2007, p. 45) Pensado “como um processo presente, incessante, imponderável e interminável de reconstrução”, (Gonçalves, 2012, p. 70) o patrimônio ou os patrimônios abarcam as lutas políticas e as conquistas materiais, como a implantação de séries iniciais nas escolas das comunidades, o acesso à energia elétrica, ou o domínio de técnicas para confecção de “perecatas” (chinelos); entre outras formas de expressão, como observado entre os CQ’s.

Em Rosário, mas podendo ser representativo das demais CQ’s os sentimentos de orgulho se voltam às “festividades [religiosas], as celebrações de ladainhas e terços, os curandeiros, as histórias, o fabrico de artesanatos como paneiros, remo e canoa.”



(Guimarães e Sousa, 2014, p. 353) Na comunidade, a valorização dos conhecimentos tradicionais (ou locais) foi relacionada à preferência pelo uso da água dos poços individuais, furados nos quintais, exatamente como faziam os antepassados.

Conforme advertiu a Sr^a. Elieide de A. Sousa, moradora da CQ Rosário, um poço jamais deve ser furado embaixo de árvores, para que não caia dentro dele folhas e frutos; também não devem ficar cobertos o tempo todo, sendo necessário haver interação constante entre água, ar e luz solar, pois o sol ajuda a manter a boa qualidade da água, inibindo o desenvolvimento de micróbios que prejudicam a saúde. A Sr^a. Elieide encerrou a explicação dizendo que, talvez por esses cuidados, são raros os casos de diarreia na comunidade e atribui à valorização dos conhecimentos tradicionais (ou locais). (Diálogo realizado em maio/2015) Em outras palavras Leal (2012) também se orgulhando dos patrimônios encontrados em sua comunidade, Santa Luzia, assim se expressa:

[há] um campo de futebol, uma escola do Alfa até a quarta série do fundamental, uma sede do time beira-rio, quatro times de futebol, sendo três masculinos e um feminino, um pajé, um cantor e um compositor de carimbó, um artesão, um barracão dos quilombolas, energia elétrica, e um abastecimento de água encanada, uma associação remanescente de quilombo com processo no RTID. (Leal, 2012, p.1)

Durante os trabalhos de campo, na medida em que era levada a determinados lugares ou que interlocutoras(es) me mostravam alguma planta utilizada para fins terapêuticos, ou um objeto, fui compreendendo que os patrimônios também se configuram pelas matas, atalhos, trilhas, rios e igarapés, árvores centenárias, material arqueológico, entre outros. Porém, a menção a pajés ou curandeiros, a benzedeiros e a seus conhecimentos e saberes como riquezas locais, evidenciam a importância que tais sujeitos e seus conhecimentos têm para a reprodução cultural e material dos coletivos em questão. O pajé a quem Leal (2012) se refere é o Sr. Manoel Cipriano Leal, que também é um dos artistas fundadores do grupo de Carimbó Unidos do Marajó, recorrentemente referido por interlocutoras(es) como um dos melhores e maiores pajés que se teve notícia; como um “pajé de poder”, “dos bons” ou “dos antigos”.



Além de artistas e de pessoas que desenvolvem práticas terapêuticas (em sua maioria, são idosas), as pessoas idosas em geral, por vezes referidas como os(as) “detentores(as) dos conhecimentos” ou apenas “os(as) detentores(as)”, também foram citados como referências importantes, merecedoras(es) de respeito e valorização. A importância atribuída se expressa, entre outras formas, pela preocupação com a possibilidade de morte dessas pessoas, como afirmou a Sr^a. Maria José A. Carneiro:

eu fico preocupada, porque a gente sabe que quem tem o conhecimento, com quem a gente cuida, um dia vai morrer... Mas eu fico preocupada, pois o Manoel [de Souza Macedo, Manduca] já está com uma idade, não está velho. Está jovem ainda, mas já tem certa idade. O [Manoel] Cipriano [Leal] também está com uma idade... Então eu fico preocupada. (Diálogo realizado em agosto/2014)

A Sr^a. Meire do Socorro dos S. Barroso, moradora da CQ Bairro Alto, explicou que lá, o uso de remédios caseiros é bastante comum, mas há remédios que “só algumas pessoas sabem preparar, geralmente são as mais velhas. Porque na comunidade as pessoas mais sábias são as mais velhas.” (Diálogo realizado em agosto/2014) Certamente por isso a valorização e o respeito às pessoas mais vividas e a seus conhecimentos foram afirmados como fatores importantes no processo de produção de saúde-doença. Alguns episódios de adoecimento, de modo geral, foram relacionados a condutas marcadas pelo desrespeito aos antepassados e desobediência a seus conhecimentos.

O respeito e a valorização têm uma razão de ser que extrapola a dimensão subjetiva. Espera-se um efeito prático. A obediência, por sua vez, não se relaciona à subordinação, mas ao reconhecimento de que as pessoas mais vividas têm um conhecimento acumulado. Muitas(os) interlocutoras(es) afirmaram que nas CQ's, tanto o movimentar-se em lugares com interditos, quanto a negligência no consumo de dietas alimentares inadequadas podem provocar doenças, sendo ambas as condutas expressões de desobediência. Conforme narrado, quando os aprendizados são esquecidos ou desprezados, rápido se percebe os efeitos. Na opinião da Sr^a. Maria Helena Chaves, moradora da CQ Pau Furado, a principal causa de adoecimento tem sido a desobediência às pessoas mais vividas e o abandono dos conhecimentos dos



antepassados. Por meio de dois exemplos, ela explicou algumas das consequências do abandono e/ou da desobediência.

No primeiro, o aparecimento de “doenças do estômago”, a “pressão alta” (hipertensão arterial) e o “derrame” (AVC) foram relacionados à mudança do padrão alimentar. Recordando dos tempos passados ela relatou que os alimentos consumidos na comunidade eram naturais, em sua maioria. Praticamente não se consumia produtos industrializados e havia melhor aproveitamento dos bens naturais e dos alimentos cultivados. Foi narrado que o café era plantado e torrado na própria comunidade; como não existia o pão “careca” (pão francês) comia-se macaxeira cozida, beiju, biscoitos caseiros, paçoca de gergelim e mingau, principalmente de tapioca, e cruera. “Mas hoje em dia, o que a gente come? Come mingau de maizena.” (Sr^a. Maria Helena Chaves, diálogo realizado em agosto/2014)

O segundo exemplo tem relação com o comportamento de algumas mães jovens, considerado por ela como inadequado. Além de desaprovar a exposição da barriga “no sol e na chuva”, as mães jovens, na percepção da Sr^a. Maria Helena, não escutam as mulheres mais vividas, pois consomem alimentos indevidos após o parto, não guardam o resguardo e oferecem resistência para amamentar os filhos, o que repercute na saúde delas próprias e das crianças.

Outro comportamento desaprovado pela Sr^a. Maria Helena Chaves é o uso de fraldas descartáveis, cujo uso, considerado por ela como abusivo, além de causar infecção de urina e assaduras, problemas antes inexistentes entre as crianças da comunidade, ainda leva ao gasto desnecessário de dinheiro, que poderia ser utilizado para coisas mais importantes, como alimentos. (Diálogo realizado em agosto/2014)

Contudo, a relação obediência/desobediência deve ser observada também em relação a seres encantados⁴, como narrou a Sr^a. Raimunda Nascimento (Sr^a Dica),

⁴ Também conhecido[s] como oiara ou caruana[os] encantados são pessoas que não morreram, mas se encantaram e que vivem ‘no fundo’ dos rios e dos lagos, em cidades subterrâneas ou subaquáticas. São normalmente invisíveis aos seres humanos comuns, mas se apresentam sob forma de animais aquáticos, cobras, botos, jacarés, peixes e, por isso são chamados de ‘bichos do fundo’. Em outras ocasiões, aparecem à margem dos rios, nos mangais (manguezais) ou nas praias de areia, sob forma humana e, neste caso, são conhecidos como oiaras (variação da palavra mais conhecida nos meios intelectuais, ‘iara’). Além disso, incorporam-se, permanecendo invisíveis, nos pajés ou curadores, durante as sessões



moradora da CQ Pau Furado, ao explicar a causa do adoecimento e morte de seu irmão. Embora soubesse que não deveria andar em hora imprópria por determinado caminho, ele andou. Além disso, sem perceber, passou entre duas sombras, “levou flechada de bicho” e acabou falecendo. Flechada de bicho foi uma prática referida por várias(os) interlocutoras(es) para designar a reação das mães da natureza contra quem adota posturas ofensivas à natureza e, portanto, práticas não ecológicas, por exemplo, pescar e/ou caçar em excesso, para além das próprias necessidades; transitar em locais onde há interditos de horário; desrespeitar o tabu de menstruação e adentrar em certos igarapés, entre outras.

Ao explicar o ocorrido com seu irmão a Sr^a. Raimunda foi enfática ao dizer que “tudo tem mãe e se nós temos mães, porque achamos que os outros não têm? Tudo que é vivo tem mãe, então a gente tem que respeitar as mães de tudo que é vivo.” (Diálogo realizado em março/2015) A Vovó, protetora do igarapé da Vovó, também foi referida como uma das muitas “mães de tudo que é vivo” e, portanto, devendo ser respeitada. Quando necessário, castiga com morte ou adoecimento passageiro, quem a desobedece.

O conhecimento sobre o próprio corpo e sobre o corpo de outros também foi referido como fator importante na produção de saúde. Conforme refletiu a Sr^a. Maria Helena Chaves parece que as pessoas “de hoje” não conhecem mais o próprio corpo e nem entendem o seu funcionamento, pois desde que “apareceram os médicos, ninguém sabe mais nada.” (Diálogo realizado em agosto/2014) A falta de conhecimento sobre o corpo dos filhos foi também problematizada pelo Sr. Manoel Silva Vasconcelos, morador da CQ Rosário ao afirmar que “nos dias de hoje é só farmácia, as pessoas não sabem mais o que fazer quando os filhos ficam doentes.” (Sr. Manoel S. Vasconcelos, diálogo realizado em maio/2015)

A Sr^a. Maria Joana dos Reis Assunção Sousa, moradora da CQ Rosário, também afirma a importância da autonomia sobre o corpo, minimizada segundo ela, também por facilidades dos dias atuais, pois “do tempo que a gente se entendia, não tinha esse negócio de farmácia, médico, enfermeira e hospital.” (Diálogo realizado em maio/2015)

xamanísticas e ajudam a curar doentes, sendo, neste caso, conhecidos como caruana. Trata-se de seres ambíguos que, assim como curam, podem provocar doenças, como castigo ou por maldade. (Maués, 1999: pp. 92-93 – grifos do autor)



Ela explicou que antigamente as(os) moradoras(es) de Rosário que necessitavam atendimento médico, tinham que sair de casa às quatro e meia da manhã para tentar conseguir uma consulta em Soure (município próximo a Salvaterra, separado apenas por um rio, o Paracauari), sendo a travessia feita em bote de vela. A Sr^a. Maria Joana concluiu que atualmente há mais facilidades, motivo que tem levado os mais jovens a abandonar o uso de práticas terapêuticas locais e a desconsiderar os conhecimentos dos mais vividos.

Os argumentos sobre a importância da autonomia sobre o corpo foram reiterados pela Sr^a. Raimunda Nascimento. A autonomia é um trunfo para ter saúde, possível de ser conquistada pelo conhecimento sobre o próprio corpo, sobre o ambiente e seres vivos. A Sr^a. Raimunda também afirmou que as facilidades de hoje atrapalham. As facilidades, segundo ela, seriam a existência de farmácias, a crença nos médicos, na “tal medicina” e o desenvolvimento de produtos industrializados, como os absorventes íntimos, muito criticados por ela. Os absorventes, conforme salientou, além de provocar doenças por causa do “abafamento”, ainda impedem que as mulheres acompanhem a saúde e higiene íntima. (Diálogo realizado em abril/2015)

A Sr^a. Raimunda Nascimento explicou com riqueza de detalhes como eram higienizados os forros utilizados para conter o fluxo menstrual, processo acompanhado de perto pelas mães que cuidavam da saúde íntima das filhas e também controlavam a regularidade do fluxo. A depender da coloração, do tipo de secreção e intensidade se decidia pelo uso de banhos íntimos e de “garrafadas” e, na percepção da Sr^a. Raimunda tais práticas são bem diferentes das adotadas usualmente. (Diálogo realizado em abril/2015)

A Sr^a. Raimunda lamentou que hoje “as meninas novas” parecem ter nojo de si, usam os absorventes, tiram, enrolam e jogam fora, sem sequer olhar para o que sai de dentro delas e por isso vivem precisando de “estar no médico”. Ela contou com orgulho que sempre conheceu muito bem o próprio corpo e que, quando ia parir “não adiantava ninguém dizer que não era [hora], que eu sabia; arrumava as coisas e mandava chamar a parteira.” (Diálogo realizado em abril/2015)



Mesmo sem pronunciar a palavra ‘medicalização’ as interlocutoras ‘mais vividas’ demonstraram rejeição ao que ela representa, o domínio da medicina biomédica sobre as várias dimensões da vida. Essa medicina foi “tornada diretriz de nossas condutas [...] estendendo seu monopólio bem além dos limites do domínio biológico. É ela que *ordena*[...] *prescreve*[...] *certifica*[...] *promete*[...] e] que *ameaça*”. (Laplantine, 1991, p. 237 – grifos do autor) Na opinião da Sr^a. Raimunda Nascimento muitas doenças apareceram apenas depois que inventaram “a tal medicina”, pois antes disso as pessoas, em sua maioria, morriam apenas quando estavam em idade avançada. Quando morriam jovens, as principais causas eram “flechada de bicho por descuido; picada de cobra; quando comiam uma comida que não dava certo; uma ou outra coisa, [mas hoje] é tanta coisa, é câncer, é diabete, é pressão, é albumina.” (Sr^a. Raimunda Nascimento, diálogo realizado em maio/2015)

O conhecimento, não só relacionado ao desenvolvimento de práticas terapêuticas, mas também a habilidades técnicas para fabricação de utensílios e instrumentos como foi referido, e para extração de óleos vegetais e animais são vistos como riquezas. Esses conhecimentos, no entanto, são de domínio de poucos, o que também preocupa alguns(mas) interlocutores(as).

A extração de óleos de andiroba, de coco e do bicho (larva *Speciomerus ruficornis* Germar) que sobrevive no coco tucumã foi muito referida como importante. Mas como afirmou o senhor (Sr.)⁵ Francisco Dias (*Seu Calema*), “estas coisas estão difíceis. Dá muito trabalho e quase ninguém mais sabe fazer. O óleo de bicho é uma riqueza nossa daqui, mas já está difícil de achar.” (Diálogo realizado em agosto/2016)

O óleo do bicho foi muito referido por causa de suas propriedades nutricionais e terapêuticas, eficazes principalmente para tratar sequelas deixadas por AVC. O pó encontrado dentro do coco é também utilizado para o tratamento de insônia e enxaqueca, entre outras indicações de uso, tendo sido referido por todas(os) as(os) interlocutoras(es). O Sr. Francisco Dias, que mora em Bacabal, se orgulha de dizer que aos 80 anos pedala em sua bicicleta cerca de 18kms no percurso Bacabal-Sede municipal-Bacabal. Ele também mora sozinho, planta roça e faz farinha de mandioca e,

⁵ A partir deste ponto a palavra senhor será abreviada por Sr.



se por acaso sente “uma dorzinha nas juntas, eu resolvo com jambari [osso buco], que eu não fico sem, tiro o tutano cru, derreto e depois misturo um pouco de óleo de bicho e de andiroba. A gente passa duas vezes por dia e está resolvido.” (Diálogo realizado em agosto/2016)

O choque geracional, evidenciado nas narrativas de interlocutoras(es) “mais vividas(os)”, a exemplo das senhoras Raimunda Nascimento e Maria Helena Chaves, não pode ser considerado como regra nas comunidades. As narrativas de algumas interlocutoras jovens sugerem respeito e valorização dos conhecimentos tradicionais que, sendo compartilhados, contribuem para o bem estar individual e coletivo. Uma dessas narrativas é de uma jovem, Sr^a. Macionila Corrêa Carneiro, moradora da CQ Pau Furado, que assim se expressou sobre o que vê como necessário para ter saúde:

[t]em que cuidar da alma da gente e dos que já partiram [pois] alguns podem ficar vagando... Mas, primeiro a gente tem que se cuidar. Para ficar bem eu tenho que acreditar no que eu vejo e no que a senhora vê. A gente tem que acreditar na nossa religião e na religião dos outros, porque eu posso ver uma coisa e a senhora ver outra que eu não vejo. Por isso a gente tem que acreditar. (Diálogo realizado em abril/2016)

O acreditar no que se vê e no que o outro vê implica na valorização dos conhecimentos e na sua difusão. Sendo assim, um aspecto considerado importante no processo de saúde-doença é a troca, inclusive de conhecimentos.

CONHECIMENTOS TRADICIONAIS DEVEM SER "VIZINHADOS"

A palavra “vizinhar” foi referida como expressão coletiva de solidariedade, prática tão comum nos territórios quilombolas. Para Malcher (2017) “o uso do território se revela a partir das dinâmicas dos lugares, espaços por excelência, do acontecer solidário”. (p. 63) A solidariedade é tão comum nas CQ’s que tem um nome, “vizinhar”. Porém o “vizinhar”, nas experiências da Sr^a. Maria José A. Carneiro, e também como foi possível observar, não é praticado apenas entre vizinhos parentes, mas também entre parentes não vizinhos, ou mesmo apenas entre vizinhos, ou com quaisquer pessoas mesmo à distância. Indaguei se seria a solidariedade a impulsionar o movimento de coisas nas CQ’s, não necessariamente de dinheiro, e ela respondeu que:



exatamente. É isso aí. É mais à base da troca, das trocas, como diz a minha cunhada, de vizinhar, a palavra vizinhar, eu dou um pratinho de comida daqui, ela traz um de lá. Às vezes chama para tomar café lá, eu chamo para tomar café aqui. A outra já vem de lá com um pratinho, uma vasilhinha... É sempre assim. (Sr^a. Maria José A. Carneiro, diálogo realizado em agosto/2014)

Uma das primeiras evidências nos trabalhos de campo foi o dinamismo das trocas, observado não apenas na circulação de objetos, mas também de gentilezas e conhecimentos, que não restringem o “vizinhar” a moradoras(es) próximas(os). As trocas, observadas inúmeras vezes, envolvem inclusive não quilombolas, a exemplo de pesquisadoras(es); também se estendem a lugares distantes, sendo que as plantas, alimentos e, acima de tudo, os conhecimentos, integram o ciclo das trocas.

As trocas, ao mesmo tempo em que integram os hábitos culturais dos CQ's, influenciam a renovação de práticas culturais desses mesmos coletivos, até porque os conhecimentos são ‘vizinhados’ também, e em mão dupla. Exatamente como nos ensina Barth (2000), o que for essencial será mantido pelos grupos etnicamente diferenciados, sendo a manutenção possibilitada não necessariamente pelo sigilo, mas pelo compartilhamento.

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

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

Obviamente não se pode estabelecer uma relação direta entre os contextos, as práticas e os grupos étnicos analisados por ele com as realidades encontradas entre os



CQ's. Inclusive as características descritas por Mauss (1974) sobre as sociedades onde analisou os regimes contratuais e prestações totais como de “tipo atrasado ou arcaico”, (1974, p. 42) não se aplicam aos CQ's. As prestações totais, consideradas por Mauss (1974) como uma instituição, deveriam envolver todo o clã nos regimes contratuais, além de incluir cumulativamente a obrigação de dar, a de receber e a de retribuir. Critérios estes que, na exata medida, não foram identificados nas CQ's.

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

Desta forma o “vizinhar”, por exemplo, enquanto prática que alimenta a reciprocidade pode se aplicar a outras circunstâncias e não só na troca de alimentos. Uma dessas circunstâncias pode ser a união entre pessoas de distintas comunidades para auxiliar no plantio de alguma cultura, ou mesmo na colheita. Outra circunstância, a mobilização política dos CQ's para o enfrentamento de alguma situação que, não necessariamente, venha afetar diretamente todo o coletivo. “vizinhar” poderia também ser utilizado nas relações estabelecidas entre pesquisadoras(es) e interlocutoras(es), entre tantos outros exemplos, na troca de conhecimentos e tecnologias que favorecem atividades produtivas como a pesca e manipulação de mandioca para fazer farinha.

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

A obrigação explícita de dar e de receber, no entanto, só foi observada entre os que receberam dons espirituais, pelos quais o conhecimento é “vizinhado“. A palavra dom recebeu diferentes definições, das quais apresento quatro delas. Para a professora



Karen Silva Souza um dom é “algo que vem de raiz, de toda a cultura.” (Diálogo realizado em abril/2016) Dom, na concepção da Sr^a. Maria José A. Carneiro não é facultado a uma ou outra pessoa, mas a todos, indistintamente. (Diálogo realizado em maio/2015) A Sr^a. Maria da Conceição S. dos Santos definiu dom como uma capacidade inata, pois se nasce com ele, “a gente não aprende com ninguém. Temos um destino, eu acredito no destino e alguém que nos conduz.” (Diálogo realizado em abril/2016) Dom foi definido também como capacidade de “ver o que vai acontecer, de prever as coisas antes de acontecer. [Dom] é dedicação.” (Sr. Manoel Cipriano Leal, diálogo realizado em agosto/2016)

A relação do dom com a dedicação e a obrigação de servir foi reafirmada nas narrativas dos(as) especialistas locais, pajés ou curandeiros, benzedeiros, parteiras, entre outras. Embora exista o sentimento de obrigação em utilizar os dons em benefício de outrem, em hipótese alguma, deve ser esperado algo em troca. Postura semelhante foi identificada por Thamirys Di Paula Cassiano de Matos (2015) e Piani (2007) em pesquisas realizadas em Salvaterra; e por Angélica Homobono Nobre (2009) em pesquisas desenvolvidas em Cachoeira do Arari e Belém/Distrito de Icoaraci, na comunidade Chipaiá; entre outros estudos. A Sr^a. Santinha, interlocutora de Nobre (2009), mesmo recebendo agrados dados espontaneamente por pessoas por ela atendidas, “não se acha no direito de ficar” (2009, p. 76) e doa a maior parte para a igreja.

Talvez a reciprocidade, neste caso, possa ser interpretada como o uso das habilidades e dons em favor de outrem, sem necessariamente, esperar nada em troca. Ou seja, o doar-se, de fato, desinteressadamente. “Eu ficava às vezes de oito a 15 dias [na casa da parturiente] cuidando da mulher, da criança... Não tinha hora. Era dia, era noite, madrugada, a hora que aparecia eu ia ajudar.” (Sr^a. Amélia Rodrigues Paraense.⁶ diálogo realizado em maio/2016) Como consta a seguir, a Sr^a. Maria da Conceição S. dos Santos também entende ter por obrigação compartilhar as habilidades provenientes do dom e os conhecimentos adquiridos:

⁶ Falecida em julho de 2017.



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

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

Há os conhecimentos que são transmitidos por amigos, conhecidos, gente de fora; e por familiares, através de gerações. “Porque a minha vó fala: olha, eu me lembro que o Zé Piranha ensinou tal remédio. Então aquela sabedoria que ele tinha, ele deixou para nós e eu passo para os meus filhos a mesma coisa.” (Sr^a. Maria José A. Carneiro, diálogo realizado em agosto/2014) Perguntei à Sr^a. Gildete dos Santos como ela havia aprendido a ‘puxar barriga’ (abdômen). Ela afirmou que todas as mulheres da família faziam, tendo sido tal prática transmitida de geração em geração. Inclusive ela também teve a barriga ‘puxada’ quando ficava grávida. (Diálogo realizado em maio/2016)

‘Puxar barriga’ é uma técnica corporal aplicada em mulheres grávidas, definida pela Sr^a. Gildete como “um jeito de dar alívio à gestante e à criança; às vezes a criança está mal posicionada e puxar ajuda a pôr no lugar. Então deixa a pessoa mais leve e dá um alívio”. (Diálogo realizado em maio/2016) Nas realidades analisadas por Nobre (2009) a ‘puxação de barriga’ pode ser realizada em outros períodos que não o gestacional, podendo ser inclusive no resguardo (puerpério). A técnica, aplicada em outras partes do corpo, além da barriga, apresenta também outras 14 finalidades, envolvendo os membros superiores e inferiores, região torácica, virilha e escroto. (Nobre, 2009) Além desses, Soraia Fleischer (2008) também identificou entre especialistas de Melgaço, no Pará, a ‘puxação’ de cabelo e pele, entre outros.



Os conhecimentos transmitidos habilitaram a Sr^a. Gildete a também acertar o sexo de crianças, ainda no útero. Segundo ela, o acerto é possível com base na análise dos sintomas, pois “os homens puxam mais” e deixam as gestantes mais debilitadas. Concluiu, ensinando que as ‘puxações’ são feitas com óleo de andiroba e orações. A ‘puxação de barriga’ durante a gravidez, todavia, não deve ser confundida com o acompanhamento feito por parteiras, sendo o objetivo aliviar alguns incômodos da gravidez. (Fleischer, 2008)

Há conhecimentos transmitidos pelos antepassados ou por caruanas (guias/entidades espirituais) que, “sopram nos ouvidos, que falam, conversam mesmo com a gente.” (Sr^a. Amélia R. Paraense, diálogo realizado em maio/2016) Tais aprendizados também foram referidos por algumas interlocutoras que, diferentemente da Sr^a. Amélia, não foram aprontadas (preparadas espiritualmente por alguém mais experiente) e nem tem a mesma experiência que ela, mas reconhecem e são reconhecidas como tendo um dom. Elas disseram sentir que são inspiradas a orientar alguém em dificuldade. Pode ser ensinando a preparar um chá, ou mesmo para interceder espiritualmente por alguém. “Eu sonho. Eu tive um sonho e alguém me disse que eu tenho o dom de curar e ajudar as pessoas. [E você exerce seus dons?] Sim, todos os dias, orando e dizendo uma boa palavra, ajudando. Todo mundo tem um dom.” (Sr^a. Maria José Carneiro, diálogo realizado em maio/2016)

Há, ainda, o conhecimento adquirido para o exercício profissional remunerado, buscado em instituição formal de ensino. De modo geral esse conhecimento tem sua importância reconhecida, porém, para algumas interlocutoras, não é o mais valorizado e nem o mais exato, estando sujeito a erros, por conectar-se e ser sustentado apenas em um dos mundos – “o que a gente vive”. O assunto será aprofundado no terceiro tópico, a seguir.

“POR QUE OS CONHECIMENTOS TRADICIONAIS ESTÃO FIRMADOS EM TRÊS MUNDOS”

Ao longo dos trabalhos de campo foi possível apreender distintas percepções sobre os conhecimentos tradicionais e os acadêmicos e as suas influências na capacidade de resolutividade dos sistemas de saúde, o oficial – Sistema Único de Saúde



(SUS) e os sistemas locais que existem concomitante ao oficial. 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.

“Problemas de cérebro, cirurgia, o pajé, ele não pode resolver, mas problema espiritual e outras coisas assim, quero ver se o médico resolve. Não, não pode resolver.” (Sr^a. Maria José Carneiro, diálogo realizado em agosto/2014) Esta percepção atribui capacidade de resolutividade para ambos os sistemas, sendo validados todos os tipos de conhecimento. Entretanto, há separação entre doenças que seriam ‘de pajé’, que envolvem aspectos espirituais, cosmológicos e socioambientais; e doenças ‘de médico’, situadas no âmbito biológico.

No âmbito dessa percepção, há equivalência entre a capacidade de resolutividade de um pajé e de profissionais da saúde, independente do aparato tecnológico, sendo determinantes as habilidades adquiridas para lidar com as dimensões biológica, socioambiental, e espiritual que interferem no processo saúde-doença. Em certa ocasião indaguei à Sr^a. Maria Conceição S. dos Santos se quebranto poderia ser tratado no sistema de saúde oficial. Antes que eu tivesse concluído a pergunta ela respondeu: “Iche, eles nem sabem o que é isso.” (Diálogo realizado em abril/2016)

A distinção de doenças que podem ser tratadas por pajés ou por médicos têm semelhanças com as classificações ‘doenças de índio’ e ‘doenças de branco’, utilizadas por povos indígenas tais como os Kuikuro do Alto Xingu – (Verani, 1991); os Waiãpi que vivem no Amapá (Buchillet, 1991-a); os Baniwa (Arawak) e os Desana, ambos os povos vivendo no Alto Rio Negro. (Garnelo & Buchillet, 2006) Entretanto, tal classificação é problematizada por Dominique Buchillet (1991-b) por sugerir uma incapacidade de respostas terapêuticas dentro dos sistemas médicos indígenas e, assim, justificar a intromissão externa de profissionais da saúde e a expansão da medicina biomédica entre povos indígenas.



Para Buchillet (1991-b), embora a “categoria genérica *doença de branco*” (p. 177) seja utilizada pelos próprios indígenas, ela deve ser interpretada muito mais como “uma categoria de caráter relacional.” (p. 177) A categoria deve ser interpretada muito mais como denúncia dos efeitos sociais do contato interétnico do que, necessariamente, como impotência ou incapacidade dos indígenas e seus sistemas médicos.

Em outra forma de percepção distinta, não há limites para nenhum dos tipos de conhecimento, seja o acadêmico ou o tradicional. Na percepção do Sr. Hamílton Corrêa Carneiro o conhecimento acadêmico, que ampara a medicina biomédica, é “sem limites, pois tudo pode acontecer. Uma coisa que ninguém sabe hoje, é descoberta amanhã. Tudo muda, pode acontecer. As pessoas que trabalham no hospital, cada um é cada um...”. (Sr. Hamílton C. Carneiro, diálogo realizado em abril/2016)

Uma das justificativas para a capacidade ilimitada dos conhecimentos acadêmicos é o dinamismo do próprio conhecimento que, segundo o Sr. Hamílton, pode mudar a qualquer momento. Outra razão seria a subjetividade e a sensibilidade dos profissionais, onde “cada um é cada um...”. Sendo assim, por interesse próprio ou pelas habilidades e escolhas individuais os profissionais da saúde podem, a qualquer momento, desenvolver práticas inéditas e construir novos domínios ou utilizar seus dons espirituais, ainda que seja no anonimato. A articulação feita pelo Sr. Hamílton entre capacidade tecnológica, subjetividade e sensibilidade como aspectos geradores de resolutividade, remete à discussão que vem sendo feita por Madel Luz (1997) acerca da expansão no Brasil de medicinas denominadas tradicionais, evidenciadas a partir dos anos de 1980.

Para Luz (1997) a racionalidade terapêutica de tais medicinas contrapõe-se à “racionalidade médico ocidental” (1997, p. 28) voltada à diagnose e pode contribuir para a construção de “um novo paradigma médico.” (1997, p. 28) Dos cinco aspectos apontados pela autora como sendo basilares desse novo paradigma, quatro relacionam-se diretamente a escolhas e posturas profissionais que valorizam e envolvem a subjetividade dos sujeitos em relação. A criação de vínculos, o contato, a proximidade, a centralização da pessoa doente e não da doença nos processos de tratamento, são alguns dos aspectos destacados.



Apenas um dos aspectos apontados por Luz (1997) diz respeito à capacidade tecnológica, não necessariamente para afirmar a sua importância na resolutividade de problemas de saúde. Ao contrário, para relativizá-la, pois “sabe-se [...] que uma tecnologia relativamente simples, e adquirida pela medicina há várias décadas seria suficiente para enfrentar as doenças mais comuns [...], seja as infecto-contagiosas, seja as crônicas.” (Luz, 1997, p. 30)

Ao contrário do posicionamento do Sr. Hamilton C. Carneiro, a Sr^a. Maria da Conceição Sarmiento afirma que o poder ilimitado dos conhecimentos tradicionais não se aplica à ‘ciência’. Ao ser indagada se haveria limites para tais conhecimentos e práticas locais de cuidado em saúde ela assim se expressou:

[n]ão, os conhecimentos tradicionais não têm limites. [por quê a senhora pensa assim?] Porque os conhecimentos tradicionais estão firmados em três mundos. [Três mundos? Que mundos são esses?] O mundo do fundo, o mundo espiritual e o mundo que a gente vive. O mundo do fundo é dos encantados, que pode ser pássaro, peixe, índio, qualquer pessoa. É o mundo das águas de rio, lago, igarapé, mar, [...] das águas. Aqui em Bairro Alto teve uma pessoa que desapareceu, virou encantado e hoje baixa nos pajés. Houve pessoas que desapareceram e voltaram. Olha, é muita coisa, é muito conhecimento, por isso não tem limite. Não tem nada a ver com religião. Não há religião melhor que a outra. Todas salvam, mas depende de nós dentro de cada religião. A medicina tradicional é infinita e acho que as pessoas deveriam se atrelar à ela. A cura, a medicina tradicional é perfeita. (Sr^a. Maria da Conceição Sarmiento, diálogo realizado em abril/2016)

A concepção sobre a existência de outros mundos também é partilhada por outras especialistas a exemplo das senhoras Amélia R. Paraense e Raimunda de Jesus Corrêa Carneiro.⁷ Ambas referiram ao “mundo do fundo” e a Sr^a. Raimunda, especificamente, ainda explicou que o mundo “do ar é da linha do batuque”, relacionando-a à Umbanda. (Diálogo realizado em abril/2015) Para explicar o “mundo que a gente vive”, a Sr^a. Maria da Conceição abriu os braços e olhando em volta exclamou: “é esse mundo aqui!”. (Diálogo realizado em abril/2016) O “mundo

⁷ Falecida em setembro de 2015.



espiritual”, equivalente ao mundo do “ar”, seria restrito aos espíritos, que podem ser divindades, os(as) santos(as) e espíritos de mortos.

A concepção sobre a existência de vários mundos é identificada também entre os Hupdê que vivem no estado do Amazonas. (Athias, 2003) Entretanto são atribuídos significados diferentes dos que foram mencionados e apreendidos entre as especialistas locais. Também diferem as possibilidades de interação entre os seres ou entidades que habitam os mundos, assim como os habitantes desses mundos, à exceção do mundo terrestre, no qual habitam seres humanos. Nos mundos embaixo do solo e das águas como são concebidos pelos Hupdê, ao contrário do ‘mundo “do fundo”’, são as moradas dos espíritos.

Nos mundos “acima da terra [...] em direção ao céu infinito [estão] estrelas, pássaros e urubus [e] são todos habitados por entidades mitológicas na forma de animais, frutas e energias.” (Athias, 2003, p. 13) Existe em comum a inter-relação entre os mundos na produção de saúde-doença e a posição verticalizada em que se encontram. Em ambas as percepções, o pajé ou xamã é quem tem o poder para se movimentar entre os vários mundos, equilibrar as energias, especificamente os Hupdê, e curar as doenças provenientes de todos os mundos.

A concepção sobre a existência de três mundos foi mencionada pela Sr^a. Maria da Conceição S. dos Santos para explicar o poder de cura dos conhecimentos tradicionais em relação ao poder dos conhecimentos acadêmicos, que amparados apenas no “mundo que a gente vive”, tem sua capacidade de resolutividade limitada. O câncer, considerado como uma das doenças mais desafiadoras da atualidade foi utilizado para ilustrar o poder de cura dos conhecimentos tradicionais, pois “antigamente o nome do tumor maligno era pustema, e se curava com chá e oração. Eu soube de muitos casos de pessoas que colocaram o tumor para fora. Hoje em dia o médico diz que não pode operar, e não tem cura”. (Diálogo realizado em abril/2016)

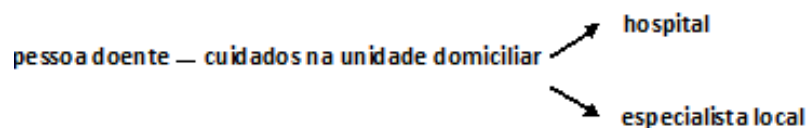
As narrativas evidenciam o dinamismo das culturas, tanto no que se refere à variedade de práticas – benzeção, curandeirismo, pajelança, uso de chás, emplastros, aplicação de ventosas, conserto de ossos, quanto nas formas de ensino/aprendizagem e transmissão. O ensinamento de tais práticas é atribuído aos seres dos três mundos [por



isso] “o conhecimento tradicional, essas práticas [...] o conhecimento é poderoso, infinito, não tem limites.” (Sr^a. Maria da Conceição Sarmiento, diálogo realizado em abril/2016)

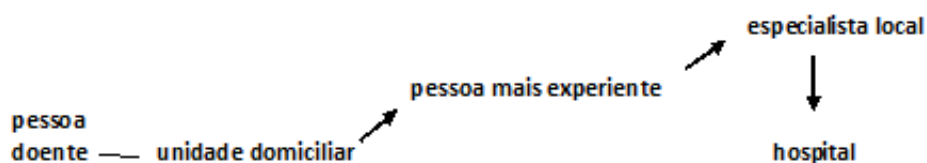
Embora pareça não haver consenso acerca da existência de limites dos conhecimentos acadêmicos, se comparados aos conhecimentos tradicionais, estes tiveram a valorização reafirmada nas escolhas de itinerários terapêuticos, iniciados em sua maioria a partir dos conhecimentos tradicionais. A expressão “itinerários terapêuticos” é utilizada para designar “o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações [...] e curas.” (Buchillet, 1991-a: p. 28). As tendências na escolha de itinerários podem ser ilustradas por meio das seguintes figuras, elaboradas com base nos resultados da pesquisa de campo, conforme informado na introdução deste artigo:

Figura 1. Itinerário: unidade domiciliar, hospital, especialista local



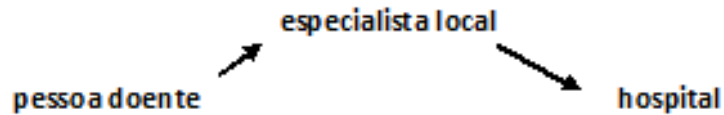
a. “Só depois, depois que vão procurar médico, só se aquele remédio não der certo.”

Figura 2. Itinerário: unidade domiciliar, pessoa mais experiente, especialista local, hospital



b. Quando os remédios caseiros não resolvem, se busca a(o) especialista local

Figura 3. Itinerário: especialista local, hospital



c. “Eu acho que o conhecimento que a comunidade tem é mais importante”

Figura 4. Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, especialistas locais



d. “Eu faço é correr para os dois lados”

Figura 5. Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, especialistas locais, evangélicos



e. “Saúde tem dos dois lados”

Figura 6. Itinerário: remédios caseiros, unidade de saúde, clérigos e/ou leigos



f. “Antes eu mesma benzia, mas agora eu vou para a igreja”

De modo geral os itinerários refletem concepções de saúde que envolvem as dimensões biológica, socioambiental espiritual e psicossocial. Também é possível observar nas figuras que à exceção de um itinerário terapêutico, todos os demais são iniciados na unidade domiciliar da pessoa que se encontrava doente, sendo que os primeiros recursos terapêuticos utilizados são os remédios caseiros e os cuidados de alguém experiente da própria comunidade ou de um(a) especialista local da mesma CQ ou não.

TENTANDO FINALIZAR...

Os conhecimentos tradicionais, referidos pelas(os) interlocutoras(es) como "nossos conhecimentos" são tratados como patrimônio, pelo reconhecimento de sua importância para sobrevivência material e imaterial dos coletivos quilombolas. Os conhecimentos, aplicados no desenvolvimento de tecnologias utilizadas para o manejo de bens da natureza, na organização social dos coletivos por meio das lideranças tradicionais e políticas e nas práticas terapêuticas são "vizinhados". Por serem importantes, há o entendimento que tais conhecimentos devem ser compartilhados, e o são. No entanto, interlocutoras(es) mais vividas(os) afirmam a existência de um choque geracional, que leva as pessoas mais jovens a não valorizar os conhecimentos tradicionais.

No âmbito da saúde, os conhecimentos tradicionais são colocados em prática por meio dos dons, que devem ser utilizados em favor de quem necessitar. Esses conhecimentos têm função determinante no processo saúde-doença, podendo viabilizar



a saúde, quando são valorizados ou, ao contrário, o adoecimento. Por isso entende-se que a responsabilidade nos cuidados em saúde deve ser coletiva. Igualmente a autonomia, possibilitada pelo conhecimento sobre o próprio corpo e sobre os demais corpos das pessoas com as quais se tem responsabilidade nos cuidados em saúde é estratégica para conter a medicalização. Segundo a Sr^a. Maria Helena Chaves, as pessoas “de hoje” não conhecem mais o próprio corpo e nem entendem o seu funcionamento, pois desde que “apareceram os médicos, ninguém sabe mais nada.” (Diálogo realizado em agosto/2014)

Foram identificadas três percepções distintas sobre o poder dos conhecimentos tradicionais e acadêmicos em relação à capacidade de resolutividade dos sistemas de saúde, o oficial biomédico e os demais sistemas de saúde não biomédicos, orientados pelos conhecimentos tradicionais. Em uma delas se afirma a existência de limites para ambos os conhecimentos devido às dimensões com as quais estão implicados. Em outra percepção não se vê limites para o conhecimento acadêmico, que fundamenta a medicina biomédica, devido ao dinamismo desse conhecimento para desenvolver tecnologias e à subjetividade dos sujeitos que operacionalizam tais conhecimentos.

Uma terceira forma de percepção não reconhece limites para os conhecimentos tradicionais, por estarem sustentados em três mundos – no “mundo do fundo”; no “mundo do ar” ou “espiritual”; e no “mundo que a gente vive”. Apesar do aparente dissenso, as escolhas de itinerários terapêuticos baseadas na percepção sobre o poder dos conhecimentos acadêmicos em relação aos tradicionais, revelaram preferência por práticas terapêuticas desenvolvidas no âmbito dos conhecimentos tradicionais. A certeza do dinamismo na (re)produção dos conhecimentos tradicionais, em especial dos que são relacionados à produção de saúde, de certa forma, consola as(os) interlocutoras(es) quanto à possibilidade de morte daquelas(es) que são detentoras(es) desses conhecimentos. Como afirma a Sr^a. Maria José Alcântara Carneiro:

ele vai morrer. Ele vai morrer. Eu agradeço a Deus por Manoel [de Souza Macedo, Manduca] existir, por [Manoel] Cipriano [Leal] ainda existir, por aqueles que já foram, mas que deixaram um pouco do seu conhecimento para nós. E depois? Como é que vai ficar essa nova geração? Essa outra geração que está nascendo, que está crescendo? Vai nascer outras pessoas com o dom. Eu



tenho certeza disso. Porque não é só médico que cura. Não é só a Medicina que cura. (Diálogo realizado em agosto/2014)

REFERÊNCIAS

Leis e documentos citados

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20.07.2014.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Levantamento de Comunidades Quilombolas*. 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico/gestao-municipal/processo-de-cadastramento/arquivos/levantamento-de-comunidades-quilombolas.pdf/view?searchterm=COMUNIDADES%20QUILOMBOLAS>. Acesso em 02.04.2015.

_____. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). *Diagnóstico das Ações do Programa Brasil Quilombola*. Brasília: SEPPIR. 2012. Disponível em: <http://www.portaldaiigualdade.gov.br/portal-antigo/destaques/pbq-diagnostico-julho-diagramado>. Acesso em 08.06.2014.

Bibliografia consultada

Anjos, Rafael S. A. dos. “A Territorialidade dos Quilombos no Brasil Contemporâneo: uma aproximação” *In Igualdade Racial no Brasil: reflexões no Ano Internacional dos Afrodescendentes / Tatiana Dias Silva, Fernanda Lira Goes (Orgs.)*. Brasília: IPEA. 2013. pp. 137-152.

Arêda-Oshai, Cristina Maria. “Não é só médico que cura, não é só a medicina que cura”: *Perspectivas sobre saúde entre Coletivos Quilombolas no Marajó – Para/Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará, Belém, 2017. (Inédita)

Athias, Renato. “Medicina Tradicional e Doenças Contagiosas entre os Hupdë-Maku do Rio Negro (Amazonas)” *In Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [et al.]*; organização Leila Sollberger Jeolás, Marlene de Oliveira. Londrina: as organizadoras. 2003. pp. 09-20.

Barth, Fredrik. *O Guru. O Iniciador e outras Variações Antropológicas*. Rio de Janeiro: Contra Capa. 2000.

Beltrão, Jane Felipe; Caroso, Carlos. “Patrimônio, Linguagens e Memória Social: problemas, estudos e visões no campo da Antropologia” *In Associação Brasileira de Antropologia. Antropologia e Patrimônio Cultural: diálogos e desafios contemporâneos / organizadores – Manuel Ferreira Lima Filho, Jane Felipe Beltrão, Cornélia Eckert*. Blumenau: Nova Letra. 2007. pp. 45-56.

Bezerra Neto, José Maia. *Escravidão Negra no Pará: (séculos XVII-XIX) / José Maia Bezerra Neto*. Belém: Paka-Tatu. 2012.



Buchillet, Dominique. “A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde” *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. 1991-a. pp. 21-44.

_____. “A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?” *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. 1991-b. pp. 175-206.

Fleicher, Soraia. “Então, minha filha, vamos se afomentar? Puxação, Parteiras e Reprodução em Melgaço Pará” *In Ciência & Saúde Coletiva*, 13(3). 2008. pp. 889-898. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/11.pdf>. Acesso em 20.06.2016.

Garnelo, Luiza; Buchillet, Dominique. “Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (Arawak) e Desana (Tukano Oriental) do Alto Rio Negro (Brasil)” *In Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, 12 (26), 2006. pp. 231-260.

Gonçalves, José Reginaldo S. “Os Limites do Patrimônio” *In Associação Brasileira de Antropologia. Antropologia e Patrimônio Cultural: diálogos e desafios contemporâneos / organizadores – Manuel Ferreira Lima Filho, Jane Felipe Beltrão, Cornélia Eckert*. Blumenau: Nova Letra. 2007. pp. 239-248.

_____. “As Transformações do Patrimônio: da retórica da perda à reconstrução permanente” *In Antropologia e Patrimônio Cultural: trajetórias e desafios / organizadores – Izabela Maria Tamaso e Manuel Ferreira Lima Filho*. Brasília: Associação Brasileira de Antropologia. 2012. pp. 59-74.

Guimarães, Elianete de S.; Sousa, Elieide de A. “Educação quilombola, memória e patrimônio na comunidade quilombola de Rosário – Salvaterra/PA” *In Mobilização Social na Amazônia / Paula Lacerda*. Rio de Janeiro: E-Papers, 2014. pp. 345-355.

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

Leal, Izabeli da S. “História da Comunidade Santa Luzia” *In Acervo do Projeto Ijê Ofé*. Fórum de Ong’s e Movimentos Sociais da Amazônia Oriental (FAOR). Belém. 2012. (Inédito)

Luz, Madel. “Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX” *In Phisys: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 7(1). 1997. pp: 13-43.

Malcher, Maria Albenize Farias. Formação e Territorialização Quilombola no Estado do Pará. *Revista da ABPN*, v. 9, n. 23 – jul –out 2017, pp. 57-81. Disponível em: <http://abpnrevista.org.br/revista/index.php/revistaabpn1/article/view/507/380>. Acesso em 08.11.2017.

Malungu. *Quilombolas do Pará: Reafirmando Identidades*. Pará: Malungu. s/d.

Matos, Thamirys Di Paula C. de. *Narrativas e saberes de curadores da Linha do Fundo*. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Universidade Federal do Pará. Belém. 2015. (Inédita)



Maués, Raymundo H. *A Ilha Encantada: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores*. Belém: UFPA. 1990.

_____. “Medicinas populares e “pajelança cabocla” na Amazônia” In *Saúde e doença: um olhar antropológico* – Paulo Cesar Alves e Maria Cecília de S. Minayo (orgs). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1994. pp. 73-81.

_____. “Medicinas populares e “pajelança cabocla” na Amazônia” In *Uma outra Invenção da Amazônia*. Belém: Cejup. 1999. pp. 195-207.

_____. “Catolicismo e Xamanismo: comparação entre a cura no Movimento Carismático e na pajelança rural amazônica” In *ILHA*, v.4, n. 2. 2002. pp. 51-57. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ilha/article/view/15120/15570>. Acesso em 30.09.2016.

Mauss, Marcel. “As Dádivas Trocadas e a Obrigação de Retribuí-las (Polinésia)” In *Sociologia e Antropologia*, com uma introdução à obra de Marcel Mauss, de Claude Lévi-Strauss. São Paulo: EPU/EDUSP. 1974. pp. 49-67.

Nobre, Angélica H. *Atravessando Fronteiras: viagem rumo à saúde tradicional*. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Ciências Social. Universidade Federal do Pará. Belém. 2009. (Inédita)

O’Dwyer, Eliane C. “Introdução” In *Quilombos: Identidades étnicas e territorialidade* / Eliane Cantarino O’Dwyer (Org). – Rio de Janeiro: Editora FVG. 2002.

Pacheco, Agenor Sarraf. “As Áfricas nos Marajós: visões, fugas e redes de contato” In Denise Pahl Schaan e Cristiane Pires Martins (orgs). *Muito Além dos Campos – Arqueologia e História na Amazônia Marajoara*. Belém: GK Noronha. 2010. pp. 31-70.

_____. “Cosmologias Afroindígenas na Amazônia Marajoara” In *Projeto História*, n. 44. São Paulo. 2012. pp. 197-226. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/10219/9821>. Acesso em 30.09.2016.

_____. “Religiosidade afroindígena e natureza na Amazônia” In *Horizonte*, v. 11, n. 30. Belo Horizonte. 2013. pp. 476-508.

Piani, Pedro Paulo F. *Sobre a Possibilidade de Integração de Saberes Locais no SUS: um estudo sobre Mangueiras na Ilha do Marajó, Pará*. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 2007. (Inédita)

Salles, Vicente. *O Negro no Pará sob o Regime da Escravidão* / Vicente Salles. Belém: IAP; Programa Raízes. 2005.

Sampaio, Patrícia M. “Escravos e Escravidão Africana na Amazônia” In *O Fim do Silêncio* / Patrícia Melo Sampaio. Belém: Editora Açai. 2011. pp. 13-42.

Schaan, Denise Pahl. “Sobre Índios e Portugueses: arqueologia e história da ilha do Marajó” In *Marajó: arqueologia, iconografia, história e patrimônio*. Erechim (RS): Habilis. 2009. pp. 29-42

Verani, Cibele B. L. “Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu)” In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP. 1991. pp. 65-88.



Vergolino-Henry, Anaiza.; Figueiredo, Arthur N. *A presença Africana na Amazônia Colonial: uma notícia histórica*. Belém: Arquivo Público do Pará. 1990.

Recebido em setembro de 2017
Aprovado em novembro de 2017