

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE-  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE  
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
TRÊS QUILOMBOS NA AMAZÔNIA PARAENSE: UM OLHAR  
ANTROPOLÓGICO

INARA MARIELA DA SILVA CAVALCANTE

Belém-PA  
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE-  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE  
E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

INARA MARIELA DA SILVA CAVALCANTE

ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
TRÊS QUILOMBOS NA AMAZÔNIA PARAENSE: UM OLHAR  
ANTROPOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e  
Endemias na Amazônia para a obtenção  
do título de Mestre em Saúde, Sociedade  
e Endemias na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

Belém-PA  
2011

INARA MARIELA DA SILVA CAVALCANTE

ACESSO E ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
TRÊS QUILOMBOS NA AMAZÔNIA PARAENSE: UM OLHAR  
ANTROPOLÓGICO

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e  
Endemias na Amazônia para a obtenção  
do título de Mestre em Saúde, Sociedade  
e Endemias na Amazônia.

Apreciado em 25 de fevereiro de 2011

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva**

Universidade Federal do Pará (Orientador)

---

**Prof. Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira**

Universidade Federal do Pará

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Teixeira**

Universidade do Estado do Pará

---

**Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani**

Universidade Federal do Pará

CAVALCANTE, Inara Mariela da Silva. **Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde em Três Quilombos na Amazônia Paraense: Um Olhar Antropológico.** Orientador: Hilton Pereira da Silva. Belém: PPGSSE/UFPA/UFAM/FIOCRUZ, 2011. Dissertação de Mestrado

A Minha mãe Maria Clara, e a minha irmã Clarina.  
A todas as pessoas que acreditam na vida e no amor.  
A todos os negros e quilombolas que construíram  
este estudo e este país.

## Agradecimentos

À CAPES e ao Programa de Pós-Graduação Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia Interinstitucional da UFPA, UFAM e FIOCRUZ, pela bolsa de estudos que garantiu a realização deste estudo.

À toda equipe do projeto “Corpo Presente: Representações de Saúde entre Quilombolas e Políticas Públicas”, financiado pelo CNPQ.

Ao meu orientador, pelo respeito e sensibilidade em reconhecer a minha essência, por confiar a mim este desafio. Por sua tolerância nos momentos mais difíceis durante esses dois anos de orientação que me ajudaram a crescer, principalmente como pessoa, por seu exemplo como pesquisador, profissional de saúde e estudioso.

Aos quilombos África/Laranjituba, de Santo Antônio/Foz do Cravo, Mangueiras e Itacuã-Miri, que me acolheram e dividiram comigo suas histórias, angústias e sonhos.

A minha mãe Maria Clara, por seu amor incondicional, por dedicar a sua vida a me amar e por sempre acreditar em mim.

A minha irmã Clarina, pelo apoio e compreensão na minha ausência nos deveres familiar.

À Profª Laura Vidal, por estar sempre presente, acompanhar minha trajetória, e por me conceber como pesquisadora.

Ao Márcio Serrão, por seu companheirismo, paciência e compreensão sempre que nós precisávamos.

Aos meus amigos, Igor Almeida, Priscila Queiroz, Fernanda Cardoso, e casal Mercedes e André, Ligia Filgueiras, Juliana Garcez, Rute Araújo, Aline Macedo, Joana Carmem, Ariana da Silva, Luis Parlandim, William Borges e Antonino da Silva que, mesmo distantes, sempre estiveram presentes me apoiando e acompanhando todos os momentos desta fase da minha história.

As minhas amigas de mestrado, Andréia Pessoa, Maria Clara Figueiredo, Daine Locks e Vera Coimbra, pelo companheirismo durante todo o mestrado.

Todos os homens do mundo, na medida  
em que se unem entre si em sociedade,  
trabalham, lutam e melhoram a si  
mesmos.  
Antonio Gramsci (1891-1937)

## Sumário

<b>Resumo .....</b>	<b>10</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>11</b>
<b>Lista de Ilustrações ou Figuras .....</b>	<b>12</b>
<b>Lista de Gráficos .....</b>	<b>14</b>
<b>Lista de Abreviaturas e Siglas .....</b>	<b>15</b>
<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....</b>	<b>16</b>
<b>CAPÍTULO I. CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL E BASE TEÓRICA .....</b>	<b>21</b>
1. Da Diáspora Africana aos Quilombos na Amazônia Brasileira .....	21
2. Marco Teórico: Acesso e Acessibilidade aos Serviços de Saúde.....	26
2.1. Acesso .....	27
2.2. Acessibilidade .....	29
3. Políticas públicas de saúde no Brasil para a População Negra .....	31
<b>CAPÍTULO II. A ARTE DE DIRIGIR O ESPIRITO NA INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>36</b>
1. Métodos de pesquisa .....	36
1.1. Abordagem .....	36
1.2. Local .....	37
1.3. Sujeitos da pesquisa e instrumentos utilizados .....	37
1.4. Produção de dados .....	39
2. Métodos de interpretação e análise .....	42
2.1. Arte e Ciência de Descrição e Análise Minuciosa .....	42
<b>CAPÍTULO III. CARACTERIZAÇÃO DOS QUILOMBOS, CONHECER E RECONHECER .....</b>	<b>44</b>
1. África/Laranjituba .....	44
2. Santo Antônio/ Foz do Cravo .....	53
3. Mangueiras .....	60
<b>CAPÍTULO IV. DIMENSÃO GEOGRÁFICA .....</b>	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO V. DIMENSÃO FUNCIONAL .....</b>	<b>87</b>
<b>CAPÍTULO VI. DIMENSÃO ECONÔMICA .....</b>	<b>107</b>
<b>CAPÍTULO VII. DIMENSÃO CULTURAL .....</b>	<b>114</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>127</b>
<b>REFRÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>131</b>



ANEXOS ..... 140

## RESUMO

As populações quilombolas estão entre os grupos em situação de vulnerabilidade no Brasil, no que diz respeito a serviços de saúde. Este estudo qualitativo se desenvolveu com o objetivo de conhecer o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde em quilombos na Amazônia Paraense, em três comunidades: África/Lanranjituba, em Abaetetuba, Santo Antonio/Foz do Cravo, em Concórdia do Pará e Mangueiras, em Salvaterra, na ilha do Marajó. Os sujeitos da pesquisa foram os moradores, os gestores e os profissionais de saúde dos municípios. Outras fontes foram os dados das condições socioeconômicas das famílias do “Projeto Corpo Presente” e análise documental de relatórios e informações do Ministério da Saúde. A pesquisa descreve o acesso aos serviços de saúde a partir de quatro dimensões, Geográfica, Funcional, Cultural e Econômica. Faz uma análise transversal do acesso enquanto categoria do planejamento e gestão dos serviços de acordo com a re-interpretação de modelos assistenciais em saúde. Constatou-se a dificuldade e/ou impossibilidade dos quilombolas em terem acesso e acessibilidade a todos os níveis de complexidade de assistência em saúde, sendo isto, resultado de um conjunto de processos que envolvem vários aspectos como: a distância dos centros urbanos; a falta de serviços que ofereçam acesso a estes por via terrestre e fluvial; os elevados custos financeiros (transporte, alimentação, medicamentos, estadia na cidade, etc.) da busca por serviços de saúde; a falta de adequação aos hábitos e costumes afrodescendentes por parte dos gestores e profissionais de saúde que os atendem e a funcionalidade dos serviços de saúde ofertados. Conclui-se que os serviços de saúde são apenas ofertados pelos gestores municipais a partir dos Modelos Economista e Planificador em virtude do sistema brasileiro de alocação de verbas para saúde, portanto, não existe uma Política Nacional de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde que permita concretizar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Assim, é fundamental o planejamento de políticas públicas de saúde de acesso e acessibilidade a partir de uma lógica participativa e promotora da equidade em saúde, compatíveis coma a dinâmica geográfica e sócio-cultural da Amazônia Brasileira.

Palavras-chave: Acesso aos serviços de saúde, vulnerabilidade, grupo de ancestrais negros, Sistema Único de Saúde;

## **ABSTRACT**

The quilombola populations are among the most vulnerable groups of Brazil related to health services. This qualitative study aimed to know the access and accessibility to the health services in quilombos in the Paraense Amazonia, in three communities, África/Lanranjituba in Abaetetuba, Santo Antonio/Foz do Cravo in Concórdia do Pará and Mangueiras, in Salvaterra in the Marajó island. The subjects of the research were the residents and the managers and health professionals of the municipal district. Other sources were: the primary data of the socioeconomic conditions of the families and documental analysis of reports and information from the Ministry of Health. The research describes the access to the health services from four dimensions, Geographical, Functional, Cultural and Economical, and presents a transverse analysis of the access while analytical category of the planning and administration of the services in agreement with the re-interpretation of welfare care models in health. It was detected the difficulty and/or impossibility of the quilombolas in having access and accessibility to all the levels of complexity of health attendance, being this a result of a group of processes that involve several aspects as the distance of the urban centers and the lack of services that offer access by land and fluvial; the high financial costs (transport, feeding, medicines, permanence in the city, etc.) of the search for health services; the adaptation lack to the afro-descending habits from the managers and health professionals that assist them; and the functionality of the health services offered. We concluded that the health services are just offered by the municipal managers that adopt the Economic and “Planificador” Models due to the Brazilian system of allocation of budgets for health, so there is not a National Politics of access and accessibility to health services that allows the National Politics of Integral Health of the Black Population to become real. Therefore it is fundamental the planning of health public politics of access and accessibility starting from a participative and promoter of the health equity logic, compatible with the geographical and socio-cultural dynamics of the Brazilian Amazonia.

**Key-Words:** Access to the health services, Vulnerability, African Continental Ancestry Group, Unique System of Health.

## Lista de Ilustrações ou Figuras

Figura 1	Mapa do município de Abaetetuba, Pará, Brasil	43
Figura 2	Chegando à África, nota-se o teto da escola ao fundo	44
Figura 3	Casa de farinha de África	45
Figura 4	Forno da casa de farinha	45
Figura 5	Ponte de madeira no caminho para Laranjituba	49
Figura 6	Escola de Laranjituba	50
Figura 7	Placa de absorção da luz solar	50
Figura 8	Aparelho celular conectado a antena externa de TV	51
Figura 9	Mapa do município de Concórdia do Pará, Brasil	52
Figura 10	Travessia de balsa Inhangapi-Bujaru	53
Figura 11	Acidente ocorrido na chegada ao quilombo	54
Figura 12	Caminho aos sítios ou vilas	54
Figura 13	Escola de ensino fundamental no Curuperé	54
Figura 14	Posto de saúde na comunidade Curuperé	55
Figura 15	Trapiche na Vila Foz do Cravo	55
Figura 16	Mapa do Município de Salvaterra na ilha do Marajó, Pará	59
Figura 17	Local de embarque e desembarque. Visão de Mangueiras para a Laje	60
Figura 18	Principal meio de transporte de Mangueiras	61
Figura 19	Descampado em frente à vila de casas em Mangueiras	62
Figura 20	Casas de taipa com telhado de palha	63
Figura 21	Igreja da Vila do Caeté	69
Figura 22	Piso da entrada principal da igreja da Vila do Caeté	69
Figura 23	Placa na entrada do Balneário	70
Figura 24	Placa de inauguração da calçada	70
Figura 25	Calçada que leva ao balneário de Vila Caeté	70
Figura 26	Posto de Saúde desativado	70
Figura 27	Parte da estrada que leva às comunidades	71
Figura 28	Elementos que representam entidades da Religião de Matriz Africana	119
Figura 29	Casaca de Mamorama e Caju “de molho” na água natural	120
Figura 30	Ritual de Cura, Caboco Raimundo pisando em cacos de vidro de	124

uma garrafa de vinho usado para banhar a sua devota e desta  
forma curá-la

## Lista de Gráficos

Gráfico 1	Tipo de moradia em África/Laranjituba	45
Gráfico 2	Origem da água para consumo em África/Laranjituba	46
Gráfico 3	Destino do esgoto em África/Laranjituba	46
Gráfico 4	Destino do lixo em África/Laranjituba	47
Gráfico 5	Renda familiar em África/Laranjituba	48
Gráfico 6	Principais atividades Econômicas em África/Laranjituba	48
Gráfico 7	Tipo de moradia em Santo Antônio/Foz do Cravo	56
Gráfico 8	Destino do esgoto em Santo Antônio/ Foz do Cravo	56
Gráfico 9	Origem da água para consumo em Santo Antônio/Foz do Cravo	57
Gráfico 10	Renda familiar em Santo Antônio/Foz do Cravo	57
Gráfico 11	Atividade econômica em Santo Antônio/ Foz de Cravo	58
Gráfico 12	Tipo de moradia de Mangueiras	63
Gráfico 13	Destino do esgoto em Mangueiras	64
Gráfico 14	Origem da água para consumo em Mangueiras	64
Gráfico 15	Destino do lixo em Mangueiras	65
Gráfico 16	Atividade econômica em Mangueiras	66
Gráfico 17	Renda familiar de Mangueiras	67

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ABS - Atenção Básica de Saúde

ARQUINEC - Associação de Remanescentes de Quilombos Nova Esperança de Concórdia

CEDENPA - Centro de Defesa e Estudo do Negro no Pará

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

CNPIR - Conferencia Nacional de Promoção a Igualdade Racial

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNCQ - Coordenação Nacional das Comunidades de Quilombos

DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GTI - Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IST's - Infecções Sexualmente Transmissíveis

ITERPA - Instituto de Terras do Pará

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

MST - Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra

NAEA - Núcleo de Altos Estudos Amazônicos

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PCCU - Preventivo de Câncer de Colo Uterino

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SEDUC - Secretaria de Educação do Estado do Pará

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SESPA - Secretária de Estado de Saúde Pública do Pará

SNSPN - Seminário Nacional de Saúde da População Negra

GIS - Sistema de Informação Geográfica

SUS - Sistema Único de Saúde

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

'Stamos em pleno mar... Doudo no espaço  
Brinca o luar — dourada borboleta;  
E as vagas após ele correm... cansam  
Como turba de infantes inquieta.

'Stamos em pleno mar... Do firmamento  
Os astros saltam como espumas de ouro...  
O mar em troca acende as ardentias,  
Constelações do líquido tesouro...

Castro Alves- Navio Negreiro

O direito à saúde, universalizado no Brasil por meio da Carta Magna de 1988, regulamentado pelas Leis orgânicas da saúde nº 8.080/90 e 8.142/90, define que a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão, cabendo ao Estado prover todas as condições para o seu pleno desenvolvimento. A Constituição de 1988, mais especificamente no artigo 198, muda legalmente a concepção oficial do Estado em promover a saúde no território nacional, pois considera os fatores determinantes e condicionantes, e traz ações de organização social que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

O conceito, assegurado na legislação brasileira, constitui-se como um direito da cidadania a ser garantido pelo Estado e coloca a universalidade da atenção como uma medida que implica a formulação de um modelo social ético e equânime, norteado pela inclusão social e pela solidariedade humana (ASSIS et al, 2003).

Cabe ao SUS o objetivo de superar a desigualdade na assistência à saúde dos brasileiros, através da universalidade, da integralidade e da equidade. A universalidade considera todas as pessoas “cidadãos”, dando a elas o direito aos serviços de saúde e o acesso como política pública. A integralidade da assistência é o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de prevenção, promoção e recuperação da saúde individual e coletiva em todos os níveis tecnológicos do sistema (BRASIL, 1990). E a equidade, uma das concepções principais neste estudo, que segundo Starfield (2002), inclui uma visão de solidariedade consagrada nos documentos da OMS desde 1996, cujo enfoque é “a redução das disparidades no estado de saúde e nos serviços de saúde entre grupos sociais, caracterizados pelos diferentes níveis de privilégios sociais ou econômicos” (p. 666).



Entretanto, os mais de vinte anos de SUS e as suas dificuldades de se fazer presente revelam desafios, dificuldades na concretização do acesso universal aos serviços de saúde, o fortalecimento da saúde como um bem público, direito individual e coletivo, e na organização da sociedade para a construção de uma gestão em saúde, democrática, participativa e popular.

O cenário de mudanças políticas e sociais na concepção de saúde construída pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil universalizou o acesso aos serviços como a principal mudança do sistema de saúde do Brasil, o que resultou na criação de Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, o sistema não dá a devida prioridade aos dispositivos legais garantidos para a população negra, tais como a garantia da implantação de Equipes de Saúde da Família em quilombos na atenção básica e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), pois não é a simples disponibilidade do serviço ou programa num local que garante a sua efetiva utilização.

Portanto, a concepção de acesso e acessibilidade deste estudo vai além da simples cobertura dos serviços de saúde, e abrange universalização, equidade e integralidade destes a partir da compreensão do acesso aos serviços de saúde de comunidades quilombolas no espaço amazônico e da convicção que o planejamento público de ações e serviços no SUS é um valioso instrumento de combate à desigualdade social gerada pela disputa ideológica entre os projetos políticos de saúde e de sociedade.

Atualmente, toda a sociedade, especialmente a parcela negra, sofre com a herança ainda presente do preconceito velado, numa sociedade que vive a realidade da iniquidade e da intolerância às diferenças culturais dos negros, dos indígenas e de tantos outros grupos. Mesmo que a existência de políticas públicas direcionadas aos quilombolas e à população negra em geral represente um avanço, a lei em si ainda não é uma possibilidade de concretização de uma prática social- mas ao mesmo tempo em que não se cria igualdade por lei, não se consolida a igualdade sem a lei (ASSIS, 2003)

Na região amazônica há um caráter territorial particular que requer políticas públicas que atentem para a especificidade da sua gente e sua terra, pois nela

“(…) encontra-se a maior biodiversidade da Terra, um terço da variabilidade genética estimada do planeta e a maior sociodiversidade da humanidade, entretanto pouco se conhece além de sua fauna e flora, a sua população e sua situação de saúde.” (SILVA, 2006, p.78).

A Amazônia legal Brasileira tem hoje 9 estados, corresponde a 61% do território Nacional e tem 12,5% da população Brasileira. Amaral et al (2008), ressalta as características diferenciais da região, distribuição desigual da população e de renda, hábitos

de consumo e cultura diversificados. O autor coloca ainda os grandes problemas na circulação de pessoas e mercadorias, em virtude das grandes distâncias, principalmente em muitos municípios isolados no meio da densa vegetação de floresta, uma vez que a conexão entre eles através da malha rodoviária, é muitas vezes, inexistente ou precária. Em grande parte deles, o acesso se dá apenas por meio de barcos ou aviões de pequeno porte, além de hidrovias com problemas de navegabilidade. Quanto à saúde, Oliveira (2008), refere que os estados da região Norte estão entre aqueles com a menor cobertura de serviços de saúde e, destaca a potencialidade do SUS na região pois, 92% da população residente o tem como única possibilidade de acesso aos serviços de saúde - o maior em todas as regiões do país.

Tais condições peculiares, por si, questionam o planejamento de políticas públicas na Amazônia, pois a configuração espacial da região pode representar barreiras importantes à prestação de serviços de saúde em todos os níveis e, conseqüentemente, comprometer a qualidade de vida da população e promover uma alocação ineficiente de recursos públicos.

Os estados do Amazonas e do Pará são os que mais contribuem para a participação da Região Norte no PIB nacional (4,6%), entretanto, Roraima e Rondônia são os que possuem a maior renda per capita da região. O Pará é o estado que detém quase a metade de toda a população amazônica, no entanto, conta com uma rede de serviços de saúde insuficiente e escassa, principalmente de recursos humanos. Isso se acentua com a metropolização dos serviços de saúde em torno da capital, Belém, que atende uma grande extensão territorial do seu entorno (AMARAL et al, 2008).

Portanto, neste contexto, o acesso aos serviços de saúde na região é um problema socialmente significativo para o cenário da Amazônia Brasileira, para o estado do Pará e para as regiões vizinhas da capital do estado, onde estão localizadas as principais demandas dos serviços. Entretanto, a singularidade do recorte deste estudo sobre o acesso aos serviços de saúde em quilombos se faz inédita e comprometida com a diminuição da desigualdade e da exclusão deste grupo social no Brasil, na Amazônia, na Região Norte e no estado do Pará.

O desejo de realizar um trabalho com este recorte surgiu com o meu primeiro emprego como enfermeira. Fui convidada a trabalhar na Estratégia Saúde da Família na área onde fiz meu trabalho de conclusão de curso; dois assentamentos rurais, localizados na ilha de Mosqueiro, distrito de Belém. A área de cobertura da equipe que coordenava, era de dois assentamentos rurais e uma área sem titulação como quilombola, mas que está em processo

de autoidentificação como quilombola, chamada de Sucurijuquara, antes conhecida como Nova Zâmbia<sup>1</sup>.

A vivência de trabalho nestas áreas foi muito valorosa, pois me aproximou ainda mais das condições de saúde de comunidades rurais da minha região, das lutas dos quilombolas e também das dificuldades de acesso que estas comunidades mais distantes dos centros urbanos têm para chegar até aos serviços de saúde.

Em seguida, houve o encontro com o meu orientador, o que oportunizou aprofundar minha vivência com os quilombolas e discutir, na dissertação, a questão do acesso aos serviços de saúde por meio da minha inclusão no projeto, “Corpo Presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas”.

O projeto me deu a oportunidade de conhecer o quilombo de Mangueiras na ilha do Marajó, visita que me sensibiliza quanto às questões multicêntricas do acesso aos serviços disponíveis, que são de cunho geográfico e econômico, pois o quilombo fica a 24 quilômetros da sede do município mais próximo e o acesso é possível com uma estrada de piçarra até a margem do Rio Mangueiras ou Paracuiri, cuja travessia é feita com uma pequena embarcação, chamada de rabeta, por 10 minutos. Após a chegada à outra margem, segue-se a pé ou sobre uma espécie de carroça tracionada por um búfalo. O tempo médio de chegada ao centro do quilombo, onde se concentra a vila de casas, é de cerca de 30 minutos de caminhada.

O projeto permitiu ainda o contato com questões funcionais do serviço do posto de saúde dentro do quilombo e da unidade de saúde da família mais próxima, assim como o caráter da religiosidade de matriz africana ser muito forte como cuidado e cura.

Minha experiência como profissional de saúde em comunidades rurais somadas a oportunidade do projeto “Corpo Presente” levam a estudar os três quilombos e à vivência em Mangueiras nas conversas com os moradores e de situações no quilombo, reproduziam e revelavam diversos aspectos que interferiam no cotidiano da saúde dos moradores na busca por serviços de saúde, sejam eles da rede oficial do Estado, ou na rede social de cuidados desenvolvidos por eles. Este cenário apresentou-se como uma proposta pessoal desafiadora de estudo, e ao mesmo tempo de caráter holístico<sup>2</sup>, dialético<sup>3</sup> e cultural do acesso aos serviços de

---

<sup>1</sup> Pode-se conhecer um pouco mais das histórias do Sucurijuquara neste endereço eletrônico: <http://www.overmundo.com.br/banco/avo-alvina-e-sucurijuquara-mosqueiro-belem-para>

<sup>2</sup> Segundo Teixeira (1996) o precursor do paradigma holístico foi Jan Smuts (1870-1950), ele introduziu o termo, sustentando a ideia propõe uma visão da totalidade em oposição a fragmentação.

saúde por dentro de um sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e a ação humana, quando uma questão me intrigava: como se dá o acesso aos serviços de saúde nos três quilombos pesquisados pelo projeto?

Deste modo, apresento este estudo cujo objetivo principal é descrever a situação do acesso e da acessibilidade aos serviços de saúde em três quilombos da Amazônia Paraense. E como objetivos específicos conhecer quais os serviços ofertados aos quilombolas, conhecer de que forma as dimensões do acesso aos serviços de saúde lhes são garantidos e contribuir para ampliação dos conhecimentos dos moradores sobre o acesso aos serviços de políticas de saúde direcionadas a estes grupos.

Este estudo foi possível graças à realização do Projeto “Corpo Presente: Representações de Saúde entre Quilombolas e Políticas Públicas”, cujo objetivo principal foi aprofundar as informações disponíveis sobre quais são os fatores sócioecológicos associados ao desenvolvimento de doenças crônico- degenerativas em grupos afrodescendentes.

Foram consideradas as múltiplas e complexas dimensões do ser humano e do ambiente amazônico em três quilombos no estado do Pará: *África e Laranjituba, Santo Antônio e Foz do Cravo, e Mangueiras*. Os quilombos foram escolhidas com base em um extenso levantamento feito na literatura disponível e, a partir da minha experiência prática e de meu orientador.

A pesquisa descreve o acesso aos serviços de saúde em quatro dimensões: Geográfica, Funcional, Cultural e Econômica, com base nos estudos de Unglert (1990), Conill (2002), Starfield (2002) e Prado et al (2007). Efetua, também, uma análise transversal do acesso enquanto categoria analítica do planejamento e gestão dos serviços, de acordo com a reinterpretação de modelos assistenciais em saúde, considerando também os estudos de Giovanella e Fleury (1996) e Jesus e Assis (2010).

No primeiro capítulo, vê-se o contexto histórico-social da formação dos quilombos na Amazônia e a base teórica deste estudo. No segundo, apresentam-se as questões metodológicas da investigação. No terceiro é feita a caracterização dos quilombos e a apresentação da situação socioeconômica e hidrosanitária dos quilombos. No quarto, faz-se a análise transversal da dimensão geográfica. No quinto, a análise da dimensão funcional, no sexto e no sétimo, a análise da dimensão econômica e cultural, respectivamente. No oitavo,

---

<sup>3</sup> Dialética, de Marx e Engels, que segundo Minayo (2002) trata-se de método de análise da realidade e de transformação do real. Presente na realidade como forma de articulação das partes num processo de desenvolvimento destas partes.

faz-se a análise transversal quanto o acesso aos serviços de saúde a partir de modelos assistenciais em saúde. E no último capítulo, apresentam-se as considerações finais.

## CAPÍTULO I.

### CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL E BASE TEÓRICA

(...) 'Stamos em pleno mar... Dois infinitos  
Ali se estreitam num abraço insano,  
Azuis, dourados, plácidos, sublimes...  
Qual dos dous é o céu? qual o oceano?...

'Stamos em pleno mar. . . Abrindo as velas  
Ao quente arfar das virações marinhas,  
Veleiro brigue corre à flor dos mares,  
Como roçam na vaga as andorinhas...(.)

Castro Alves- Navio Negreiro

#### 1. Da Diáspora Africana aos Quilombos na Amazônia Brasileira

[...] A Amazônia com suas lendas, mitos e mistérios, grandiosidade e potencialidades ocupava o imaginário europeu, sendo percebida, simultaneamente, como paraíso e inferno verde. Representação de uma homogeneidade, um mar de água doce, um grande tapete verde. País das Amazonas, lugar de curupira, caipora, matintaperera e outros guardiões de uma natureza que até hoje enche os olhos e deixam extasiados aqueles que veem pela primeira vez (FUNES, 1995, p. 24)

A diversidade da formação do território amazônico brasileiro deu-se também no processo de colonização e formação do que temos hoje como população amazônica. O negro vindo da África foi um sujeito dessa história, principalmente com a chegada dos portugueses em 1616 a Belém. Neste período, iniciou-se, oficialmente, a colonização da Amazônia brasileira com o propósito do domínio do imenso território a explorar, cientes dos motivos políticos, mas com o objetivo implícito da ocupação efetiva do espaço (FERREIRA, 2007).

A unificação das coroas de Portugal e Espanha possibilitou a penetração no espaço amazônico e iniciou também uma acirrada competição pela posse da terra, de onde os portugueses expulsaram os holandeses, ingleses e franceses, que em vários pontos da região, já obtinham grande proveito econômico (FERREIRA, 2007).

A expulsão dos franceses do Maranhão, que tentavam, ali, estabelecer a França Equinocial, alertou os portugueses para a importância da defesa da região. Em 1616, Francisco Caldeira Castelo Branco fundou o Forte do Presépio, que servia de proteção contra as ameaças por via fluvial e que deu origem à atual cidade de Belém, base para o povoamento da Amazônia (PANNO, 2005).

A primeira expedição européia ao grande rio Amazonas que corta a região foi realizada entre 1540 e 1542 pelo navegador Francisco de Orellana. O escrivão desta expedição, Gaspar de Carvajal, fez os primeiros registros sobre a floresta amazônica e sua diversidade de ambientes e culturas. Apesar de seu caráter pioneiro, a expedição não deixou frutos que fossem duradouros. Apenas em 1637, com a viagem de Pedro Teixeira, foi possível conhecer as ligações fluviais e marítimas ao norte, ao sul e ao nordeste, conseguindo, nesta expedição, estabelecer o marco de ocupação territorial português na Amazônia ao longo do rio (FERREIRA, 2007; PANNO, 2005).

Na Amazônia brasileira, os principais recursos explorados pelos portugueses foram a mão-de-obra indígena e as drogas do sertão, especiarias de alto valor no mercado europeu. Os índios eram capturados pelos soldados portugueses e passavam a sofrer a ação dos missionários religiosos, onde se destaca os jesuítas. Este caráter religioso mascarava a verdade, cujo objetivo era a produção de riquezas com a força de trabalho indígena (PANNO, 2005)

Entretanto, os portugueses trouxeram doenças contra as quais os índios não possuíam resistência, como sarampo, gripe, tuberculose e outras enfermidades que rapidamente se alastravam entre os grupos indígenas da região. Nem toda tecnologia européia era capaz de superar as dificuldades apresentadas no processo de povoamento da Amazônia,<sup>4</sup> pois não eram apenas as doenças, mas também as enormes distâncias. A selva que parecia impenetrável, as condições climáticas extremas para os europeus e o imenso esforço necessário para a extração das riquezas ocultas na floresta. Para Panno (2005), a “Amazônia tornava-se indomável, indecifrável, impiedosamente selvagem no imaginário do colonizador. Um ‘inferno verde’” (p. 85).

Pela dificuldade de aprisionamento e pela vulnerabilidade às doenças, os índios, que eram chamados “negros da terra”, não se adaptavam a muitas atividades econômicas

---

<sup>4</sup> Pítton (1997) diz que o processo de inserção da Amazônia no mundo teve relação com o seu processo de ocupação. O que se deu num primeiro momento através da exploração das “drogas do sertão”, seguida de matérias primas como a borracha e finalmente na década de 70 com os projetos de ocupação, cujo principal chamada era “Homens sem terras para terras sem homens”.

necessárias ao colonialismo. A partir da segunda metade do século XVII, assim como em outras regiões da colônia, a carência da mão-de-obra foi suprida, ou pelo menos amenizada, com a chegada dos negros trazidos da África na condição de escravizados. A introdução do negro na Região se deu nas duas últimas décadas do século XVI e na primeira do século XVII, na costa do Amapá e na foz do rio Amazonas, pelos ingleses, para o funcionamento de engenhos clandestinos, na fabricação do açúcar e da aguardente (PANNO, 2005).

No Maranhão, houve a primeira tentativa da importação de negros através da Cia. do Comércio do Maranhão, em 1682. Em seguida, a empresa foi extinta devido à dificuldade da aquisição de “mercadorias”. Entretanto, quase um século depois foi fundada a Cia. Geral do Grão Pará e Maranhão, que tinha exclusividade para transportar da África os negros destinados à Capitania do Grão Pará e Maranhão, isentos de impostos e taxas alfandegárias. Às duas Capitanias, no século XVIII, período de 1757 a 1779, chegaram, aproximadamente, 25.365 negros.<sup>5</sup>

Negros escravizados foram empregados nas construções, cada vez mais numerosas, nas plantações de cacau, cana-de-açúcar, algodão e tabaco, no extrativismo das chamadas “drogas do sertão”, como a canela, a baunilha, o cravo, as raízes aromáticas, a salsaparrilha, o urucum e as sementes oleaginosas, e ainda trabalhavam na agricultura de subsistência e na pecuária. Também, como no Nordeste, o negro incorporou-se ao ambiente das casas senhoriais e às atividades domésticas. Poucos subiam o Amazonas, uma vez que a colonização portuguesa que os transportava ainda se concentrava às proximidades da foz do rio, mas especificamente no Forte do Presépio. A presença dos negros na população amazônica ficou concentrada no Pará e no Amapá. Os negros escravizados que conseguiam fugir se embrenhavam pela floresta e criavam pequenas comunidades conhecidas como quilombos ou mocambos (PANNO, 2005).<sup>6</sup>

Para Funes (1995), o contato e a interação social entre índios e negros resultaram na incorporação e na troca de elementos de suas culturas. Os negros aprenderam com os índios a desvendar a floresta, o que os permitiu viabilizar suas fugas. Para Leite (2000), esta relação entre índios e negros se deu em diversas situações, por vezes aliados, lutaram contra os vários usos de seus corpos, bens e direitos, desde o início da ocupação e exploração do continente.

---

<sup>5</sup> Com a extinção da companhia, o comércio de escravos continuou, porém em menor número. A partir desta época, os negros passaram a vir de outras regiões do país ou através do contrabando. O tráfico permaneceu ativo até às primeiras décadas do século XIX (CPISP, 2010).

<sup>6</sup> No Pará, o quilombo mais famoso, foi o de Juaba, no Município de Cameté, onde residiam cerca de 300 negros escravizados fugitivos. Segundo Ferreira (2007) eram dirigidos por uma mulher chamada Felipa Maria Aranha, que permaneceu lá até 1895, já após a abolição. A autora diz ainda que o mocambo do Cumá, em Alenquer, conforme censo de 1950, tinha um bairro negro chamado Luanda, numa evocação à Angola, o qual possuía 4000 habitantes.

Os negros, diferentemente dos índios, que eram considerados como da terra, enfrentaram muitos questionamentos sobre a legitimidade de apropriação de um lugar, cujo espaço geográfico pudesse ser organizado conforme suas condições, valores e práticas culturais

Entre os séculos XVII a XIX, foi o período em que mais se formaram quilombos no estado do Pará. O Presidente da Província o Sr. João da Silva Cerrão, comunicava a existência conhecida dos quilombos, o que impossibilitava a disciplina pelo receio de fuga e pelo estado de “[...] penúria de braços que se achava a agricultura, esta causa agrava profundamente o mal não só pela falta de disciplina que conservam, sempre indolentes e ameaçadores” (FUNES, 1995, p. 60).

As fugas individuais ou coletivas, que ocorriam principalmente, na época de festas natalina e junina, que coincidem com o tempo de chuvas e o ciclo da castanha- e mais especialmente, na Amazônia, no período de cheias (dezembro a maio), os negros escravizados tinham noção clara do contexto e se valiam da conjuntura para forçar negociações, conseguir mais autonomia e flexibilidade de ação dentro do sistema escravista. Portanto, as fugas se tornaram armas contra a ameaça às suas conquistas de autonomia em seu cotidiano. Para o autor, a fuga para os mocambos representava, no início, uma solução difícil e arriscada. Os primeiros negros escravizados aventuravam-se sozinhos, indo abrigar-se, muitas vezes, em aldeias indígenas. Com o tempo, aprenderam a se organizar. A fuga tornou-se uma estratégia coletiva de resistência ao regime escravista. Surgiram personagens como os acoitadores, que se encarregavam de dirigir os grupos de fugitivos para os quilombos e se tornaram os principais inimigos dos “proprietários” dos negros, por facilitar as fugas (FUNES, 1995).

Conhecer o ambiente era fundamental para o sucesso das fugas, pois a natureza era cúmplice mais que natural. Nas cheias dos rios e de chuvas, as margens dos lagos e igarapés obstruíam e camuflavam os caminhos usados na fuga. Para chegar aos quilombos, era preciso ultrapassar corredeiras e cachoeiras, o que demandava habilidades de remo e no desvio de pedras, mas alcançar as terras apropriadas significava encontrar um lugar seguro fora do alcance das perseguições e onde fosse fácil encontrar alimentos da floresta (LEITE, 2000).

O movimento de “aquilombar-se” abarca uma condição secular de resistência e luta dos africanos e seus descendentes pela garantia da sobrevivência física, social e cultural (SOUZA, 2008, p. 13). A palavra quilombo, que na sua etimologia Bantu quer dizer acampamento guerreiro na floresta foi popularizada no Brasil pela administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos para referir-se às unidades de apoio mútuo criadas pelos homens e mulheres que se rebelavam ao sistema escravista. Entretanto, a palavra tinha um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando



amplas dimensões e conteúdos. Representou um marco na luta contra a dominação colonial e hoje todas as lutas dos negros que se seguiram (LEITE, 2008).

O Conselho Ultramarino Português de 1740 definiu quilombo como toda habitação de negros fugidos que passasse de cinco, em parte desprovida, ainda que não possuíssem levantados nem se achem pilões neles. Indica, além de uma reação guerreira a uma situação opressiva (LEITE, 2005), uma preocupação com a construção de uma base econômica pelos quilombolas, pois permitia, além da sua sobrevivência, a organização sociopolítica do grupo (LEITE, 2000).

A preocupação e a repressão, a fim de evitar a organização social dos quilombolas foram fracassadas, pois, segundo Leite (2000), todas as experiências já conhecidas revelam certa capacidade organizativa dos grupos. Destruídos dezenas de vezes, reaparecem em novos lugares, como verdadeiros focos de defesa do seu território porque o inimigo externo, caracterizado pelas invasões freqüentes, impôs, ao longo da história, a necessidade de uma defesa competente da área ocupada.

Com a Abolição, o caráter defensivo muda em parte, pois mudaram os nomes e as táticas de expropriação e “dominação continuada” (LEITE, 2008, p.966), e, a partir de então a situação dos grupos corresponde à outra dinâmica, a da “territorialização étnica como modelo de convivência com os outros grupos na sociedade nacional” (LEITE, 2000, p 5). Mas, por outro lado, inicia-se a longa etapa de construção da identidade destes grupos, seja pela formalização da diferenciação étnico-cultural no âmbito local, regional e nacional, seja na consolidação de um tipo específico de segregação social e residencial dos negros, chegando até os dias atuais (LEITE, 2000).

A existência dos quilombos, hoje, está além dos “resquícios arqueológicos de ocupação temporal ou comprovação biológica” de grupos isolados, com uma população homogênea, ou que se restrinjam a uma organização social constituída a partir de “movimentos insurrecionais ou rebelados” mas, consiste sobretudo, “em grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida e na consolidação de um território próprio” (O’DWYER, 2002, p. 18)

Portanto, ampliou-se para outras parcelas da população, indo da “voz dos abolicionistas” para os movimentos sociais, tornando-se uma parte do projeto político de uma sociedade mais democrática e justa (LEITE, 2008, p. 966). E para Acevedo Marin (2008), quilombola é mais precisamente aquele que tem consciência de sua posição reivindicativa de direitos étnicos e a capacidade de autodefinir-se como tal, mediante os aparatos de poder, organizando-se em movimentos e a partir de lutas concretas para conquistar sua liberdade.

Ser remanescente de quilombola, hoje, traz como característica principal a identidade e o território, pois “a situação presente dos segmentos negros em diferentes regiões e contextos é utilizada para designar um legado, uma herança cultural e material que lhe confere uma referência presencial no sentido de ser e pertencer a um lugar específico” (ANDRADE, 1997, p. 47) .

Atualmente, da região Norte, o Pará é o estado que tem o maior número de comunidades quilombolas tituladas em todo Brasil, 43, concentradas, na sua maioria, no nordeste do estado<sup>7</sup> (CPISP, 2010; CONAQ, 2010; INCRA, 2010), sendo ainda o estado pioneiro, pois foi no município de Oriximiná que foi oficializado o primeiro título coletivo de terras, fato que aconteceu no ano de 1995. O Pará é, ainda, o primeiro estado que, desde 1998, conta com a legislação que regulamenta o processo de titulação dessa categoria de terras (SOUZA, 2008).

Inovadora, esta legislação garante o direito à autoidentificação das comunidades sem necessariamente ter laudo antropológico, fato que o Governo Federal só reconheceu em 2003 (MARQUES, 2009; TRECCANI, 2006). Tal política representa um avanço à saúde dos quilombolas, afinal não se constrói saúde sem o respeito à vida, à história e à territorialidade das pessoas.

Segundo a CPISP (2010), o estado do Pará tem, dos seus 144 municípios, 90 com comunidades quilombolas. Destas, 43 quilombos já com título definitivo e 50 estão em processo de titulação. Hoje, o Brasil tem 171 quilombos titulados e o Pará é responsável por 47% destas terras (INCRA, 2009; CPISP, 2010). No ranque de terras em processo de titulação no Brasil, que é de 815, o estado do Pará está em terceiro lugar, pois o Maranhão é o primeiro com 214 comunidades em espera da regularização, seguido de Minas Gerais, com 126 comunidades (CPISP, 2010).

## **2. Marco Teórico: Acesso e Acessibilidade aos serviços de saúde**

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009) considera o acesso aos serviços como sendo o uso oportuno destes. Entretanto, a concepção de acesso extrapola a ideia de apenas a presença do indivíduo no sistema seja suficiente para inseri-lo nos cuidados pessoais e/ou coletivos.

---

<sup>7</sup> Localização das comunidades deste estudo.

Os termos acesso e acessibilidade são, muitas vezes, usados como sinônimos entre os diversos autores. Entretanto, acesso e acessibilidade à saúde excedem os limites da assistência à saúde e estão envolvidos nos aspectos intersetoriais ligados à estrutura política dos sistemas de saúde dos países (PRADO et al., 2007; STARFIELD, 2002, UNGLERT, 1990, 1995).

## **2.1. Acesso**

Para Assis e Jesus (2010), acesso é um dispositivo ou aquilo que propicia, que faz advir, transformador da realidade. Assim como a PNAD, para Starfield (2002, p. 225), o acesso aos serviços de saúde é o “uso oportuno de serviços de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde”, indicando ser o acesso uma experiência, uma vivência com sua subjetividade, individualidade e características pessoais, histórico-culturais e de ordem socioeconômica.

O acesso é um conceito multidimensional, em que, cada dimensão, expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos sujeitos de utilizar os serviços de saúde (TRAVASSOS & CASTRO, 2008). É um dos elementos do sistema de saúde e está ligado à organização dos serviços que vai desde a entrada no serviço de saúde até a continuidade do tratamento (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Embora os autores não sigam uma classificação homogênea de acesso aos serviços de saúde, este pode ser organizado em dois blocos. O primeiro deles faz a discussão do acesso a partir das experiências vividas pelos usuários dos serviços de saúde, divididos em quatro dimensões: Geográfica, Econômica, Cultural e Funcional. O segundo bloco, que traz a categoria do acesso a partir de uma reinterpretação de modelos de assistência em saúde, construídos historicamente do ponto de vista da gestão e planejamento dos serviços de saúde, divididos, também, em dimensões Econômica, Técnica, Política e Simbólica.

O primeiro bloco traz uma série de aspectos sem um consenso sobre as categorias, mas classifiquei as dimensões mais utilizadas entre os autores sem os desdobramentos feitos por eles. A primeira dimensão é a Geográfica, refere-se à distância a ser percorrida e obstáculos a serem transpostos, o que implica o adequado planejamento da localização dos serviços de saúde. A segunda, Econômica, diz respeito ao fato da totalidade dos serviços não estarem disponíveis a todos, referindo-se aos custos e insumos que precisam ser pagos. A Cultural é a inserção ou adequação do serviço de saúde, com suas normas e técnicas, aos hábitos e

costumes da população a ser atendida. E a Funcional, que dispõe se o serviço atende às necessidades da população de acordo com o tipo de serviço oferecido, horários de funcionamento e qualidade, o que se dá por meio da oferta de serviços adequados à realidade de cada comunidade (UNGLERT, 1990; CONILL, 2002, STARFIELD, 2002; EBENER et al, 2004; PRADO et al, 2007).

O segundo bloco discute acesso aos serviços enquanto categoria de ações e planejamento de serviços e faz a relação com os modelos de assistência à saúde no Brasil. A primeira dimensão é a Econômica, trata-se dos dispositivos do planejamento em saúde na busca do equilíbrio entre a oferta e a demanda. O modelo assistencial desta dimensão é o economista, em que o planejamento do acesso se dá depois de um mapeamento dos padrões de consumo dos indivíduos, mediado pela relação de mercado “Lei da oferta e da procura”, a partir da oferta dos serviços de saúde e da procura pelos mesmos (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; COELHO, 2008; ASSIS et al, 2003; JESUS & ASSIS, 2010).

A segunda é a dimensão Técnica, que usa dois modelos, o modelo sanitarista-planificador e o sanitarista-campanhista. O modelo sanitarista-planificador é baseado na possibilidade de consumo, cuja principal preocupação é a garantia de distribuição planejada de recursos na rede de serviços hierarquizada, organizados a partir do sistema de referência e contra-referência e os resultados estariam relacionados aos gradientes de eficácia, eficiência e efetividades, alcançados a partir da integração de recursos da epidemiologia, da administração pública e da saúde pública (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; COELHO, 2008; ASSIS et al, 2003; JESUS & ASSIS, 2010).

O modelo sanitarista-campanhista, ainda na dimensão técnica, é representado, hoje, pelas campanhas e ações de saúde no controle de endemias e epidemias. Trata-se do reflexo histórico de cunho higienista do início do século XX no Brasil com a vigilância promovida nos portos por Osvaldo Cruz na cidade do Rio de Janeiro (COELHO, 2008).

Portanto, a dimensão técnica está fundamentada na regionalização e na hierarquização do sistema de saúde brasileiro. Neste sentido, segundo Cecílio (2002), a questão do acesso assume um caráter regulador no sistema, definindo fluxos, funcionamento e capacidade. É baseado no modelo da pirâmide, em que sua base está o conjunto de unidades de saúde, como as unidades de saúde da família, responsáveis pela atenção primária a grupos populacionais em sua área de cobertura. Na parte intermediária da pirâmide, estão os serviços de atenção secundária, serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de urgência e emergência e alguns hospitais.

O topo da pirâmide é ocupado por serviços hospitalares de maior complexidade, de caráter regional, estadual e nacional (CECÍLIO, 2002).

A dimensão Política é baseada no modelo sanitarista-politicista, que discute o acesso no campo da saúde coletiva, como um instrumento de transformação social. Esta dimensão parte do desenvolvimento da consciência sanitária e de organização popular, onde a população adquire a capacidade cognitiva de compreender as determinações sociais à organização social da prática médica, durante um processo de desalienação, num rompimento com as deformações impostas pela sociedade à consciência sanitária. Para tal, os instrumentos do controle social, como os conselhos de saúde e as demais instâncias de controle e participação se configuram no arcabouço institucional do SUS (CAMPOS, 1992, 1994; JESUS & ASSIS, 2010).

A dimensão simbólica tem como fundamentação o modelo das representações sociais, que parte da concepção de que os sujeitos estão imersos na História e nela se sustentam, são coletivos e, portanto, a realidade é uma constituição intersubjetiva e simbólica do processo saúde-doença. Os sujeitos coletivos dão lugar aos sujeitos históricos, determinados pelas suas representações, onde o processo saúde-doença é resultado da expressão social e individual das contradições sociais, a saúde é a representação das lutas políticas, colocando o acesso aos serviços de saúde no campo simbólico para o planejamento do mesmo (JESUS & ASSIS, 2010).

Cecílio (2002), discute o simbólico das formas de se fazer saúde: a partir do modelo do círculo como porta de entrada no sistema de saúde. Propõe arredondar a pirâmide e pensar o sistema de saúde como um círculo. Para tal, é importante relativizar a concepção de hierarquização dos serviços com fluxos verticais, em fluxos provisórios tendo um sistema de relações intersubjetivas capaz de acolher e responsabilizar.

A partir desta concepção de um modelo assistencial centrado na subjetividade e sua representação simbólica de saúde, Jesus e Assis (2010) propõem um processo de trabalho multiprofissional e determinado por tecnologias leves, entendidas enquanto ações de acolhimento, vínculo, autonomização e resolução. A dimensão simbólica discute a subjetividade e a sua relação com os projetos coletivos no planejamento do acesso aos serviços de saúde. Entretanto, a partir de uma concepção ampliada, o acesso aos serviços de saúde é o processo da experiência individual ou coletiva do sujeito no sistema de saúde disponível que vai da entrada no sistema até os resultados dos cuidados recebidos.

## 2.2. Acessibilidade

Os estudos sobre acessibilidade na literatura referem-se a portadores de deficiência física que muito frequentemente relacionam acessibilidade à questão geográfica e espacial como um termo que expressa possibilidade, alcance de objetivos, cumprimento de metas e justiça social (FERNANDES & ORRICO, 2008).

Cardoso (2006), revê os conceitos usados pelos estudiosos da área e identifica-o sempre relacionados à facilidade ou dificuldade de se atingir algum lugar, o potencial ou oportunidade para deslocamento a lugares selecionados e ao conforto com o qual um local determinado pode ser alcançado. Destaca-se três tipos de indicadores, a acessibilidade relativa, que é o grau de conexão entre dois lugares, a acessibilidade integral, o grau de conexões entre um determinado local e todos os outros locais, oportunidade ponderada por uma função decrescente de interação de custos em tempo ou dinheiro, e o isolamento, que é a função totalmente inversa da acessibilidade, negativa diretamente aplicável para a avaliação de sistemas de transportes/uso do solo.

Dentro da área da saúde, Ebener et al (2004) definiu acessibilidade como a possibilidade que uma população tem para obter um conjunto específico de serviços de saúde. Este conceito de “específico” pode variar e depende do foco da política ou impacto da doença, assim como do nível de cuidados de saúde. O autor divide acessibilidade em quatro categorias: disponibilidade, aceitabilidade, aspectos socioeconômicos e geográficos. A análise de acessibilidade tem um caráter geográfico importante, referindo-se à acessibilidade física e espacial, baseada na complexa relação entre separação espacial da população e a oferta de serviços de saúde.

Para Starfield (2002), acessibilidade é o aspecto estrutural do sistema, necessário para se atingir a atenção à saúde ao primeiro contato (oferta do serviço). Portanto, a acessibilidade difere-se na atenção primária, pois esta é a porta de entrada no sistema de serviços de saúde. Para Travassos e Martins (2004), a acessibilidade refere-se às necessidades dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. Acessibilidade corresponde à características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los. Logo, a acessibilidade são os meios ou os instrumentos que possibilitam individual ou coletivamente o sujeito ter acesso ao

sistema de saúde disponível (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; ASSIS et al, 2003; COELHO, 2008; CASTRO & TRAVASSOS, 2009; JESUS & ASSIS, 2010).

### **3. Políticas Públicas no Brasil para a População Negra**

Para Piani (2008), as reivindicações dos vários segmentos da população negra e de setores acadêmicos envolvidos no debate sobre a presença do negro na sociedade brasileira multiplicaram discussões e problematizaram novas questões, dentre elas a saúde. Este tema ressurge na década de 90 com novas preocupações envolvendo disciplinas consideradas definidas e distantes, tais como a medicina e a genética, de um lado, e as ciências humanas e sociais do outro. Para o autor, a ideia de ressurgimento destaca-se, pois em outro momento, foi dado ao tema diferente tratamento.

No final do século XIX e início do século XX, a saúde da população negra era tratada apenas nos aspectos da saúde mental, e mais precisamente, a sua relação com a criminalidade, quando médicos e bacharéis discutiam configurações biológicas de raça e estabeleciam relação causal entre populações consideradas inferiores e crimes cometidos na sociedade (PIANI, 2007).

Os conhecimentos produzidos pela medicina e pela psiquiatria alimentaram, em vários momentos, debates sobre raça e cultura no século XIX e XX na Europa e no Brasil. A ideia de previsibilidade genética e biológica formadas pelas ciências biológicas atravessou séculos. A noção de “raça”, construída apenas para fim de dominação econômica e cultural, teve na declaração da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), de 1950, um reconhecimento oficial da sua imprudência biológica (SANTOS, 1996).

Em 1995, no governo de Fernando Henrique Cardoso, foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra (GTI), marcando o início do processo de maior relação do Estado com o Movimento Negro no Brasil. É um começo que se caracteriza por escassez de ações, mas em que se observa a maior visibilidade das reivindicações da população negra, sem a característica tutelar do período pós-abolicionista. Após dois anos da criação, o GTI lança um relatório que, ao mesmo tempo em que presta conta de seu trabalho, apresenta propostas de ações. O documento tem 15 itens, sendo o item 9 o referente à saúde da população negra. A questão da saúde é apresentada em quatro blocos divididos didaticamente como ocorrências sociogenéticas (PIANI, 2008).

No primeiro bloco estão as doenças, que, segundo o documento, têm uma determinação “genética, as de caráter hereditário, ancestral e étnico”. Dentre elas estão anemia falciforme, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e a glicose 6-fosfato desidrogenase. As do segundo bloco são as doenças e agravos adquiridos e desenvolvidos em decorrência das condições socioeconômicas e educacionais desfavoráveis, como o alcoolismo, toxicomania, desnutrição, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, IST’s (Infecções Sexualmente Transmissíveis), doenças do trabalho e doenças mentais. No terceiro bloco estão as doenças que se agravam ou têm o tratamento dificultado pelas condições desfavoráveis citadas acima, como a hipertensão arterial, diabetes, câncer, miomas, anemia, coronariopatias e doenças crônicas renais. E, por último, estão as condições fisiológicas que sofrem interferências das condições sociais, tais como crescimento, gravidez, parto e envelhecimento (PIANI, 2008).

No governo Lula, foi criada a Secretária Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), com vínculo direto à Presidência da República, e que tem status de ministério. Foram realizados eventos<sup>8</sup> para discussões sobre a questão do negro no Brasil e ações afirmativas.

O Decreto 4.887/2003 que regulamenta os procedimentos básicos de identificação, de reconhecimento, de delimitação, de demarcação, de titulação de “terras ocupadas por remanescentes de comunidades quilombolas”, prevê a atuação do Ministério da Saúde no território titulado por meio do Comitê Gestor, segundo o Art. 19, criado para a elaboração do plano de etnodesenvolvimento. Neste Comitê Gestor não há participação oficial de representação das populações de remanescentes, apesar do Art. 17 mencionar que as comunidades serão representadas por suas “associações legalmente constituídas” na outorga do título coletivo e pró-indiviso (PIANI, 2008; ACEVEDO MARIN, 2008).

Os cadernos de textos elaborados para o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra (SNSPN), em 2004, e para a 1ª Conferência Nacional da Promoção a Igualdade Racial (CNPIR), em 2006, trazem críticas a problemas de acesso, revelam tendências em tratar os problemas de saúde além da assistência médica, assim como atenção básica em saúde na zona rural. Entretanto, na parte específica, referente aos remanescentes de quilombolas, não há nenhuma citação quanto à políticas públicas de saúde a essas comunidades, mencionando apenas a titulação de terras. Porém, muitas delas, tituladas ou em processo de titulação, estão

---

<sup>8</sup> 1º Seminário Nacional da População Negra, em 2004, e 1ª Conferência Nacional da Promoção de Igualdade Racial, em 2005.



localizadas na zona rural, vivendo em situações de inexistência ou insuficiência dos serviços de saúde.

Os documentos criados até 1995 evidenciam uma relação da saúde da população negra com a noção de raça biológica, concepção característica do século XIX e início do século XX, com nítida tendência a modelos biologicistas, especialmente associada à genética. Os documentos de 2004 e 2005 já trazem, predominantemente, os determinantes socioeconômicos, especialmente os documentos de caráter reivindicatórios, no entanto sem haver, por exemplo, referências a saúde mental, mesmo com sua ampla dimensão atual (PIANI, 2008).

Os documentos trazem formas de conceber os sujeitos e o sistema de saúde a partir de modelos de saúde fundamentados apenas na doença, sendo o reflexo da dialética das relações e disputas sociais, inclusive do modelo de sociedade adotado. Esta discussão é útil neste estudo, por contribuir na aproximação do que possa ser a compreensão do abismo que existe entre as políticas públicas na teoria e estas no dia a dia dos sujeitos.

Em relação as ações afirmativas para avançar a equidade<sup>9</sup> em saúde da população negra, é atribuída responsabilidade às três esferas de governo, o que representa avanço para a saúde em áreas quilombolas. A esfera municipal é responsável pela identificação das comunidades quilombolas, sendo sua obrigação manter as estradas de acesso às comunidades, garantir transporte entre os quilombos, e destes com os serviços de saúde, garantir a cobertura de equipes de Saúde da Família nos quilombos das áreas rurais e urbanas, com atenção básica de qualidade à saúde da mulher, homens, idosos, crianças e adolescentes; e que esta equipe, independente da titulação e do número de pessoas, trabalhe respeitando as peculiaridades socioculturais das comunidades (BRASIL, 2005).

Cabe, ainda, ao município, instituir fóruns de debates com a sociedade a respeito das comunidades quilombolas, reconhecer práticas populares de saúde como benzedadeiras, rezeiros, parteiras e outras, bem como reconhecer as práticas de saúde dos espaços religiosos e possibilidades de trabalho em conjunto com o SUS, garantir acesso aos serviços de saúde de alta e média complexidade, a utilização do Tratamento Fora de Domicílio (TFD) e buscar desenvolver ações intersetoriais para orientar o modo de produção da comunidade quilombola, visando a melhorar as condições de vida (BRASIL, 2005).

---

<sup>9</sup> Ressaltando que a concepção de equidade citada por Starfield (2002) inclui uma visão de solidariedade consagrada nos documentos da OMS desde 1996, cujo enfoque é “a redução das disparidades no estado de saúde e nos serviços de saúde entre grupos sociais, caracterizados pelos diferentes níveis de privilégios sociais ou econômicos, e a iniciativa trata das disparidades entre os países, bem como dentro deles (...)” (p. 666).

No que diz respeito à esfera estadual, compete-lhe mais a regulamentação das áreas quilombolas, financiamento para a mobilização, articulação e mapeamento dos seus territórios, em parceria com a Coordenação Nacional das Comunidades de Quilombos (CNCQ). Além de buscar formas de financiar políticas que resgatem e promovam a cultura e religiosidade da matriz africana, o poder estadual deve promover o saneamento ambiental e implementar a vigilância epidemiológica nas comunidades quilombolas (BRASIL, 2005).

Quanto à esfera federal, cabe: formulação e operacionalização de políticas de saúde que entendam o racismo como categoria fundamental nas políticas afirmativas e no processo saúde-doença; desencadear ações articuladas com os ministérios e órgãos pertinentes para viabilização de programas sociais que garantam alimentação, apoio e sustentabilidade na produção, comercialização e distribuição de produtos agrícolas das comunidades; preservar e estimular as práticas curativas e preventivas de matriz africana nas comunidades quilombolas, buscar a demarcação e titulação dos territórios quilombolas, como forma de promoção à saúde, baseada na Conferência de Alma-Ata, 1978, dentre outras (BRASIL, 2005).

Dentre as ações afirmativas em saúde, destaco a Portaria nº 1.434 de 14 de julho de 2004, que foi a primeira a instituir mudanças significativas na atenção básica de populações assentadas e remanescentes de quilombos. Tal portaria define mudanças no financiamento da Atenção Básica em Saúde (ABS), no âmbito da ESF, para equipes de saúde da família e Saúde Bucal em áreas quilombolas por considerar suas dificuldades de acesso às ações e serviços de saúde.

Essa portaria ficou conhecida por contribuir para promover a equidade, pois faz mudanças no financiamento na atenção básica em saúde, considera as desigualdades entre as regiões, estados e municípios, a dificuldade na contratação e fixação de profissionais da ESF e Saúde Bucal, e de acesso e transporte às áreas de assentamentos rurais e comunidade quilombolas. Também define que, em áreas rurais da Amazônia Legal brasileira, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem acompanhar no mínimo 280 e no máximo 320 pessoas e aumenta em 50% o valor do repasse relativo às equipes de saúde da família e saúde bucal que atuam nessas comunidades. Mesmo sendo revogada pela Portaria nº 648/06 de 28 de março de 2006, ela representou uma medida de avanço ao acesso à saúde de populações remanescente de quilombos, tanto que os avanços apontados por ela não foram alterados com esta última.

O Ministério da Saúde faz a última atualização do quantitativo populacional de residentes em assentamentos e de remanescentes de quilombos para cálculo do teto de equipes de saúde da família, modalidade I, e de equipes de saúde bucal da ESF por meio da Portaria nº 90 de 17 de janeiro de 2008. Foi esta mesma portaria que manteve o proporcional de 50% relativo ao repasse às equipes e quantificou o número de quilombos por município em cada estado do Brasil, levou em consideração os quilombos que sejam titulados somados aos quilombos certificados.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída através da Portaria 992, de 13 de maio de 2009, traz avanços na concepção de saúde desta população, pois reconhece o racismo histórico, as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas a promover a equidade em saúde e ações estratégicas para superar as desigualdades de toda a população negra, estando ela na cidade, no campo ou na floresta.

De acordo com o conceito ampliado de saúde, é fundamental o debate sobre a política pública de regularização fundiária para a população quilombola, principalmente no contexto histórico do estado do Pará, marcado pelos conflitos agrários de massacres e assassinatos internacionalmente conhecidos.

A Constituição Federal de 1988, por meio do art. 68, garante o direito de propriedade definitiva aos remanescentes de quilombos. Em seguida, o Decreto nº 4887 de 20 de novembro de 2003 regulamentou o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes de quilombos, e considera no seu art. 2º a autoidentificação como pré-requisito para o processo.

Entretanto, a Instituição Normativa nº 49, de 29 de setembro de 2008, do Ministério do Desenvolvimento Agrário, desrespeita o direito de auto-identificação, pois coloca a Fundação Nacional Palmares como o órgão que certificará a autodefinição como quilombola. No art. 8º, afirma-se que somente será iniciado o processo de identificação e delimitação, após a emissão da Certidão de Registro no Cadastro Geral dos Remanescentes de Comunidades de Quilombos da Fundação Nacional Palmares (FCP). Este é um processo burocrático, desnecessário e que dificulta o processo de titulação de terras de aproximadamente 3 mil quilombolas em todo o Brasil, além de ferir o Decreto 4887/2003 e a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho e o Decreto nº6040 de 7 de fevereiro de 2007 que institui a Política Nacional de Desenvolvimento dos Povos e Comunidades Tradicionais, que determina que a caracterização da comunidade como quilombola, será atestada mediante autodefinição.

## CAPÍTULO II.

### A ARTE DE DIRIGIR O ESPÍRITO NA INVESTIGAÇÃO

(...)Donde vem? onde vai? Das naus errantes  
 Quem sabe o rumo se é tão grande o espaço?  
 Neste saara os corcéis o pó levantam,  
 Galopam, voam, mas não deixam traço.

Bem feliz quem ali pode nest'hora  
 Sentir deste painel a majestade!  
 Embaixo — o mar em cima — o firmamento...  
 E no mar e no céu — a imensidade!

Oh! que doce harmonia traz-me a brisa!  
 Que música suave ao longe soa!  
 Meu Deus! como é sublime um canto ardente  
 Pelas vagas sem fim boiando à toa!(...)

Castro Alves

#### 1. Métodos de Pesquisa

##### 1.1. Abordagem

O desafio de conduzir o espírito desta pesquisa na questão do acesso aos serviços de saúde em quilombos na Amazônia Paraense teve como princípio metodológico a pesquisa qualitativa, pois como Teixeira (2003) refere:

Na pesquisa qualitativa, o social é visto com um mundo de significado passível de investigação e a linguagem dos atores sociais e suas práticas, as matérias primas dessa abordagem. É o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, o objeto da abordagem qualitativa (p.129).

Günther (2006) e Flick (2009) caracterizam a pesquisa qualitativa com quatro bases teóricas: a realidade social é vista como construção e atribuição social de significados; a ênfase no caráter processual e de reflexão; as condições objetivas de vida tornam-se relevantes por meio de significados subjetivos; o caráter comunicativo da realidade social que

permite o refazer do processo de construção de realidade social torna-se ponto de partida da pesquisa.

Portanto, concebe o conhecimento do ser humano como um todo, abrangendo os aspectos de natureza biológica, cultural e da vida social (ALVES & MINAYO, 1998). Há uma lógica compreensiva de como são produzidos os fenômenos sociais (GASKELL, 2008), o que possibilitou gerar conceitos e teorias, descritivas e explicativas, para o desenvolvimento do conhecimento a respeito do acesso aos serviços de saúde tendo como pressuposto a realidade de vida das pessoas no contexto sociocultural de quilombos no estado do Pará. Para Minayo (2001), a metodologia qualitativa incorpora o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, “o estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade” (p. 10).

Trivinos (1987, p.128), indica algumas características deste tipo de pesquisa, tais como:

o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento-chave; ser descritiva, buscando ir além de captar a aparência e a essência do fenômeno, suas causas, origens, relações e mudança; o pesquisador se esforça para intuir as consequências da vida humana, preocupada com o processo e simplesmente com os resultados e o produto da pesquisa.

## **1.2. Local**

O estudo foi realizado em três quilombos paraenses, África/Laranjituba, no município de Abaetetuba, Santo Antônio/Foz do Cravo, no município de Concórdia do Pará, e Mangueiras, no município de Salvaterra. Os quilombos estão localizados na zona rural dos municípios no nordeste do estado do Pará e na ilha do Marajó, respectivamente, e serão caracterizados detalhadamente nos próximos capítulos.

## **1.3. Sujeitos da Pesquisa e Instrumentos Utilizados**

Foram realizadas entrevistas com dois grupos de sujeitos. O primeiro grupo entrevistado foi o de moradores, com média de 12 entrevistas por quilombo. O segundo grupo foi o de profissionais e gestores da saúde dos municípios onde estão localizados os quilombos, com média de seis entrevistas por município. O número total de entrevistas foi de 60, sendo 42 entre os quilombolas e de 18 entre os profissionais e gestores da saúde.

Todas as 60 entrevistas foram gravadas com uso de gravador digital, com prévia autorização, pois segundo Cabral e Tyrrel (1998), a gravação representa uma das mais

importantes formas de registro de todas as expressões verbais do entrevistado e proporciona maior liberdade para o entrevistador dispensar maior atenção ao entrevistado.

Foi usado o critério de saturação em todas as entrevistas que, segundo Minayo (2007), é aquele utilizado em pesquisas em que se pretende centrar o estudo no aprofundamento e na abrangência da compreensão acerca do objeto de estudo. Portanto, o número adequado de entrevistas foi aquele capaz de refletir as dimensões do acesso aos serviços de saúde. O momento de interrupção, ou o ponto de saturação em si, foi definido de acordo com os critérios de Lincoln e Guba (1985) e Gaskel (2008), quando os depoimentos começam a repetir os conteúdos já obtidos em entrevistas anteriores, sem acrescentar informações relevantes. Segundo este critério, a finalização das entrevistas ocorreu no momento em que as respostas dos sujeitos tornaram-se semelhantes, em seguida, as entrevistas foram transcritas e analisadas junto com os registros do diário de campo produzido durante as visitas com o grupo de pesquisadores do projeto “Corpo Presente” e durante as minhas visitas individuais aos quilombos.

As entrevistas com os moradores foram realizadas por meio de conversas livres ou cordiais, segundo Spradley (1979), que se encaminhavam para o tema em questão, com oportunidades que surgiram espontaneamente. Quando em campo, percebi como isto ocorre, o que me levou a estar sempre com o gravador à mão ou, por diversas vezes, gravar rodas de conversas entre os moradores ou entre os profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho.

As entrevistas ou as conversas entre e com os moradores foram realizadas, na sua maioria, em ambiente domiciliar, pois, segundo Malinowski (1978), é na atmosfera doméstica que se manifestam todos os inúmeros pequenos atos e atenções nos quais se expressam a afeição, o mútuo interesse, as pequenas preferências e antipatias que constituem a intimidade. Logo, a importância da coleta neste espaço é fazê-la num ambiente conhecido e ainda capturar sua relação com a vida, apreender sua visão de mundo, estudando o homem em si e o que lhe diz respeito mais intimamente, e a influência que a vida exerce sobre ele. Durante as conversas, considere o processo saúde-doença-cuidado que os moradores experimentam e as redes sociais-oficial e popular- usadas para o enfrentamento de diversas situações.

O outro grupo de sujeitos da pesquisa foi o dos profissionais de saúde, que englobou os gestores, na figura dos secretários de saúde dos municípios onde os quilombos estão localizados administrativamente. Eles foram peças importantes da pesquisa, por serem os responsáveis diretos pelo planejamento e manutenção dos serviços de saúde local e os coordenadores da atenção básica e/ou dos Programas de PACS e PSF. Não menos

importantes, também, foram os profissionais ACS's, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, que trabalham diretamente com os quilombos.

Entre os profissionais, as entrevistas ocorreram durante visitas aos centros dos municípios-sede das comunidades ou no seu ambiente de trabalho, nas secretarias, ou durante alguma atividade da equipe no quilombo, durante a minha estadia. As entrevistas com os gestores e profissionais de saúde foram conduzidas a partir da realidade de cada quilombo e com perguntas abertas a respeito das dimensões do acesso aos serviços de saúde com questões que emergiram no campo.

A abordagem dos profissionais quanto à pesquisa se deu, primeiramente, da minha apresentação pessoal enquanto discente ligada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, ao Projeto “Corpo Presente” e o meu próprio projeto de dissertação, seus objetivos e métodos. A escolha se deu sem predição ou distinção entre os gêneros e com sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os sujeitos da pesquisa, quilombolas e profissionais da saúde, foram identificados por nomes fictícios de origem africana, e sempre que citado pela primeira vez é esclarecido o seu significado.

#### **1.4. Produção de Dados**

As viagens aos quilombos aconteceram em dois momentos: em um primeiro momento, com a equipe de projeto “Corpo Presente”, que me apresentou às comunidades e permitiu as primeiras conversas e aproximação como os moradores. Num segundo momento, se deu a minha inserção nos territórios das comunidades, vivenciando suas dificuldades e dividindo suas histórias de diversas situações de necessidades de serviços de saúde.

Busquei voltar às comunidades em momentos diferentes do ano, durante o verão amazônico de poucas chuvas e no inverno amazônico<sup>10</sup>, caracterizado por muitas chuvas, pois o fator climático da região poderia influenciar as condições de acesso aos serviços de saúde. No total, fiz duas viagens para cada quilombo, com tempo médio de 12 dias em cada, além da minha participação durante o VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas e no Seminário de Políticas Públicas de Saúde para População Quilombola, eventos que contava com a participação de representantes dos três quilombos.

---

<sup>10</sup> Inverno Amazônico é período do ano em que as chuvas se tornam mais intensas e frequentes, o que se dá entre o final de dezembro a início de abril. Já o verão Amazônico, é o período do ano em que as chuvas são menos frequentes e intensas;

As conversas livres ou cordiais (SPRADLEY, 1979) aconteceram mais fluentes durante os meus retornos aos quilombos e muitas vezes em tom de desabafo ou de confissão, pois percebi que meu retorno fez os moradores sentirem-se mais seguros quanto ao compromisso com as suas dificuldades em saúde e mais familiaridade com a minha presença no seu dia a dia, o que me fez entender melhor as relações entre gestores e comunidades. Ainda entrevistei e vivenciei o cotidiano de profissionais de saúde que estavam diretamente ou oficialmente envolvidos com os serviços ofertados às comunidades.

O retorno permitiu encontrar os sujeitos da pesquisa com mais segurança, pois conhecer a comunidade e alguns moradores, ajudou na escolha dos sujeitos da pesquisa a partir de critérios estabelecidos, que foram: ser morador e estar envolvido direta e indiretamente com os serviços de saúde, tais como ACS's e técnicos de enfermagem que fossem moradores dos quilombos, lideranças quilombolas locais, voluntários da Pastoral da Criança ou da Saúde e sujeitos que precisam de cuidados e de assistência em saúde regularmente, como grávidas e puérperas, assim como portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e diabetes, além de ser maior de 18 anos- não houve privilégio entre os gêneros- e que concordassem em participar da pesquisa assinando o TCLE (Anexo 1). Havia, ainda, os idosos que, além de conhecer a história dos quilombos, já vivenciaram diversas situações de necessidade de assistência em saúde e indicavam os religiosos como pais de santos, pajés, benzedeiros, parteiras que fossem referência na saúde para os moradores. A eleição destes critérios se deram a fim de encontrar sujeitos que conseguissem descrever, com mais propriedade, suas experiências de acesso aos serviços de saúde.

Outro importante momento para a pesquisa foi a minha participação em eventos que reuniam os quilombolas no estado. O ocorreu espontaneamente, pois lideranças do movimento negro do estado que conheciam este trabalho e o reconheciam como relevante, chamavam-me para contribuir nos espaços. Primeiro, foi o VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas, ocorrido entre os dias 12 a 15 de agosto de 2010, na comunidade quilombola Itacuã-Miri no município de Acará. Neles reencontrei muitos sujeitos, discuti, socializei e reconstruí os resultados desta num espaço democrático e participativo do encontro. Isso representou um momento fundamental para a finalização do trabalho.

Logo depois, ocorreu o Seminário de Política de Saúde para População Quilombola, promovido pela Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), durante o período de 25 a 26 de agosto de 2010, em Belém, onde estavam representados quilombolas de todo o Estado, os gestores municipais e representantes do Ministério da Saúde, através da Secretaria de



Gestão Estratégica e Participativa, assim como a Secretaria Especial de Promoção da Igualdade Racial.

A temática do seminário foi o acesso aos serviços de saúde, o que permitiu contribuir com alguns dos dados apresentados nesta pesquisa, assim como colaborar no debate a respeito de políticas públicas de saúde para comunidades quilombolas no Estado do Pará.

A aproximação com os gestores ocorreu de várias formas. Uma delas foi durante as viagens de balsa, em que percebia a presença de ambulâncias ou automóveis oficiais com a identificação da prefeitura e me aproximava do motorista ou de qualquer servidor que estivesse responsável no local e me apresentava ou solicitava o contato do secretário (a) de saúde do município ou mesmo quando encontrava alguém cuja entrevista seria importante para o entendimento do acesso aos serviços de saúde. Então, eu seguia os protocolos de apresentação do projeto e marcava, de acordo com a disponibilidade do gestor, uma entrevista. Em outras situações, parti por conhecer, durante minha estadia nas comunidades, o posto de saúde mais próximo, o que me permitia reproduzir o percurso feito pelos moradores e conhecer os profissionais no desenvolvimento de suas atividades na atenção básica.

As entrevistas e a observação da atuação dos profissionais de saúde aconteceram sempre no seu ambiente de trabalho ou durante suas atividades nas unidades de saúde ou em atividades de saúde nos quilombos. Numa primeira aproximação com os gestores houve recusa e, na sua maioria, especialmente quando expunha a importância da conversa ser gravada, pois temiam que as gravações fossem usadas pelos adversários políticos da região e argumentavam o pouco tempo no cargo, visto que os secretários de saúde, em sua maior parte, tinham em média, quatro a seis meses de gestão, devido às constantes mudanças do cargo. Entretanto, mesmo com a resistência em participar, que considero importante descrever, sempre consegui as entrevistas, após esclarecer todos os detalhes da pesquisa, uma vez que tinha o objetivo de confrontar a vivência nas comunidades com as informações dadas pelos gestores, coordenadores, diretores de unidades e profissionais.

Entre os profissionais de saúde dos postos de saúde “mais próximos” dos quilombos, houveram várias dificuldades de encontrar o profissional médico na unidade, por vários motivos, entre eles, não ser aquele dia de trabalho do profissional. Quando conseguia encontrá-lo, argumentava que não dispunha de tempo para me atender devido a grande demanda de usuários no serviço ou por não considerar que pudesse me prestar informações relevantes, sugerindo a conversa com as enfermeiras da equipe, pois eram as responsáveis pelo planejamento e as coordenadoras da atividade da equipe. Consegui, entre os médicos,

algumas poucas conversas informais, fruto da minha obstinação em dialogar com eles, sem uso de gravador, porém, com registro das informações mais relevantes no caderno de campo.

Quanto às enfermeiras e técnicos de enfermagem, aceitaram participar sem restrições. Foi possível acompanhá-los em vários momentos do seu cotidiano profissional, seja durante ações de saúde que se desenvolviam durante minha estadia na comunidade, seja nos seus gabinetes nas secretarias, nos consultórios e salas de atendimentos nas unidades de saúde. Tal fato me permitiu o envolvimento nas suas rotinas como profissionais, bem como reencontrar alguns antigos colegas de graduação, ou ex-alunos que trabalham nesses municípios, o que ajudou na aproximação destes profissionais de saúde.

Para compreender as experiências no campo de pesquisa, onde se evidencia a pesquisa como prática social, pois se constitui numa rede de relações (PIANI, 2007), utilizei, também, como fontes os dados oficiais do Estado, como relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), e do Sistema de Cadastro de Estabelecimento de Saúde (CNES) disponíveis na rede de computadores pelos sites oficiais<sup>11</sup>, assim como documentos oficiais do Estado como Portarias, Leis, documentos oficiais com Programas e Políticas Públicas de Saúde para a População Negra e relatórios da Secretaria Especial de Política de Promoção a Igualdade Racial.

Queiroz et al (2007), descreve a observação participante como uma técnica que consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. De acordo com os autores, esta é uma técnica que se contrapõe ao princípio do isolamento e que é capaz de dar significado ao contexto global, caracterizando pela valorização da interação social que deve ser compreendida como o exercício de conhecimento de parte com o todo e vice-versa.

## **2. Métodos de Interpretação e Análise**

### **2. 1. Arte e Ciência da Descrição e Análise Minuciosa**

A concepção de saúde e de acesso neste trabalho foi ressignificada a partir de leituras de cunho político e ideológico do fazer saúde na perspectiva da equidade, tendo como central componente o desenvolvimento humano para a eliminação das iniquidades sociais.

No sentido de discutir e promover a equidade em saúde e justiça social das políticas públicas para a população negra e quilombola, descrever-se o acesso aos serviços de saúde o

---

<sup>11</sup> Disponível na Plataforma do Ministério da Saúde, o endereço eletrônico: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br) ;

mais próximo possível da experiência dos sujeitos desta pesquisa, os dados foram analisados a partir das quatro dimensões do acesso e acessibilidade aos serviços de saúde.

Estas dimensões foram construídas a partir dos estudos de Unglert (1990); Giovanella & Fleury (1996); Conill (2002); Starfield (2002); Travassos & Martins (2004), Prado et al (2007) e Jesus & Assis (2010), mas principalmente, durante o desenvolvimento da pesquisa em campo, desde a primeira visita a Mangueiras, durante os retornos às comunidades, e nos espaços<sup>12</sup> de socialização e debates que participei, notei que estas dimensões analisadas foram as principais questões envolvendo o acesso, e ainda existia o fato de a dinâmica dos quilombos apontar para a necessidade de ouvir os moradores, gestores e profissionais de saúde. E, de acordo com Queiroz et al (2007), na observação participante o pesquisador analisa a realidade social que o rodeia, tentando captar conflitos e tensões existentes entre os grupos sociais.

De acordo com Flick (2009), a observação participante, envolve três fases: a primeira, observação descritiva, realizada no início da pesquisa para orientar quanto ao campo estudado, e importante para apreensão da complexidade do campo; a segunda fase, de observação focalizada, é quando a atenção do pesquisador se dá ao processo e problema da questão investigada; e a terceira fase, a observação seletiva, que ocorre na fase final da coleta, quando se concentra em encontrar mais indícios e exemplares para os processos encontrados na segunda fase.

O acesso enquanto categoria analítica de planejamento da política pública de acesso aos serviços de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; ASSIS & JESUS, 2010) ocorreu transversalmente nas categorias descritivas, onde foram usadas, também, como parâmetro para analisar o desenvolvimento de políticas públicas aos quilombos estudados, as entrevistas dos moradores, assim como a vivência em campo, as entrevistas dos profissionais e a análise de documentos produzidos pelo Ministério da Saúde disponíveis na internet. As categorias e interpretações realizadas aqui permitiram fazer uma descrição crítica do acesso aos serviços de saúde em áreas rurais a partir do contexto sociocultural de dois quilombos localizados no nordeste do Pará e um na ilha do Marajó.

A análise exploratória ou análise descritiva é o método que envolve a coleta, caracterização e apresentação de um conjunto de informações que descrevem apropriadamente as características do coletivo (LEVINE et al, 1996; FLICK, 2009). As informações socioeconômicas foram geradas a partir dos dados do projeto “Corpo Presente” e

---

<sup>12</sup> VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas e no Seminário de Políticas Públicas de Saúde para População Quilombola;

são apresentados em forma de gráficos e tabelas. Para o tratamento destes utilizou-se o software Excel como instrumento estatístico que segundo Bussab & Morettin (2003), possui inúmeras ferramentas descritivas: como os gráficos, tabelas e medidas de síntese como porcentagens, índices e médias para organização dos resultados. Os mais utilizados, destacam-se os gráficos que tem, como objetivo principal, facilitar a interpretação dos resultados apresentados.

## **CAPÍTULO III.**

### **CARACTERIZAÇÃO DOS QUILOMBOS, CONHECER E RECONHECER**

(...) Homens do mar! Ó rudes marinheiros,  
Tostados pelo sol dos quatro mundos!  
Crianças que a procela acalentara  
No berço destes pélagos profundos!

Esperai! Esperai! Deixai que eu beba  
Esta selvagem, livre poesia  
Orquestra — é o mar, que ruge pela proa,  
E o vento, que nas cordas assobia...

Castro Alves

#### **1. África/Laranjituba**

Começamos pelo quilombo que nos remete ao continente africana, onde tudo começou. Uma de suas primeiras moradoras era chamada pelo nome do seu local de nascimento, *África*, e quando as pessoas referiam-se ao local usavam-na como referência, “lá onde a África mora”, “na África” e, segundo os moradores, desta forma batizou-se o quilombo. Quanto ao termo *Laranjituba*, dá-se por ter no local muitas árvores de laranja como planta nativa. É importante destacar que não se tratam de dois quilombos, mas vilas que compõem um quilombo só. O Sr. Adili<sup>13</sup>, um dos moradores mais antigos, relembra o passado de muitas dificuldades, remete-nos a um espaço-tempo que ele ajudou a construir e nos apresenta:

---

<sup>13</sup> Os nomes dos sujeitos entrevistados serão identificados por nomes de origem Africana, como medida de garantir o anonimato na pesquisa. Adili quer dizer Justo, de origem Suahili no Quênia.

... ahhhhhh minha querida agora tá bom, eu digo pra rapaziada agora, mas no meu tempo a gente num pátio como esse era só um roçado enorme a gente só derrubava com um machado enorme, a gente passava álcool na mão assoprava a mão de tanto cortar de machado a gente agarrava o produto da gente não tinha nem animal, animal tinha, mas era só no Marajó e pra ir pro Rio Grande do Sul, aqui em Moju , Acará, Guamá, Bujaru pra esses lugar assim não tinha nem..., agora mesmo que é fazenda que é gado pra todo lado né e a gente olha carregava no paneiro a tora assim carregava assim e colocava pra dentro cheio de mandioca, tirava assim (fazia gestos com a mão), arrancava assim o pé pra fazer a farinha d'água tirava, a gente carregava, a gente andava, tava cansado a gente se abaixava assim e pegava aquela vasilha do paneiro tornava a se abanar ou então quebrava um folha pra se abanar, não é como agora que bota num caminhão, bota numa carreta, bota, e é rápido que um boi puxa e ninguém tinha condições de arrumar nem um cachorro quanto mais comprar um boi.

O quilombo está localizado no município de Abaetetuba, que em Tupi significa “homem forte, valente e corajoso”. A colonização de Abaetetuba se deu por volta de 1635 por padres capuchinhos que, após percorrerem os rios da região, uniram-se a uma aldeia de tribos nômades, o que foi chamado inicialmente de Samaúma, mas depois batizado de Beja<sup>14</sup>.

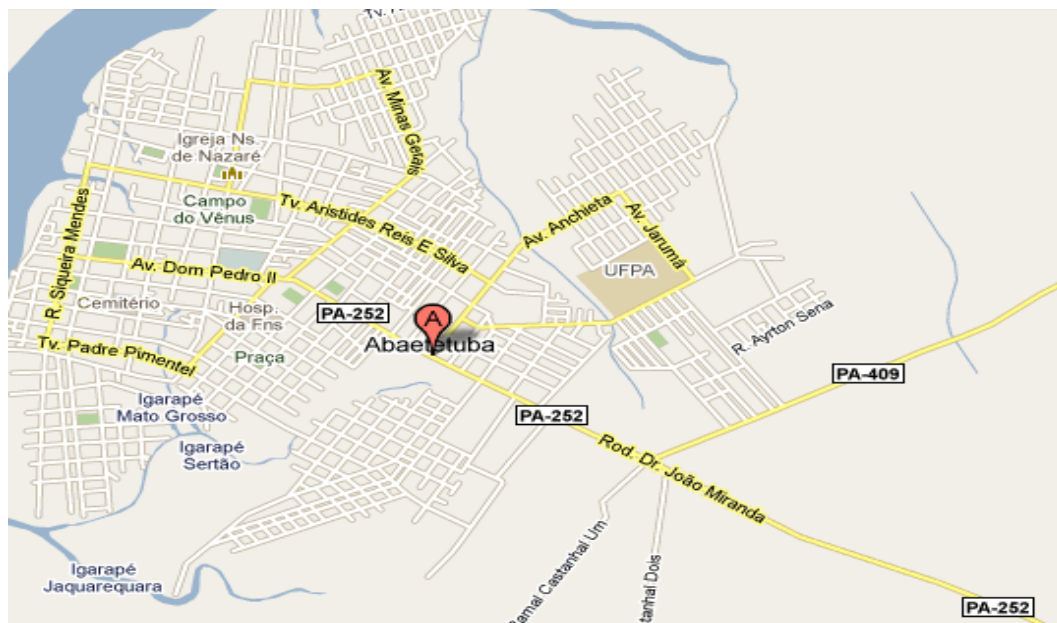
O município de Abaetetuba foi desmembrado do território da capital do estado em 1880, de acordo com a Lei nº 973, de 23 de março, que também o constituiu como autônomo. Um ano depois, em 1881, o presidente interino da Câmara em Belém, José Cardoso da Cunha Coimbra, instalou a Câmara Municipal de Abaeté. Entretanto, foi só em 30 de dezembro de 1943, que pela Lei nº 4.505 foi instituído o nome Abaetetuba. Atualmente, o município é composto pelos distritos de Abaetetuba (sede) e Beja<sup>1</sup>. Abaetetuba está localizado na mesorregião do nordeste estado do Pará, macrorregião de saúde Metropolitana<sup>15</sup>, microrregião de Cametá, faz fronteiras<sup>16</sup> com os municípios de Moju, Igarapé-Miri, Barcarena, distante a 61 quilômetros de Belém. Abaixo uma figura mostrando o município.

Figura 1: Município de Abaetetuba, Pará, Brasil;

<sup>14</sup> Fonte disponível : <http://pt.wikipedia.org/wiki/Abaetetuba#Hist.C3.B3ria>

<sup>15</sup> Resolução da SESP A nº 44 de 03/04/2009.

<sup>16</sup> Fonte disponível: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Abaetetuba>



Fonte: Google.maps/ 2011

Em África, vivem 42 famílias e em Laranjituba, 60 famílias, num território de 1.108,1837 hectares, cuja data da primeira outorga do título pelo ITERPA é de 04/12/2001, no qual as terras foram consideradas primeiramente nos limites geográficos do município de Moju e a segunda outorga pelo ITERPA, do dia 02/12/2008, quando o território foi ampliado e as terras passaram a ser consideradas do município de Abaetetuba- o título foi emitido em nome da Associação Quilombola do Baixo Caeté.

O acesso às comunidades se faz por uma estrada de chão batido, chamada pelos moradores de ramal, à margem da Alça Viária, no quilômetro 68, sem nenhuma placa ou identificação da entrada do quilombo. A identificação se dá apenas por estar a menos de 1 quilômetro do trevo que divide a estrada para as entradas dos municípios de Barcarena e Abaetetuba e ter, na entrada, do ramal uma borracharia sinalizada com um pneu. O ramal é uma pequena estrada de terra que ora é de piçarra, ora é de chão batido, e não tem iluminação pública nenhuma, como mostra a figura abaixo. Apresenta as mesmas condições durante os 15 quilômetros até África/Laranjituba e, após os nove primeiros quilômetros da estrada, encontra-se a Vila Caeté.



Figura 2: Chegando a África, nota-se o teto da escola ao fundo. Fonte: “Corpo Presente”

O caminho segue-se. Atravessamos dois pequenos igarapés, por cima de estreitas pontes de madeira, em seguida chegamos primeiro à África, onde as casas estão localizadas mais próximas umas das outras e se destaca a construção em alvenaria da escola, onde funciona o ensino modular nos três turnos, mantidos pelo município de Moju em parceria com o governo do estado, parceria esta que também construiu a casa de farinha da comunidade.



Figura 3: Casa de farinha de África



Figura 4: Forno da casa de farinha

As casas ao longo do ramal e em África/Laranjituba são pequenas, sendo de dois a três compartimentos e de madeira, em sua maioria, como apresenta o gráfico a seguir. Estão localizadas próximas umas das outras, variando entre 10 e 30m de distância, embora algumas se situem até cerca de 500m do centro do quilombo.

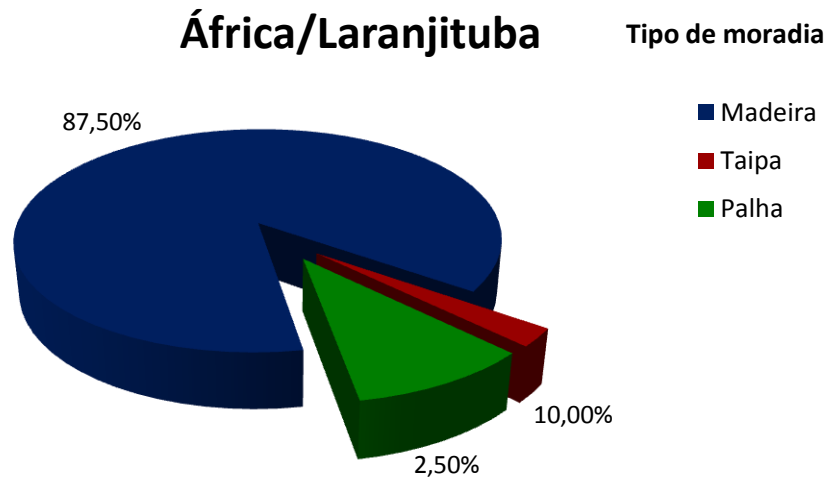


Gráfico 1: Tipo de Moradia em África/Laranjituba.

As casas têm, em média, dois e três cômodos, de madeira. A maioria com o teto de telhas de barro, abastecimento de água encanada, um percentual de 72,5%, cuja fonte é uma caixa d'água comunitária com sistema de poço artesiano, instalada pelo Governo do estado, como medida de implantação serviço de saneamento em áreas rurais, em áreas especiais, como quilombolas, conforme o gráfico 2.

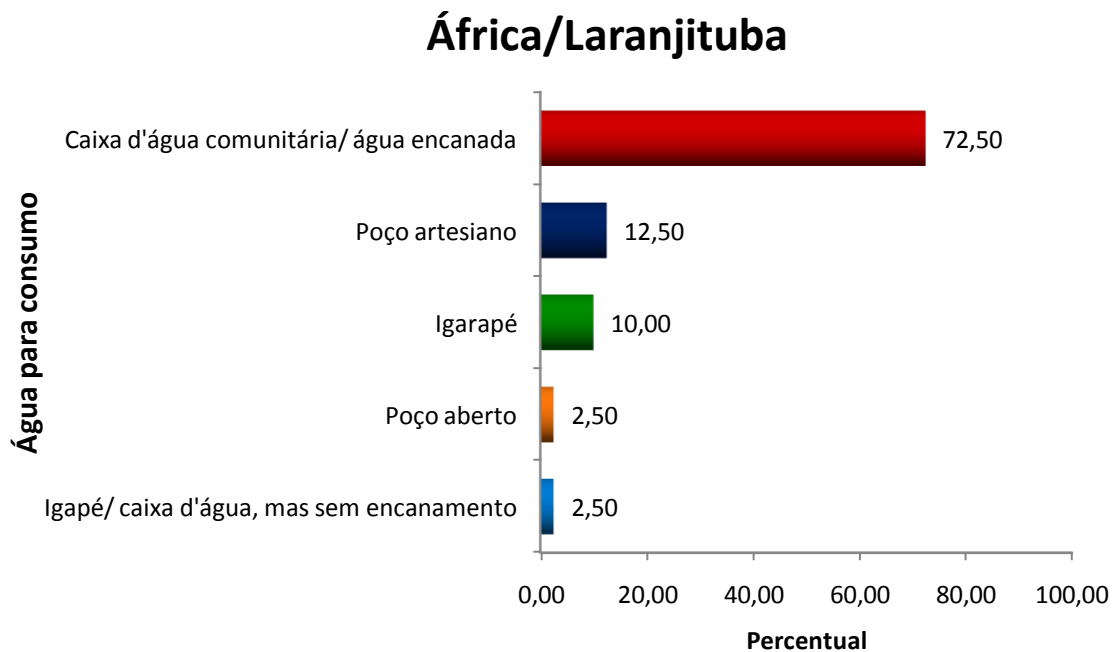


Gráfico 2: Origem da água para consumo em África/Laranjituba

Quanto à rede de esgoto, 68,45% dos domicílios têm como destino do esgoto a céu aberto, e 25% fossa seca de madeira, apresentados no gráfico a seguir. Silva (2008), encontrou números semelhantes, um percentual de 70% da população de seu estudo com outras populações caboclas amazônicas que vivem sem o tratamento de esgoto. A Pesquisa



Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2009 apontou que 59,1% dos domicílios brasileiros têm rede de esgoto, este percentual cai para 13,5% na região Norte, sendo este o pior índice de todo o Brasil. O segundo colocado, a região Nordeste, tem 33,8%, portanto uma diferença de mais de 20 pontos percentuais.

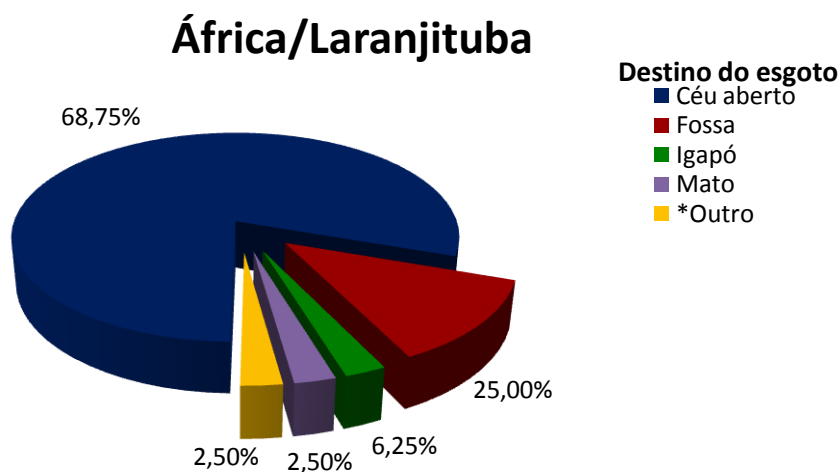


Gráfico 3: Destino do esgoto em África/Laranjituba.

\*Na categoria *outro* estão contidos as categorias vala no quintal, vala no terreno ou rio/corrego.

O principal destino do lixo é ser queimado na propriedade, com 87,50%; 12,50% dos entrevistados declararam que jogam o lixo no mato, como pode ser observado no gráfico 4. Dados muito diferentes dos nacionais, pois segundo o Pnad 2009, apenas 11,4% dos domicílios do país queimam o lixo na sua propriedade, e a região Norte tem 82,2% dos domicílios com cobertura de coleta de lixo regular.

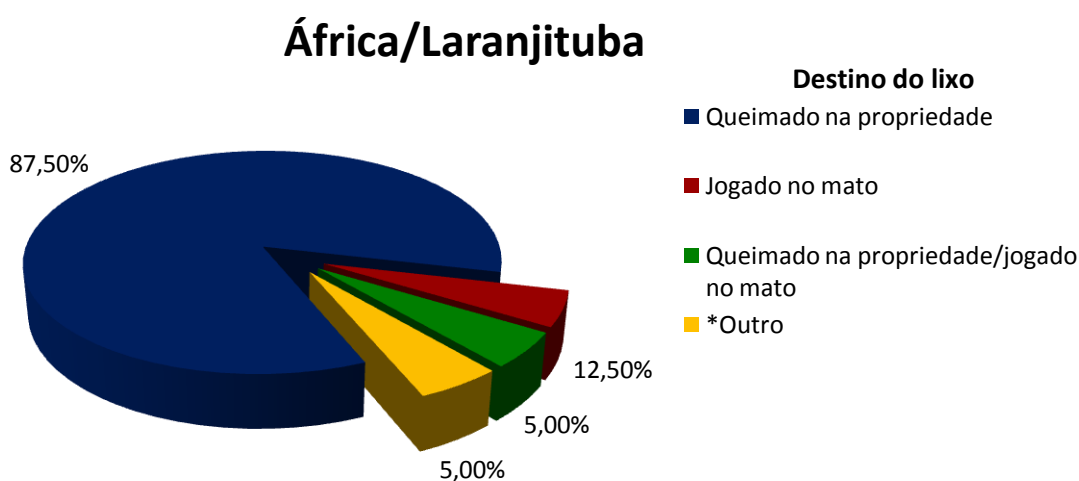


Gráfico 4: Destino do lixo em África/Laranjituba.

\* Na categoria *outro* estão contidos as categorias enterrado na propriedade e jogado em buraco.

As casas em África abrigam mais de uma família, residindo na mesma casa pais, filhos, genros, noras e netos. A renda de 62,5% das famílias é de até um salário mínimo (valor de R\$510,00 em Janeiro/2010), conforme demonstra o gráfico abaixo. O impacto dos custos financeiros dos serviços de saúde no acesso e acessibilidade dos serviços de saúde somente pode ser avaliado quando comparado com o nível de renda do grupo populacional (TRAVASSOS & MARTINS, 2004), o que será apresentado a seguir na caracterização de quilombo estudado.

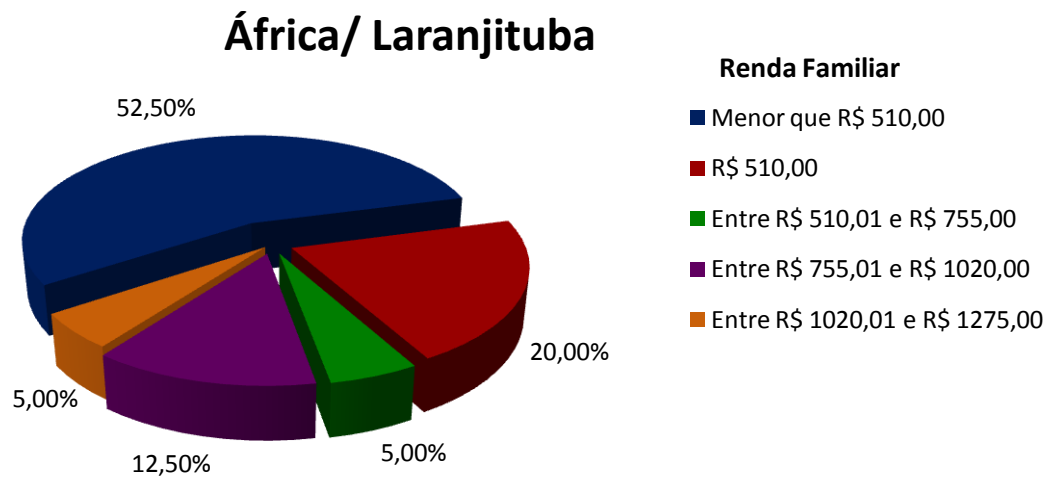


Gráfico 5: Renda Familiar em África/Laranjituba.

As principais atividades econômicas familiares na comunidade são o extrativismo e a lavoura/roça, que representam até 60% da base da renda familiar de África/ Laranjituba, com cultivo de roça para subsistência. O nível de escolaridade entre os moradores é, em sua maioria, o ensino fundamental incompleto. Destacam-se, no gráfico abaixo, também a categoria “Outras” com 30% das famílias, cuja fonte de renda está atividades informais, “bicos” como serviços de roçagem de pasto, vendas de frutas, e ainda, funcionários públicos e o programa de distribuição de renda do Governo Federal.

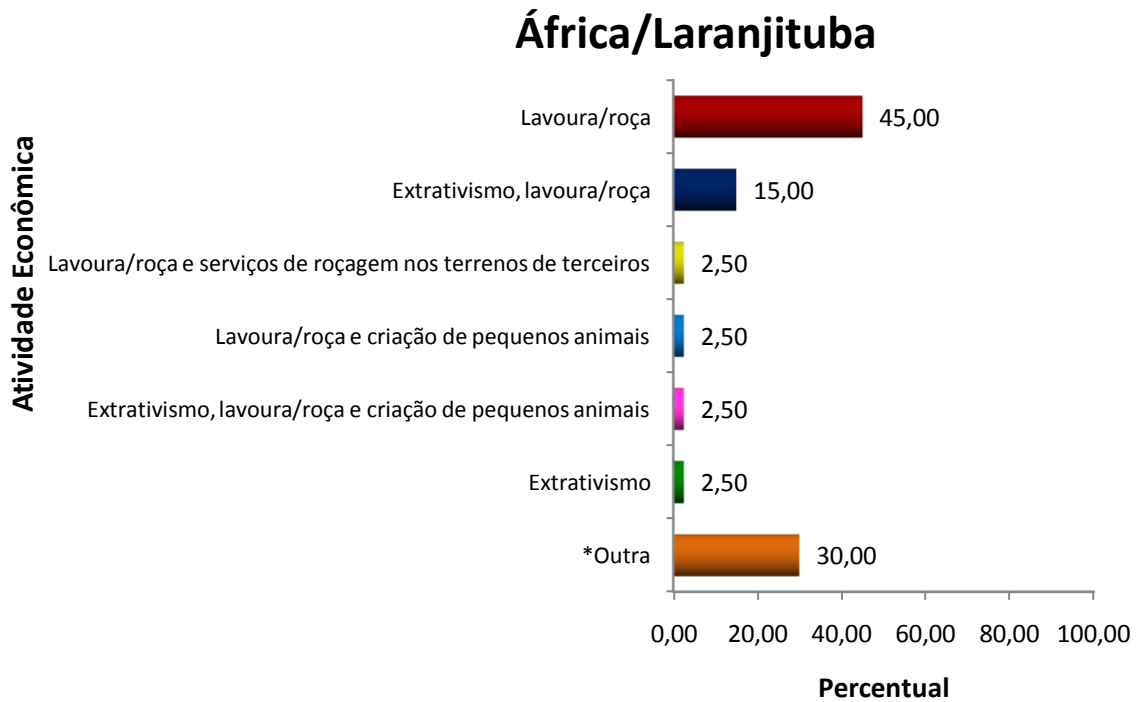


Gráfico 6: Principais Atividades Econômicas em África/Laranjituba.

\*Na categoria *outra* estão contidas, as demais fonte de renda: aposentadoria, “bicos”, funcionário público, pensionista, bolsa família e venda frutas do quintal.

África/Laranjituba têm condições muito semelhantes em suas características habitacionais, atividades produtivas, condições hidrossanitárias. Estão geograficamente separadas pela continuidade de 2 quilômetros do ramal com algumas casas de madeira isoladas ao longo deste, passando por um pequeno córrego sobre o qual há uma estreita ponte de madeira.



Figura 5: Ponte de madeira à caminho à Laranjituba

Chegando à Laranjituba, é possível notar que o quilombo cresceu ao redor da construção da igreja católica, pois as casas de madeira estão ao seu entorno. As únicas construções em alvenaria - a escola – que, assim como em África, é mantida pela prefeitura de Moju - a igreja - ao centro, e o barracão em alvenaria e madeira, onde são realizadas as festas de santos e reuniões da associação ou da igreja, assim as ações de saúde.

Em frente ao complexo igreja-barracão-escola, destaca-se uma placa de luz solar, que fora a principal fonte de energia da comunidade, substituída há três anos com a chegada do Programa Luz para Todos, do Governo Federal.



Figura 6: Escola de Laranjituba



Figura 7: Placa Fotovoltagem para geração de eletricidade doméstica

Os quilombos estão localizados, respectivamente, a 38 e 40 quilômetros de Abaetetuba. O percurso é mensurado, também, pelos moradores através do tempo e transporte. Segundo D. Kabisa,<sup>17</sup> “se for de moto é de trinta a quarenta minutos, se for a pé é de duas horas até a entrada do ramal na Alça Viária”. É um percurso frequente, pois a principal via de acesso aos municípios mais próximos<sup>18</sup> é a rodoviária. O quilombo fica distante 23 quilômetros de Moju, portanto mais próximo para os moradores.

O quilombo não possui telefone público, a rede de telefone móvel não oferece um serviço de qualidade e apenas uma operadora tem cobertura na região. Ainda assim, não se usa o telefone celular como sendo móvel, mas fixo, pois para ter a possibilidade de funcionamento do aparelho é necessário conectá-lo ao cabo da antena externa de TV. Entre os moradores apenas dois possuem este sistema de comunicação em África e três em Laranjituba.



Figura 8: Aparelho celular conectado a antena externa de TV

## 2. Santo Antônio/ Foz do Cravo

No segundo quilombo estudado, o acesso pode ser feito por duas vias, a rodoviária ou fluvial. Antes da conclusão das obras da Alça Viária — atualmente a principal via de acesso ao sul e sudeste do Pará, concluída no ano de 2002 — o acesso se dava pela via rodo-fluvial, descrita a seguir.

A Associação de Remanescentes de Quilombos Nova Esperança de Concórdia (ARQUINEC) tem como associados outros quilombos naquela região, sendo o quilombo Santo Antônio um deles. Este é composto por quatro vilas, quais sejam: Vila Santo Antônio, Foz do Cravo ou São Miguel, Campo Verde e São Raimundo, que foram demarcadas para

<sup>17</sup> Quer dizer Para sempre, de origem Suahili, Quênia-Tanzânia.

<sup>18</sup> Estes são, Abaetetuba, Barcarena e Moju.

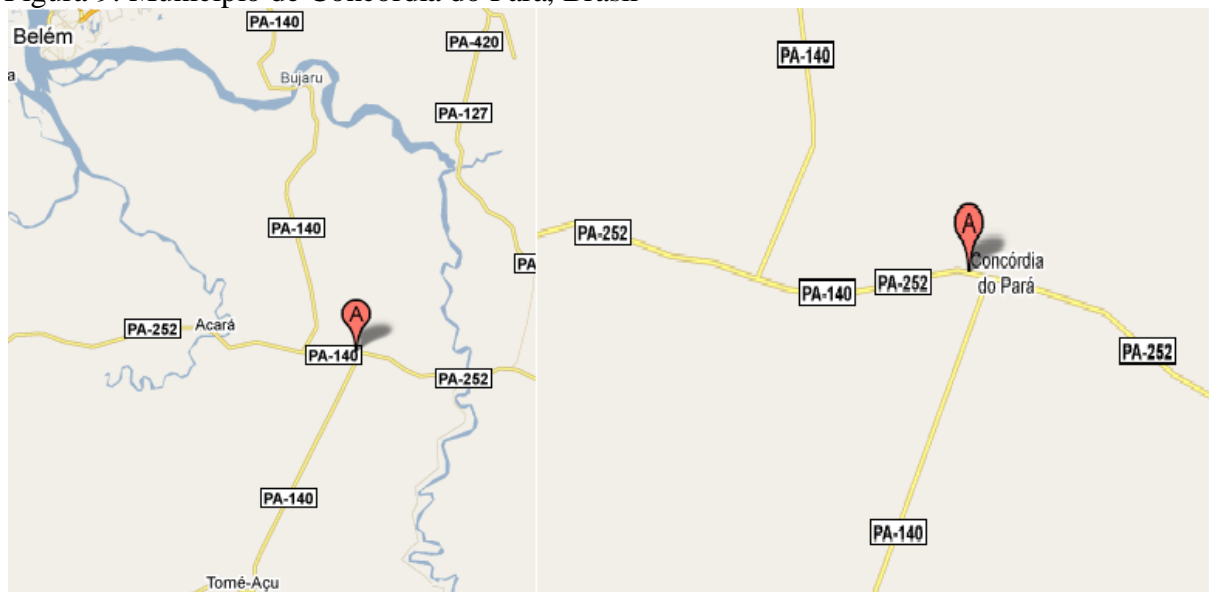
titulação, com Edital publicado no Diário Oficial da União, pelo INCRA, em 2007. No entanto, apenas as duas primeiras fazem parte deste estudo.

O quilombo está localizado no município de Concórdia do Pará. O município tem sua história marcada pela extração da madeira na região durante a década de 60, quando o processo de ocupação tornou-se cada vez maior, iniciado pela abertura da estrada em direção ao município de Tomé-Açu, em seguida pelo surgimento do município de Bujaru onde os migrantes nordestinos, na maioria, se instalaram<sup>19</sup>.

Até 1988, a comunidade pertencia ao município de Bujaru. Neste mesmo ano, iniciou-se o processo de emancipação político-administrativo da “Vila Concórdia”, representada pelo então vereador Walmir Araújo Alves. Mediante a promulgação da Lei n ° 5.442, em 10 de maio de 1988, foi estabelecido pela Assembléia Legislativa do Estado, o município de Concórdia do Pará, emancipando-se politicamente de Bujaru e configurado, a sua área patrimonial com terras desmembradas dele. Em 1989, a localidade Santo Antônio, referida apenas como um sítio na zona rural à margem esquerda do rio Bujaru, desmembrou-se de Bujaru e passou a pertencer ao município de Concórdia do Pará (COSTA, 2008, p. 34).

Atualmente, o município localiza-se na mesorregião do nordeste do Pará, macrorregião de Saúde Metropolitana<sup>20</sup>, microrregião de Tomé-Açu. Faz fronteiras com os municípios de Bujaru, Tomé-Açu, São Domingos do Capim e Acará, como pode ser visto na figura abaixo.

Figura 9: Município de Concórdia do Pará, Brasil



Fonte: Google.maps/2011

<sup>19</sup> Fonte disponível: [http://pt.wikipedia.org/wiki/Conc%C3%B3rdia\\_do\\_Par%C3%A1](http://pt.wikipedia.org/wiki/Conc%C3%B3rdia_do_Par%C3%A1)

<sup>20</sup> Resolução da SESP A n° 44, de 03/04/2010.

Para ter acesso ao quilombo é necessário percorrer o trajeto de 142 quilômetros de distância da capital, Belém, feito de automóvel, forma mais recorrente para se chegar a Santo Antônio, o que permite chegar através de estradas de terra e piçarra às margens da PA-140 até os ramais nos quilômetros 35 e 39.

O percurso rodoviário-fluvial, inicia-se em Belém pela BR-316, em seguida pelo município de Santa Izabel do Pará, onde é possível notar várias localidades tais como Caraparu, Conceição do Itá, Vila do Carmo e Macapazinho, até a chegada ao Porto Inhangapi-Bujaru. A travessia de balsa pelo rio Bujaru tem duração de 25 minutos até o município do mesmo nome.



Figura 10: Travessia de balsa Inhangapi-Bujaru

Após a travessia, segue-se através da PA-140 nos domínios do município de Bujaru, até os ramais de acesso à comunidade que são: o quilômetro 39 (com um percurso de 18 quilômetros) e o quilometro 35 (com maior distancia, de 22 quilômetros). Os dois ramais saídos da PA cortam as comunidades de Cravo e Curuperezinho e se interpõem no centro da comunidade de Curuperé e daí seguem em direção a Santo Antônio.

O ramal tem muitas subidas e decidas, e ora é de terra batida ora é de piçarra, ora de vegetação fechada ora vila de casas, sem qualquer iluminação pública. Atravessam-se quatro pontes de madeira, todas em péssimo estado de conservação e, a partir da última, e maior delas, avistam-se as casas e a escola do local. Durante a última expedição que a equipe do projeto “Corpo Presente” esteve na comunidade, a kombi que transportava os pesquisadores e parte do material caiu num enorme buraco na ponte (figura 11).



Figura 11: Acidente ocorrido na chegada do quilombo. O Veículo ficou preso na ponte de madeira, que se encontrava em situação precária

Eventos do tipo não são incomuns, pois os moradores contam muitas histórias de acidentes entre os parentes e vizinhos, principalmente com motos (meio de transporte mais usado no interior do estado). Isso se dá em virtude da peculiaridade do terreno e à falta de manutenção das pontes e de parte do ramal, principalmente durante o período de mais chuvas, que vai de novembro a março. Entretanto, durante o ano de 2010, os moradores notaram que as chuvas se tornaram mais intensas durante o mês de abril, fato que não era comum.

Seguindo a entrada dos dois ramais, chega-se ao Curuperé, distante 15 quilômetros da sede de Santo Antônio, onde está localizado o Posto de Saúde da Família do Curuperé e a escola de ensino fundamental, administrada pelo município de Concórdia do Pará. A unidade de Saúde da Família atende aproximadamente 700 famílias nas comunidades Vila do Cravo, quilômetro 35, 40, Arapiranga, Curuperé e Curuperezinho. Entretanto, não atende a Santo Antônio.



Figura 12: Caminho aos sítios ou vilas



Figura 13: Escola de ensino fundamental no





Figura 14: Posto de saúde na comunidade Curupéré

O ramal segue até a vila mais afastada, Foz do Cravo, chamada pelos moradores assim por ter a nascente do Rio Cravo, que banha todo o quilombo de Santo Antônio. A Foz dá acesso fluvial ao município de Bujaru, tornando-se um trajeto frequente aos moradores, principalmente da Foz do Cravo, que possuem canoas, pequenas embarcações a remo. Apenas um comerciante possui um barco a motor que transporta moradores e mercadorias. Outra peculiaridade de Foz do Cravo é a criação de bois e vacas, o que não é comum nas outras vilas, por isso, à entrada da vila, existe uma cerca de madeira.



Figura 15: Trapiche na Vila Foz do Cravo

O quilombo tem aproximadamente 60 famílias que moram em casas de madeira (92,31% das casas), com teto de telhas de barro de quatro a cinco cômodos. Os banheiros e sanitários são fora do domicílio com 38,46% do esgoto a céu aberto, apenas 23,08% usam fossa seca de madeira, e ainda 7,69% usam apenas um buraco no chão com tábua de cobertura ou em vala no terreno. A fonte de água para uso doméstico e consumo é de 38,46% de poço chamado caipira ou de boca aberta, com pequena construção de alvenaria e carretel para retirada da água manualmente e frequentemente sem tampa. Dados apresentados nos gráficos 7,8 e 9 abaixo.

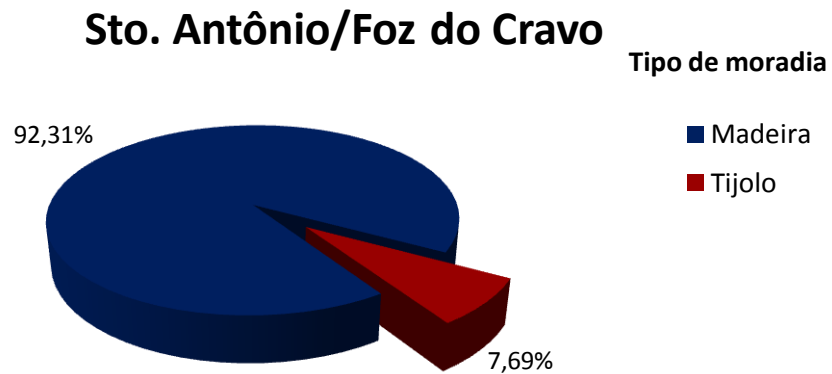


Gráfico 7: Tipo de Moradia em Santo Antônio/Foz do Cravo.

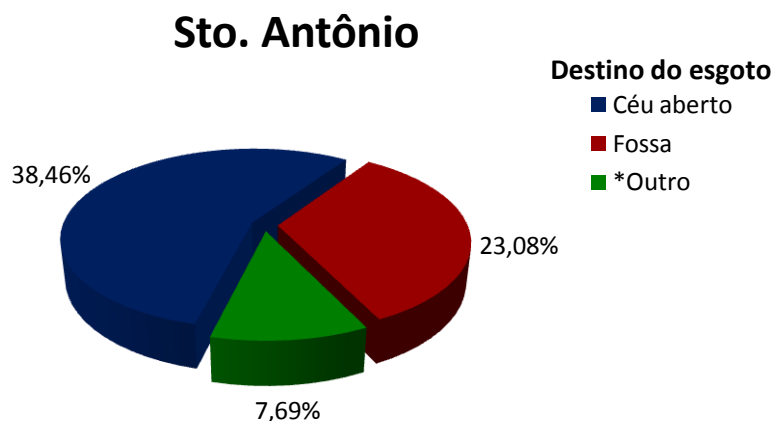


Gráfico 8: Destino do esgoto em Santo Antônio.

\* Na categoria *outro* estão contidas as categorias buraco com tábua em cima e vala no terreno.

## Sto. Antônio/Foz do Cravo

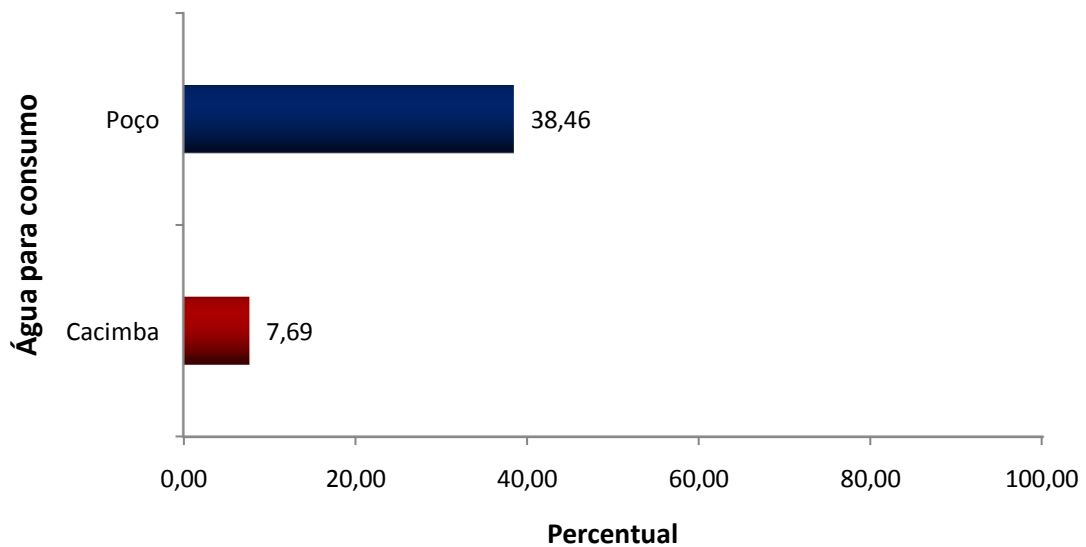


Gráfico 9: Origem da água para consumo em Santo Antônio/Foz do Cravo.

A renda familiar de 76,92% das famílias é de até 1,5 salários mínimos (R\$ 765,00), apresentado no gráfico 10. A principal fonte de renda de 46% dos moradores é a lavoura/roça de subsistência, destaca-se a categoria “Outras” com 23,08%, e participação dos moradores na Associação de Agricultores e Apicultores de Concórdia e Bujaru, apresentados no gráfico 11. O nível de escolaridade entre a maioria dos moradores é o fundamental incompleto.

## Sto. Antônio/Foz do Cravo

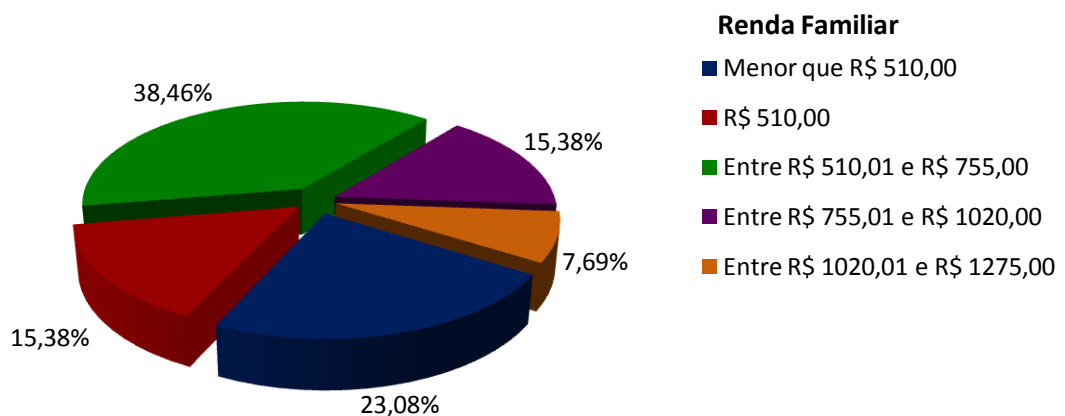


Gráfico 10: Renda Familiar em Santo Antônio/Foz do Cravo.

## Sto. Antônio/Foz do Cravo

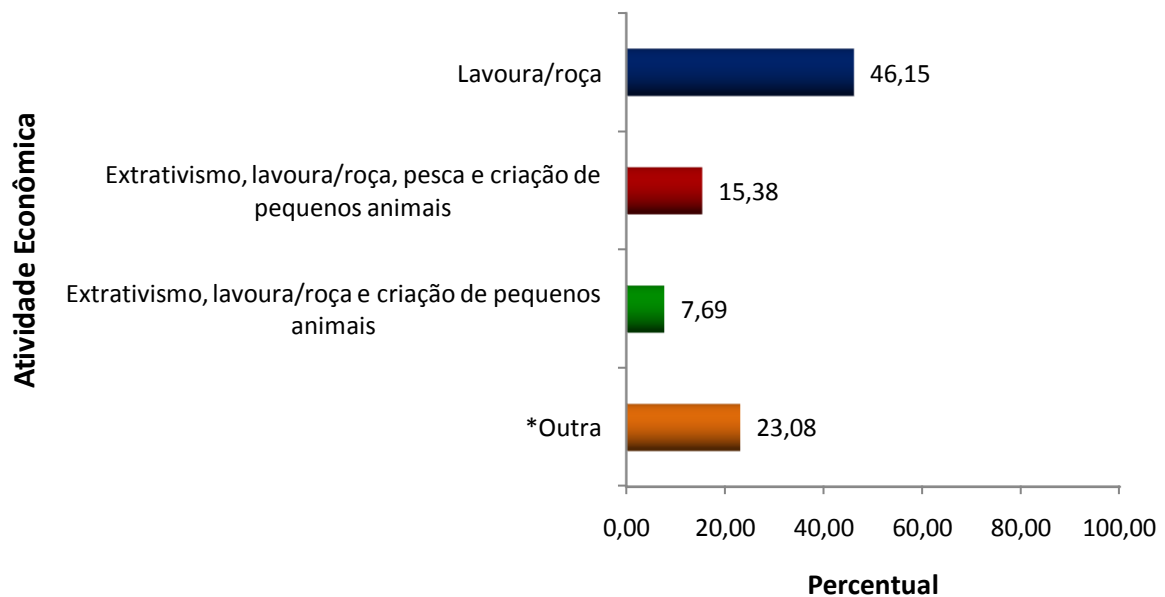


Gráfico 11: Atividade Econômica em Santo Antônio/ Foz de Cravo.

\*Na categoria *outras* estão contidas as categorias salário, apicultor, padeiro, funcionário público.

Assim como em Santo Antônio/Foz do Cravo, os demais quilombos apresentam, na categoria “Outras”, um percentual significativo. Isto ocorre principalmente pelo número de aposentados e pensionistas o que, mesmo não sendo uma atividade econômica em si, mostra-se fundamental na manutenção das famílias, pois representa uma fonte financeira fixa mensal, colocando os mais velhos como fundamentais para a renda de muitas famílias do quilombo.

A comunidade possui energia elétrica, a cobertura de telefonia móvel é apenas de uma operadora, cujo uso acontece, como em África e Laranjituba, como telefone fixo, com o mesmo sistema de conexão na antena de TV externa. No entanto, nota-se que mais famílias têm acesso a esta tecnologia.

### 3. Mangueiras

A comunidade está localizada no município de Salvaterra, na ilha do Marajó. A história de Salvaterra é marcada pela colonização de jesuítas durante o século XVIII, que se instalaram, a princípio, na vila Monsarás. Era distrito de Soure desde 1901 e foi elevado à categoria de município, com a denominação de Salvaterra, através da Lei nº 2460, de 29/12/1961, desmembrando-se de Soure. A data de fundação como município é de 10 de

março de 1962<sup>21</sup>. Na atualidade, o município compõe a macrorregião de Saúde Metropolitana, mesorregião do oeste do Pará, microrregião de Arari, faz fronteiras com os municípios de Soure, tendo como divisa natural o rio Parauarí. O limite com Cachoeira do Arari é demarcado pelos rios Camará e São Miguel. No mapa abaixo, o município de Salvaterra. Esta é a maior comunidade em estudo, onde vivem aproximadamente 134 famílias. A petição de seu Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID) encontra-se em elaboração pela Superintendência Regional 01 do INCRA (CPISP, 31/05/2007 – data da última atualização).

Mangueiras está situada no município de Salvaterra, na ilha do Marajó, distante duas horas e meia de Belém por via fluvial, com desembarque no Porto Camará, na sede do município, de onde se parte pela rodovia PA-154 durante 30 quilômetros de estrada asfaltada até uma conversão à esquerda por um ramal de piçarra de 17 quilômetros até Mangueiras. A entrada é conhecida como “a entrada de Passagem Grande”. Trata-se do antigo ramal, mas que hoje tem largura para circulação de automóveis em duas mãos, devido à circulação de muitas pessoas em direção às várias comunidades e fazendas no local e por ser o principal acesso rodoviário para o município de Salvaterra. Entretanto, as condições da estrada não são muito diferentes dos ramais dos demais quilombos deste estudo: sem iluminação pública, e ora de piçarra ora de chão batido que, durante o período maior de chuvas, fica intráfegável.

Figura16: Ilha do Marajó, Pará. Destaque para o município de Salvaterra;



Fonte: Google.maps/2011

<sup>21</sup> Fonte disponível : <http://citybrazil.uol.com.br/pa/salvaterra/historia-da-cidade>. Acesso em: 10/10/2010.

Na estrada, há diversas comunidades. A primeira é a de Passagem Grande, localizada mais próxima ao Posto de Saúde da Família de mesmo nome, seguida pela comunidade Boa Vista. Após travessia por uma ponte de madeira em bom estado, encontra-se a comunidade Deus Ajude, umas das comunidades que se destaca no ramal por ter uma grande quantidade de casas e ter uma escola municipal de ensino fundamental. É possível notar pequenos caminhos que entram na mata saindo do ramal principal que levam à Vila Providência e à Vila de Siri-Carí, de poucos moradores.

No trajeto, podemos notar, com frequência, animais como gado, búfalos, bem como homens montados a cavalo, transferindo os animais de pasto entre as fazendas do local. A última das fazendas é a Dallas<sup>22</sup>, à margem do Rio Mangueiras ou Paracauri<sup>23</sup>. Neste ponto há um trapiche, com uma pequena embarcação a motor conhecida como rabeta. Após uma travessia de cinco minutos, chega-se à outra margem do rio e a uma estrada de piçarra que, percorrida a pé, leva ao quilombo após 30 a 45 minutos, ou com ajuda de uma espécie de carroça movida por um búfalo, com tempo de 25 a 30 minutos até Mangueiras, dependendo do período do ano, que deixa a estrada mais enlameada ou mais seca. O estreito caminho dá continuidade até a vila conhecida como Salvá.



Figura 17: Local de embarque e desembarque. Visão de Mangueiras para a Laje

<sup>22</sup> Os antigos da comunidade ainda chamam de Laje, onde nos tempos da escravidão os negros desembarcavam. Hoje os mais jovens chamam de Fazenda Dallas, o nome que o atual proprietário batizou o lugar.

<sup>23</sup> Alguns moradores referem-se ao rio como o Rio das Almas.



Figura 18: Principal meio de transporte de Mangueiras

O trajeto que vai da entrada em Passagem Grande até a Laje ou Fazenda Dallas não tem iluminação pública, nem é atendido por serviço regular de transporte rodoviário ou fluvial, onde as alternativas disponíveis são o contato com moto-táxi ou os fretes coletivos, que os próprios moradores fazem de Vans ou microônibus. Este transporte vai até a Laje, em trapiche, restando ainda a travessia do rio e o caminho até as suas casas. O percurso é o caminho mais utilizado pelos moradores, entretanto, eles é possível ir direto à comunidade por barco, saindo dos Portos de Belém, Soure ou Salvaterra.

Existe um transporte escolar coletivo, mantido pela Prefeitura Municipal de Salvaterra por cinco dias da semana, durante o período letivo do sistema público de ensino, ofertado aos estudantes do ensino médio no período noturno em Salvaterra. O ônibus os aguarda na Laje, o que ocorre no período da tarde na ida à escola e a noite, no retorno dos estudantes. A travessia do rio Mangueiras é paga pelo próprio estudante.

Ao lado da escola, encontra-se o Posto de Saúde Ângela Aguiar, reformado em 2006 pela Prefeitura Municipal de Salvaterra. O posto recebeu este nome em homenagem à auxiliar de Enfermagem, referida pelos moradores como enfermeira, que dedicou sua vida e seu trabalho ao quilombo. Ela era uma referência em cuidados de saúde no local, como partos, curativos e aferição de pressão arterial, orientações, dentre outros.

Mangueiras tem um terreno amplo e disperso. No centro da vila de casas vê-se um grande descampado para criação de animais, como bovinos, suínos, eqüinos, aves e bubalinos. As casas se distanciam até mais de um quilômetro entre si, em campo aberto. O quilombo

divide-se em pequenas vilas: Divindade, Trindade, Mucajá, Japiim, Santa Maria, São João, Salvá, Nascimento e a fazendinha Taboca, estes três últimos os mais distantes. A comunidade tem aproximadamente de 137 famílias, dos quais 50 encontram-se apenas na vila São João, as famílias das vilas são mais numerosas, algumas delas com mais de 10 pessoas morando na mesma casa.



Figura 19: Descampado em frente a vila de casas em Mangueiras

A vila São João é a mais antiga e onde foi fundada a primeira associação, a partir da qual se originou a reivindicação pelo reconhecimento quilombola. A associação foi fruto do Programa Raízes, do Governo do Estado do Pará, e o Centro de Defesa e Estudo do Negro no Pará (CEDENPA).

O processo de titulação de Mangueiras passou pela etapa do laudo antropológico, elaborado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosa Acevedo, então coordenadora do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA), uma parceria entre o Governo do Estado do Pará e a Universidade Federal do Pará (UFPA) (PIANI, 2007). O Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) foi o órgão destituído em favor da Gerência Regional do Patrimônio da União (GRDU), o que acabou paralisando o trâmite processual até o momento (SILVA et al, 2009).

Em seus estudos, Piani (2007) descreve o princípio deste processo, que se deu no início de 2004 chegando a serem identificados 18 quilombos no local. Mas o processo de autoidentificação se deu, primeiramente, nos quilombos de Bacabal, Paixão, Caldeirão, Santa Luzia, Barro Alto, Deus Ajude, Salvá e Mangueiras.



As casas em Mangueiras são, em sua maioria de madeira 52,08%, com banheiro e sanitário fora do domicílio com fossa seca. Entretanto, notam-se algumas poucas de alvenaria, com banheiros internos e fossa séptica. Destaca-se que 25% das casas são de taipa, que é um material muito usado para construção de casas, usando galhos de árvores como estrutura e barro como “cimento” para revestir a parede, como mostra o Gráfico 12 abaixo.

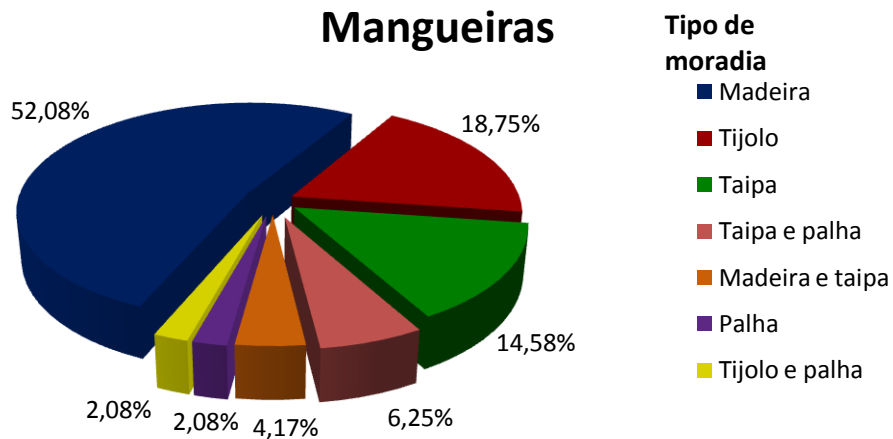


Gráfico 12: Tipo de Moradia de Mangueiras.



Figura 20: Casas de taipa com telhado de palha

A fonte de água de 81,25% dos moradores é uma caixa d'água comunitária como sistema de poço artesiano que abastece a toda a comunidade. Porém, ainda se vê a presença de poço chamado de boca aberta ou caipira, que é usado para atividades domésticas em geral, ou quando o quilombo tem queda de energia que interrompe o abastecimento de água da caixa d'água comunitária. A rede de esgoto de 68,75% dos moradores de Mangueiras é a céu aberto. E o destino do lixo de 93,75% dos domicílios é ser queimado na própria propriedade.

Apresentados nos gráficos 13, 14 e 15, respectivamente.

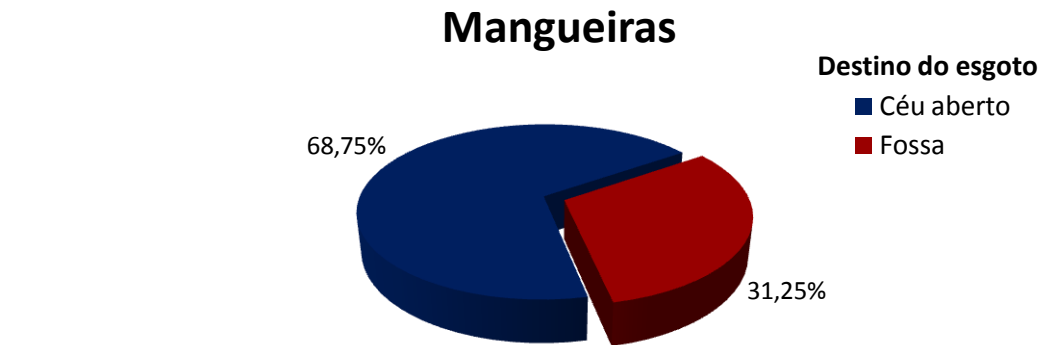


Gráfico 13: Destino do esgoto em Mangueiras.

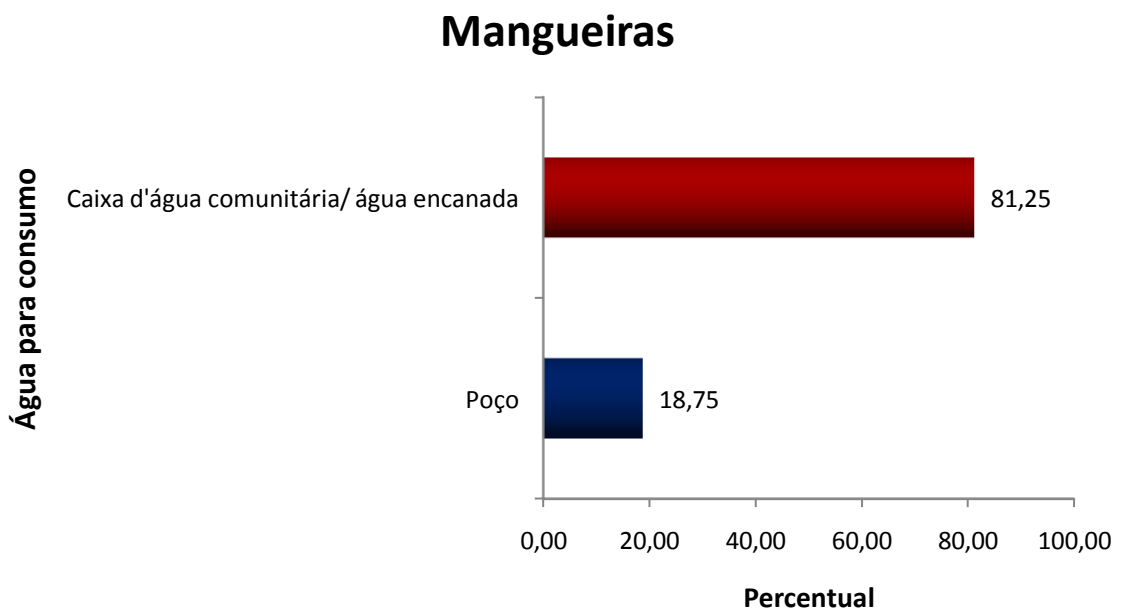


Gráfico 14: Origem da água para consumo em Mangueiras.



Gráfico 15: Destino do lixo em Mangueiras.

\*Na categoria *outras* estão contidas as categorias enterrado na propriedade, joga no rio/igarapé, joga no buraco ao lado da casa, joga no fundo do quintal.

Mangueiras tem como sua atividade econômica básica da renda familiar a pesca, com 39%. 22,92% dos moradores tem como renda outras fontes, com destaque para atividades informais, funcionalismo público e programa de transferência de renda (gráfico 16).

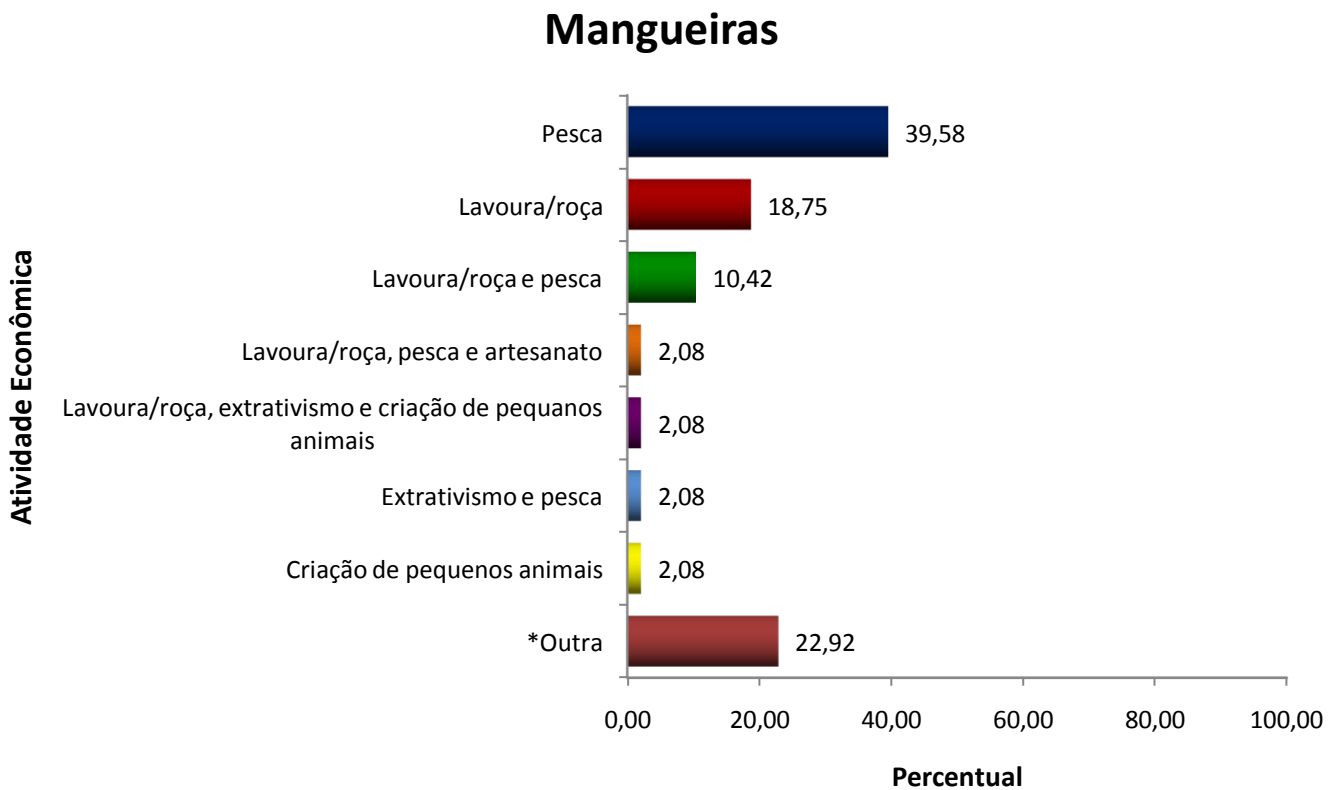


Gráfico 16: Atividade Econômica em Mangueiras.

\*Na categoria *outras* estão contidas aposentadoria, venda de alimentos, funcionário público, tratoria, Bolsa Família e benefícios.

A renda familiar de 54,16% dos moradores é de até 1,5 salários mínimos (R\$ 765,00), sendo na vila São João o número maior de famílias que vivem com menos de um salário mínimo por mês. Entre os idosos e adultos da comunidade, o nível de escolaridade é o fundamental incompleto. Entre os jovens, é mais comum o ensino médio incompleto, pois este não é ofertado na comunidade e muitos interrompem os estudos devido às dificuldades de deslocamento diário à Salvaterra.

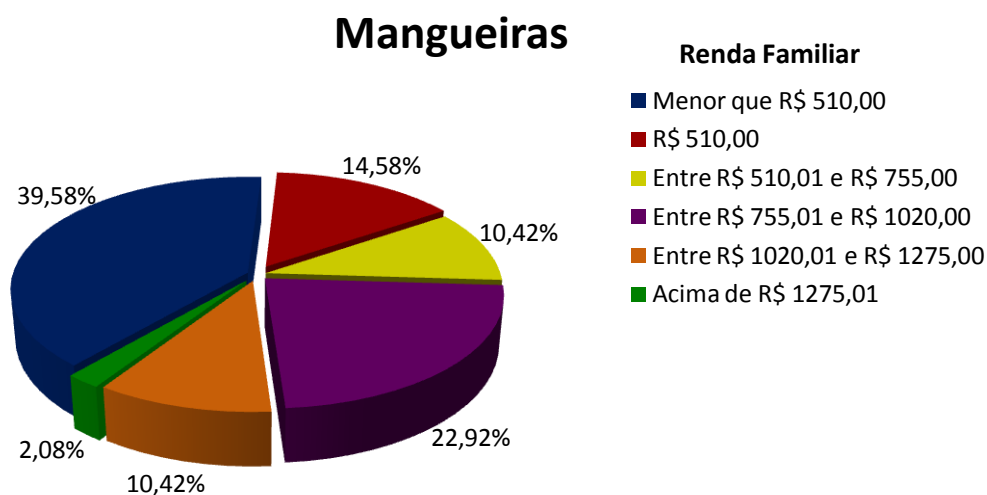


Gráfico 17: Renda Familiar de Mangueiras.

O quilombo possui um único telefone público que não funciona há mais de ano, devido à falta de manutenção da operadora. Tem cobertura de telefonia celular de duas operadoras, sem a necessidade do sistema de conexão com antena de TV externa, entretanto em alguns pontos na comunidade o sinal não existe ou não é de boa qualidade.

Seguem tabelas, como um resumo das características hidrossanitárias, renda familiar e atividade econômica dos três quilombos apresentadas anteriormente.

As tabelas 1, 2, 3 e 4 em seguida, demonstram as condições hidrossanitárias, com 71,29% dos quilombolas vivendo em casas de madeiras, com destaque apenas para a Santo Antônio/Voz do Cravo cujo percentual é de 92,31% . Destaca-se Mangueiras, que, dos três quilombos, tem o menor percentual das casas de madeiras com 52,08%, e o maior percentual de casas de alvenaria 18,75% e 14,58% das casas em taipa, cujo material para construção deste tipo de casa é de barro e palha.

Outro destaque é a condição de saneamento básico, com dados sobre abastecimento de água e destino do esgoto, 69,31% dos quilombos destinam o esgoto a céu aberto, esse percentual é de 80% em África/Laranjituba. Estes dados são bastante divergentes da Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2009 como já citado anteriormente. Quanto ao destino do lixo, 83,16% dos quilombos queimam o lixo na própria propriedade. Diverge do achados na referida pesquisa, apenas 11,4% dos domicílios do país queimam o lixo na sua propriedade, e a região Norte tem uma cobertura de 82,2% dos domicílios com cobertura de coleta de lixo regular.

Tabela 1: Tipo de Moradia, nos Quilombos.

Tipo de moradia	Comunidades			Total
	África/ Laranjituba	Mangueiras	Sto. Antônio	
	Percentual			
Madeira	87,50	52,08	92,31	71,29
Tijolo	0,00	18,75	7,69	13,86
Taipa	2,50	14,58	0,00	6,93
Taipa e palha	0,00	6,25	0,00	2,97
Madeira e taipa	0,00	4,17	0,00	1,98
Palha	10,00	2,08	0,00	1,98
Tijolo e palha	0,00	2,08	0,00	0,99
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 2: Destino do esgoto, nos Quilombos.

Qual o destino do esgoto?	Comunidades			Total
	África/ Laranjituba	Mangueiras	Sto. Antônio	
	Percentual			
céu aberto	80,00	68,75	38,46	69,31
Fossa	12,50	31,25	23,08	22,77
Igapó	2,50	0,00	0,00	0,99
Mato	2,50	0,00	0,00	0,99
Outros	2,50	0,00	7,69	1,98
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

\*Na categoria outro estão contidas as categorias vala no quintal, vala no terreno e igapó, buraco com tábua em cima e vala no terreno.

\*\*Dos dados apresentados, 3,96% do total é sem informação

Tabela 3: Destino do Lixo, nos Quilombos.

Destino do lixo	Comunidades			Total
	África/ Laranjituba	Mangueiras	Sto. Antônio	
	Percentual			
Queimado na propriedade	85,00	93,75	46,15	84,16
Jogado no mato	5,00	2,08	0,00	2,97
Queimado na propriedade/jogado no mato	5,00	0,00	0,00	1,98
Outros	5,00	2,08	0,00	2,97
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\*Na categoria outro estão contidas as categorias enterrado na propriedade e joga em buraco, enterrado na propriedade, joga no rio/igarapé, joga no buraco ao lado da casa, joga no fundo do quinta.

\*\*Dos dados apresentados, 7,92% do total é sem informação

Tabela 4: Origem da água para consumo, nos Quilombos.

De onde vem água para consumo	Comunidade			Total
	Percentual			
	África/ Laranjituba	Mangueiras	Sto. Antônio	
Caixa d'água comunitária/ água encanada	72,50	81,25	0,00	67,33
Poço	12,50	18,75	38,46	18,81
Igarapé	10,00	0,00	0,00	3,96
Cacimba	0,00	0,00	7,69	0,99
Igapé/ caixa d'água, mas sem encanamento	2,50	0,00	0,00	0,99
Poço aberto	2,50	0,00	0,00	0,99
<b>Total</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

\*Dos dados apresentados, 6,93% do total é sem informação

As tabelas 5 e 6, mostram os dados da renda e atividade econômica dos quilombos. Quanto à renda dos quilombolas, 42,57% vivem com menos de um salário mínimo por mês. Destaca-se Santo Antônio/Foz do Cravo como o quilombo que tem 38,46% dos moradores com renda entre 1 e 1,5 salários mínimos. Esta renda é proveniente da participação dos moradores na Associação de Agricultores e Apicultores de Concórdia e Bujaru.

Quanto à atividade econômica, verificou-se que 32,67% dos quilombos tem como sua principal atividade econômica lavoura/roça de subsistência. Destaca-se a pesca em Mangueiras representando 39,58% em função de estar localizada na ilha do Marajó. Em África/Laranjituba, 15% da principal atividade econômica agrega o extrativismo e lavoura/roça. Foi incluída nesta tabela a categoria “outras” por representar que 25,74% dos

moradores têm como principal fonte de renda, aposentadorias, funcionários públicos, “bicos” (tratoria, roçagem, e outras), programa de transferência direta de renda e benefícios.

Tabela 5: Renda Familiar, nos Quilombos.

Renda Familiar	Comunidades			Total
	África/ Laranjituba	Mangueiras	Sto. Antônio	
	Percentual			
Menor que R\$ 510,00	52,50	39,58	23,08	42,57
R\$ 510,00	20,00	14,58	15,38	16,83
Entre 510,01 e 755,00	5,00	10,42	38,46	11,88
Entre R\$ 755,01 e R\$ 1.020,00	12,50	22,92	15,38	17,82
Entre R\$ 1.020,01 e R\$ 1.275,00	5,00	10,42	7,69	7,92
Acima de R\$ 1.275,01	0,00	2,08	0,00	0,99
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 6: Atividade Econômica, nos Quilombos.

Atividade econômica base da renda familiar	Comunidades			Total
	África/ Laranjituba	Mangueiras	Sto. Antônio	
	Percentual			
Lavoura/roça	45,00	18,75	46,15	32,67
Pesca	0,00	39,58	0,00	18,81
Extrativismo, Lavoura/roça	15,00	0,00	0,00	5,94
Lavoura/Roça e Pesca	0,00	10,42	0,00	4,95
Extrativismo, lavoura/roça e criação de pequenos animais	2,50	0,00	7,69	1,98
Extrativismo, lavoura/roça, pesca e criação de pequenos animais	0,00	0,00	15,38	1,98
Criação de pequenos animais	0,00	2,08	0,00	0,99
Extrativismo	2,50	0,00	0,00	0,99
Extrativismo e pesca	0,00	2,08	0,00	0,99
Lavoura/roça e criação de pequenos animais	2,50	0,00	0,00	0,99
Lavoura/roça e serviços de roçagem nos terrenos de terceiros	2,50	0,00	0,00	0,99
Lavoura/Roça, extrativismo e criação de pequenos animais	0,00	2,08	0,00	0,99
Lavoura/Roça, pesca e artesanato	0,00	2,08	0,00	0,99
Outras*	30,00	22,92	23,08	25,74
Sem informação**	0,00	0,00	7,69	0,99
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

\*Na categoria *outras* estão contidas as categorias aposentadoria, “bicos” (serviço de roçagem, tratoria e outros), funcionário público, pensionista, venda frutas e alimentos, aposentadoria, Programa de Transferência direta de renda e benefícios.

\*\*Dos dados apresentados, 0,99% do total é sem informação.

## CAPÍTULO IV. DIMENSÃO GEOGRÁFICA

(...) Por que foges assim, barco ligeiro?  
Por que foges do pávido poeta?  
Oh! quem me dera acompanhar-te a esteira  
Que semelha no mar — doudo cometa!

Albatroz! Albatroz! águia do oceano,  
Tu que dormes das nuvens entre as gazas,  
Sacode as penas, Leviathan do espaço,  
Albatroz! Albatroz! dá-me estas asas.(...)

Castro Alves

África/Laranjituba é o único quilombo que possui o título definitivo de suas terras. Entretanto, foi apenas na minha inserção no seu território, na busca de entender a questão do acesso aos serviços de saúde que percebi a importância de outro quilombo, a Vila de Caeté. A Vila Caeté é uma comunidade quilombola da região, localizada após 9 quilômetros da entrada do ramal na Alça Viária, próximo ao e que leva aos 3 municípios: Barcarena, Moju e Abaetetuba. A igreja Católica da comunidade tem uma porta com inscrição datada de 1907, os moradores afirmam que esta não é a data da fundação da igreja e explicam:

ahhh ninguém sabe quando foi construída essa igreja. Meu avô dizia que essa data foi quando trocaram o piso da igreja que era de barro, foi quando eles souberam que existia cimento, porque ela foi construída de pedra e barro, no tempo dele era só assim que se faziam as construções. Sr. (Nizam<sup>24</sup>, 37 anos, servidor público da saúde do município de Moju, morador da comunidade Vila Caeté.)

---

<sup>24</sup> Quer dizer coordenador, líder, de origem Árabe na África do Norte;





Figura 21: Igreja da Vila do Caeté.



Figura 22: Piso da entrada principal da igreja da Vila do Caeté

As casas são, em sua maioria, de madeira com as mesmas características sanitárias, descritas no capítulo anteriormente, e estão construídas ao redor da igreja. A comunidade possui um Clube de futebol, chamado Clube Atlético Caeteense, que disputa campeonatos com demais pequenos clubes de futebol da região. O clube mantém o Balneário Caeté e faz obras para melhoria da comunidade, em parceria com a Associação Quilombola do Caeté (AQUICAETÉ).



Figura 23: Placa na entrada do Balneário



Figura 24: Placa de inauguração da calçada



Figura 25: Calçada que leva ao Balneário

A comunidade foi referência, por muitos anos, para as três comunidades, pois existe uma construção em alvenaria que funcionava como posto de saúde com atendimento às comunidades pelo ACS mais antigo, que realizava procedimentos como curativos, aplicação de injetáveis, procedimentos como suturas e imobilizações. O pequeno Posto de Saúde foi desativado há menos de 2 anos, com a mudança de gestão municipal de Moju, durante as eleições de 2008, o que será discutido adiante.



Figura 26: Posto de Saúde desativado

As comunidades são interligadas por uma estrada de piçarra sem iluminação pública ou qualquer sinalização. O estreito ramal atravessa ao meio as comunidades. A distância entre a Vila Caeté e a África/Laranjituba é de mais de seis quilômetros. As condições do ramal influenciam o acesso aos serviços de saúde e estado de saúde dos moradores durante o ano, no período de pouca chuva, conhecido como o verão amazônico. Entre os meses de maio até o início de outubro, a poeira da estrada invade as casas e prejudica, principalmente, crianças e idosos. No período de muita chuva, o inverno amazônico, entre os meses de novembro a abril, a estrada fica em péssimas condições de tráfego para qualquer meio de transporte, devido aos grandes buracos e lama que se formam, piorando, em muito, o acesso das comunidades pela via rodoviária. Nesse período, o transporte mais usado é o fluvial, com uso de canoas para a cidade mais próxima, Moju.



Figura 27: Parte da estrada que leva às comunidades

A primeira parte do ramal pertence ao município de Barcarena e, até um determinado ponto, os moradores que ficam dispersos sem fazer parte de uma ou outra comunidade, são atendidos pelo Posto de Saúde mais próximo, chamado de Castanhalzinho, administrado por Barcarena e localizado no trevo da Alça Viária.

A condição de tráfego do ramal durante o inverno amazônico é determinante na busca por serviços de saúde, pois a via rodoviária fica quase intrafegável e eleva os custos com o transporte, que não consegue chegar até África/Laranjituba. Os moradores têm que ir até a Vila Caeté para ter transporte coletivo, o que não é garantido, pois as condições podem não permitir a entrada do veículo até a Vila. Os moradores relatam diversas situações em que optaram pelo uso de pequenas embarcações, conhecidas entre eles por “casco” ou canoa. A escolha se dá pela impossibilidade do uso da via rodoviária, a falta de condições financeiras, por ser a via fluvial mais rápida de chegar ao Município de Moju e porque, próximo ao trapiche há uma unidade de saúde que os atende, como fica claro nas falas de moradores:

Meu marido me carregava porque eu não dava conta de andar e me colocava no casco. Era uma penúria pra eu chegar, mas eu chegava e me colocavam sentada na beira do igarapé né. Já tinha um carro, mas era do vereador né! aí a mãe dele me via ali, e dizia "olha a Dona Badrya ta ali sentada", aí lá vinha o carro. Aí me colocavam no carro e eu ia. (Badriya<sup>25</sup>, 49 anos, moradora.)

Eles me botavam no casco ou na rede pra me levar, na rede sabe? (Badriya, 49 anos, moradora da comunidade.)

<sup>25</sup> Parece Moura, por sua pele clara, de origem Suahili, Quênia-Tanzânia.

Eu morava acolá, onde passa o igarapé, e ele vai embora até varar no Moju, era lá pra baixo, aí a gente vinha de casco, nesse ramal que a Sr.<sup>a</sup> tá vendo aqui. (Adili, 83 anos, benzedor da comunidade.)

Os moradores buscam a via de acesso que lhes possibilite maior autonomia na mobilidade e na busca por serviços de saúde. Segundo Prost (2009), a autonomia pode ser individual ou coletiva e consiste no poder de decidir em plena consciência e liberdade suas escolhas.

As comunidades estão geograficamente entre os municípios de Moju, Abaetetuba e Barcarena. O fato da entrada do ramal no quilometro 68 estar próximo a um trevo, é uma evidência de que se trata de uma localização de fronteira entre os municípios.

África e Laranjituba receberam a primeira outorga pelo ITERPA em 04 de dezembro de 2001, na qual as terras foram consideradas dentro dos limites geográficos do município de Moju. A segunda outorga pelo ITERPA no dia 02 de dezembro de 2008, quando o território foi ampliado e as terras consideradas pertencentes ao município de Abaetetuba. O título definitivo e coletivo das terras foi emitido em nome da Associação Quilombola do Baixo Caeté no mesmo ano da segunda outorga. A Vila Caeté, que possui outra associação, AQUICAETÉ, e está em processo de titulação, mas também foi informada que seu território pertence a Abaetetuba.

A titulação das terras é o reflexo de uma confusa territorialidade, pois muitos moradores não conseguem entender bem como se deu o processo de mudança de municípios, o que fica evidente nas suas falas quando precisam procurar alguns serviços de saúde.

Porque a gente pertence a Moju, nós somos Mojuense. É quando nós precisa assim né, vai no Moju. Mas aqui ou acolá eu to no Abaeté ou corre ali pro Castanhalzinho. (Município de Barcarena). (Amira<sup>26</sup>, 65 anos, moradora e parteira tradicional.)

Diz que a gente era de Moju, mas agora sei lá, parece que a gente tem que ir pra Abaetetuba, né?! (Layla<sup>27</sup>, 39 anos moradora.)

---

<sup>26</sup> Quer dizer princesa, de origem Suahili, Quênia na África Oriental. Escolhi este nome porque é uma senhora muito vaidosa.

<sup>27</sup> Quer dizer nascida à noite, de origem Suahili, Quênia na África Oriental. A escolha foi por fazer referência a sua filha que nasceu à noite no domicílio.

As falas mostram que existe uma dúvida real para os moradores quanto ao pertencimento a um dos três municípios, o que gera vários problemas, principalmente o fato dos moradores não saberem onde procurar serviços de saúde que atendam a área onde moram.

A mudança foi territorial, não simplesmente física, espacial, ou geográfica. Para Cabral (2007), território é uma reflexão sobre o poder, referenciado ao controle e à gestão do espaço. O poder é entendido como multidimensional, derivado de múltiplas fontes, inerentes a todos os sujeitos e presentes em todos os níveis espaciais. Por isso passou a ser entendido como espaço mobilizado, elemento decisivo às relações de poder e territorialidade como estratégias utilizadas para delimitar e afirmar o controle sobre uma área geográfica, para estabelecer, manter e reforçar este poder.

Em África/Laranjituba a mudança da administração municipal se deu durante um momento importante para o quilombo, quando os moradores receberam o título definitivo das terras com a ampliação do seu território em 2008. Entretanto, nas falas dos moradores revela-se algumas das contradições e confusões que este momento trouxe, como diz D.Lina e Nizam:

A gente era de Moju, mas agora desde o ano passado, a gente é de Abaeté. Mas agora eu não entendo, porque a escola é de Moju, os professores, a diretora, todo mundo, quem paga os salários é a prefeitura de Moju, mas parece que quem mantém a ambulância é Abaeté. Aí, eu já não entendo mais nada, né! ( Lina<sup>28</sup>, 48 anos, moradora e servidora pública da educação do Município de Moju.)

Olha quando mudou a prefeitura de Moju, o prefeito que ganhou, o seu ... , a primeira coisa que ele fez aqui pra nós foi fechar o nosso posto de saúde. Agora eu não sei por que? Porque era o que ajudava a gente aqui. Porque eles disseram que a gente não é mais de Moju, que agora que é de Abaeté, mas porque ele fechou o posto e a escola ele deixou ai? Não que ele fosse fechar os dois, mas porque ele não deixou o posto também? (Nizam, 37 anos, morador da Vila Caeté e servidor público da saúde do Município de Moju.)

A mudança administrativa, sem maiores explicações, deixou a comunidade sem entender a manutenção de alguns serviços e a eliminação de outros. As escolas citadas nas falas são as de África que atendem também a Laranjituba e a da Vila Caeté que, mesmo após a mudança, ainda estão sob administração da prefeitura de Moju, com a presença de servidores concursados para trabalhar no local. A manutenção das escolas representa, para os moradores, a presença da prefeitura de Moju e a completa ausência da prefeitura de Abaetetuba.

---

<sup>28</sup> Quer dizer tenra, gentil, de origem Hausa na Nigéria. A escolha se deu por ser um das pessoas que eram minha referência quando retornei a comunidade e sempre me recebeu com muita gentileza.

A escola e o posto de saúde são os elementos que representam a presença do Estado no local. África e Laranjituba não têm ACS's que sejam moradores da comunidade e nada que represente nos seus domínios os serviços de saúde ofertados pelo município de Abaetetuba. Na área da educação, a manutenção da escola ainda mantém um vínculo do município de Moju, o que se reflete na saúde, pois os moradores procuram os serviços de saúde deste município, gerando a frequente insatisfação dos gestores quanto aos repasses de verbas.

Ainda faz parte da reflexão a respeito da territorialidade de África e Laranjituba a questão do êxodo rural em busca de melhores condições de vida e de assistência em saúde, o que acontece na região amazônica às margens das rodovias e partem da relação de parentesco existente entre famílias residentes na região.

(...) da metade do ramal pra lá é Barcarena e de uma área pra cá é de Abaetetuba, aí como é tudo parente, esse pessoal que foram pro Castanhalzinho na verdade eles são daqui, eles são os verdadeiros quilombolas, ali naquela área de Castanhalzinho porque eles são nativo mesmo aqui da área e o que aconteceu foi que quando passou a rodovia lá eles se mudaram tudo pra lá pra guardar território, pra guardar território, aí foram embora pra lá. (Nizam, 37 anos, morador da Vila Caeté e servidor público da saúde do Município de Moju.)

Para Costa (2008), é neste sistema de deslocamento, partilha e agrupação que se constroem novos laços e redes sociais com dinâmicas de dispersão e expansão que estão inscritas no território de grupos e movimentos. Portanto, laços consanguíneos e de parentesco fictício se estabelecem, seja pela sua ancestralidade genealógica, seja por um antepassado comum, e que é determinado pelo comportamento dos indivíduos que se consideram parentes, mesmo não possuindo laços biológicos.

Este processo ocorreu na formação da comunidade do Castanhalzinho, como é referido na fala anterior. Localiza-se em frente ao Posto de saúde administrado pela prefeitura de Barcarena e à margem de parte da rodovia da Alça Viária que dá acesso ao município onde está localizada a mineradora Albrás desde 1985. Grandes projetos de exploração mineral da Amazônia paraense provocaram êxodos rurais na região, pois sempre tiveram uma natureza eminentemente econômica (FREITAS & PORTO, 2006).

Este viver entre fronteiras aparece também em Santo Antônio/Foz do Cravo, o quilombo faz parte do município de Concórdia do Pará A demarcação para titulação de terras que compõem Santo Antônio inclui 4 vilas, quais sejam: Santo Antônio (a maior), Foz do Cravo, Campo verde e São Raimundo. Santo Antônio e Foz do Cravo são os dois mais distantes da entrada do ramal que se inicia na Alça Viária. Pode-se chegar às comunidades por dois ramais. Estes, assim como as demais comunidades analisadas nesta dissertação,

apresentam as mesmas barreiras físicas, condições de precariedade e variação regional de acesso. O ramal com entrada no quilômetro 39 até a comunidade tem uma extensão de 18 quilômetros. A outra entrada é feita pelo quilômetro 35, cujo percurso tem 22 quilômetros como descrito no capítulo primeiro. Da entrada dos ramais, já na rodovia da Alça Viária, até os municípios mais próximos, são aproximadamente 38 quilômetros até Bujaru e 35 quilômetros até Concórdia da Pará.

Os moradores procuram mais frequentemente os serviços do município de Bujaru, entretanto, Foz do Cravo usa mais a via fluvial de acesso, pela autonomia no transporte e custos, questão semelhante ao discutido em África e Laranjituba. Santo Antônio usa preferencialmente a via rodoviária. O transporte é determinante, pois os moradores da Foz do Cravo vão de canoa até uma comunidade conhecida por Santana, no município de Bujaru, que tem um posto de saúde no local e onde há transporte coletivo regular para a cidade de Bujaru, o que não acontece para Concórdia, pois os moradores têm que ir até outra comunidade chamada Curuperé para ter transporte coletivo para aquele município. O transporte coletivo que vai até Santo Antônio e Foz do Cravo é de Bujaru, facilitando o uso dos serviços de saúde deste município.

(...) porque pra gente fica mais fácil porque a gente sai daqui tipo 5h da manhã, quando é 6:30/7h já tá em Bujaru, e pra cá pra Concórdia tem que ir de moto até Curuperé e de lá pega um transporte de ônibus, até chegar na rua. Quando é 10:30 eles querem voltar de Concórdia e o que a pessoa vai fazer lá né, entendeu não da pra fazer nada, vai só quase passear lá né. (Mazi<sup>29</sup>, 42 anos, morador.)

(...) pra Concórdia não tem transporte. Agora que tem umas motos aí, muito difícil ir pra Concórdia, mas pelo problema de transporte. Pra Bujaru não tem linha de ônibus que passa assim perto de casa, que tem a linha de ônibus, tem terça, tem sexta. (Maitho<sup>30</sup>, 32 anos, morador.)

A comunidade é organizada socialmente e, através da ARQUINEC, conseguiu eleger uma representante na câmara de vereadores, o que tem ajudado no diálogo com a gestão municipal de Concórdia. Uma conquista a partir desta relação é a melhora do ramal de acesso à comunidade. Após várias reuniões da Associação com o prefeito, conseguiram que toda a estrada fosse “melhorada”, pois o terreno desta é cheia de elevados e muito estreito, sendo muito frequentes os acidentes de derrapagem de motos entre os moradores, mesmo após as obras da prefeitura que colocou piçarra e alargou mais o ramal, um material com pedras arredondadas e de cor avermelhada, colocado por cima da terra batida.

<sup>29</sup> Quer dizer, Senhor, de origem Ibo, Nigéria.

<sup>30</sup> Quer dizer, aos olhos ver, de origem Kikuyu, Quênia.



Os moradores consideram que houve uma “melhora” com a obra, mas continuam a fazer críticas à falta de iluminação e ao fato de nem todas as 4 pontes existentes no caminho terem sido reformadas. É comum nas falas dos moradores, como de Dona Oni<sup>31</sup> “Olha a gente vai pra Bujaru porque o acesso sobre transporte melhora mais né, porque pra cá a gente tem ramal mas não tem transporte né, aí a gente vai pra Bujaru”. Esta é uma crítica ao fato de a prefeitura de Concórdia ter feito melhoras na via, mas não ter a oferta do transporte coletivo aos moradores. Para entender melhor esta questão da territorialidade das comunidades, é importante fazer o resgate histórico da relação com o município de Bujaru, que vai além da divisão administrativa que ocorreu em 1989, quando a comunidade passou de Bujaru para Concórdia do Pará.

Segundo Costa (2008), em meados da década de 80, a Comissão Pastoral da Terra (CPT)- Guajarina, na figura de padres Xaverianos, então responsáveis pela Paróquia São Joaquim de Bujaru, iniciaram os trabalhos de formação política em comunidades rurais naquela região, com círculos de cultura de base Freiriana. Os resultados deste momento histórico das comunidades locais são até hoje percebidos, pois destes espaços saíram muitas lideranças das comunidades em toda região, que atuam nas instâncias de governo local, e em associações de agricultores e apicultores de Concórdia e Bujaru.<sup>32</sup> Este foi um importante momento de resgate de identidade e ressignificação da sua territorialidade, pois como Little (2002, p. 11) afirma, a expressão territorialidade não reside na figura de leis ou títulos, mas se mantém viva na memória coletiva que incorpora “dimensões simbólicas e identitárias na relação do grupo com sua área, o que dá profundidade e consciência temporal ao território”.

As associações, quilombolas e de produtores rurais, buscam relações com os outros municípios não apenas para reverter a sua invisibilidade jurídica, mas para garantir sua autonomia territorial, pois a organização social, segundo Little (2002), permite exercitar o poder de decisão local sobre o uso dos recursos naturais, políticos, fiscais, culturais em um determinado território.

As relações com o município de Bujaru vão além de uma população adscrita num espaço geográfico, principalmente no que diz respeito à formação da consciência enquanto quilombola, mas na manutenção da sua identidade, como diz a Sra. Aisha<sup>33</sup>.

---

<sup>31</sup> Quer dizer, nascida num em um domicílio sagrado, de origem Ioruba, Nigéria.

<sup>32</sup> Folder de divulgação da Associação Bujaruense de Agricultores e Agricultoras, fornecido pelos associados durante o Seminário de Políticas Públicas de Saúde para Populações Quilombolas, realizado em Belém durante os dias 25 a 26 de agosto de 2010.

<sup>33</sup> Quer dizer ela é vitalícia, em Suahili, Quênia- Tanzânia.

(...) eu quero dizer o seguinte que tudo começou, do auto-reconhecimento que nós tivemos como negros, como quilombolas foi a partir do trabalho da CPT Guajarina, porque foi aí que nós começamos trabalhar o resgate cultural dessas comunidades e fomos descobrir através do estudo da palavra, da escrita, e da reflexão, nós nos descobrimos(...). (...) Nós fomos fazendo esse intercâmbio de comunidade com comunidade e fomos descobrindo as histórias que contam no São Judas é a mesma história que conta no Cravo, no Santo Antônio, no Ipanema e daí sucessivamente, fomos descobrindo muitas comunidades que tinham remanescentes de quilombolas, e por aí começou a nossa luta, mas foi necessário, porque nessa época eu era sozinha, foi necessário buscar companheiros nessas comunidades, como Santo Antônio, Ipanema, Curuperé, Campo Verde, Cravo, que já era daqui né, e criamos a associação. (Aisha, 58 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

Portanto, estes territórios têm um histórico de processos sociais e políticos muito fortes de relações com o espaço, que ultrapassam os limites de fronteira. A relação com o município de Bujaru é tanto simbólica como social, pois foi o processo de formação realizado pelos padres da CPT que possibilitou aos moradores resgatar sua identidade quilombola e negra, e sair da “invisibilidade” econômica, política e social (NUGENT, 2006; LITTLE, 2002; BRONDÍZIO, 2006). Econômica, pois permitiu a organização social de pequenos agricultores e apicultores que vai além da produção, incluindo a formação de cidadãos. Política e social, pois o resgate de sua identidade como negro e como quilombola permitiu a busca pelo título coletivo das terras e o reconhecimento da dívida social que o Estado tem com este grupo social.

Dentro da área da saúde, a categoria espaço é utilizada, frequentemente, para dar suporte ao conceito de risco, em virtude das múltiplas possibilidades de se espacializar a situação de saúde por meios da distribuição de indicadores epidemiológicos, para revelar as condições de vida das pessoas em seu interior. Isto é, também denominado de distritalização, que consiste na definição clara de populações a serem cobertas por um determinado leque de serviços de saúde, que inclua todos os níveis assistenciais (COELHO, 2008).

Para Gondim (2010), é essencial compreender que o espaço é anterior ao território, o território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por sujeitos, que ao se apropriarem de um espaço, concreta ou abstratamente, e territorializam o espaço. O território é produto e produtor de diferenciações sociais e ambientais, a intensidade dos fatos está de acordo com a organização socioespacial, cultural, política e econômica de cada população que habita e produz cada lugar.

Portanto, território é, além dos limites político-administrativos de ação de um determinado grupo, internamente relativamente homogêneo, com uma identidade que vai

dependem da história de sua construção. E o mais importante, é portador de poder, nele se exercitam e se constroem os poderes de atuação tanto do Estado, das agências como de seus cidadãos. Para Boff (2001), nos fazemos de certa forma prisioneiros de um lugar, de uma geografia, de um tipo de clima, de regime de chuvas e ventos, de uma maneira de morar e de trabalhar e de fazer história. O significado de pertencer a um território também é ter uma base firme, um ponto de contemplação do todo, plataforma para poder alçar vôo para além do pedaço de chão e da paisagem.

Daí a importância de estratégias para as políticas sociais públicas na consolidação de ações para o enfrentamento de problemas e necessidades da população que produz esse território socialmente. O reconhecimento do território é um passo essencial para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

Godim (2010), destaca que o espaço-território está muito além de um simples recorte político-operacional do sistema de saúde, é o *locus* onde se verifica a interação população-serviço no nível local.

Portanto, a análise do território em quilombos é premissa para todas as demais, pois é onde se encontra o primeiro grande desafio na questão do acesso aos serviços de saúde de quilombolas. É essencial resgatar o processo de territorialidade de um quilombo dentro da sociedade amazônica, onde as populações negra, indígena e branca pobres construíram seus quilombos territorializando um contexto histórico e atual de escravização, exploração e exclusão.

A dimensão geográfica destaca-se como determinante nos itinerários percorridos pelos moradores na busca pelos serviços de saúde, pois estes dependem do meio de transporte usado, das condições da estrada durante o ano e as distâncias a serem percorridas e do planejamento das ações na comunidade pelos gestores. O que acontece também em África/Laranjituba e Santo Antônio/Voz do Cravo, mas se destaca principalmente, em Mangueiras, na Ilha do Marajó, município de Salvaterra.

Em Mangueiras não há meio de transporte público regular diário, o transporte coletivo que existe está disponível apenas três vezes por semana em horários fixos às 6h 30min, com saída de Mangueiras para Salvaterra e retorno às 11h com saída de Salvaterra para Mangueiras. O veículo tem como fim o transporte gratuito dos estudantes do ensino médio no centro do município, mas aos moradores é cobrada a passagem com um valor bastante questionado por eles.

Entretanto, durante o inverno amazônico a estrada fica em péssimas condições e não permite que o coletivo chegue até o trapiche da Fazenda Dallas, onde desembarcam os moradores da comunidade. Nesse período, o ônibus vai até metade do caminho na comunidade Deus Ajude, e os estudantes e moradores têm que se deslocar por 3 quilômetros de bicicleta ou a pé até Mangueiras. Os horários do transporte são fixos, mesmo neste período, fazendo com que as pessoas tenham que acordar mais cedo, aproximadamente às 4h da manhã, para conseguir chegar a tempo no ponto de partida do ônibus.

As falas dos moradores deixam muito claro que o transporte rodoviário durante o inverno amazônico é inviável para eles, devido à condição da estrada.

(...) quando a estrada tá ruim vai de barco, é dois meio de transporte que nós temos, é barco no inverno quando a estrada fica ruim tem que ir de barco (...). (Ojore<sup>34</sup>, 37 anos, morador.)

O que dificulta é no inverno, no inverno é difícil (...), é muito difícil o acesso, por causa da estrada, da travessia, as estradas ficam ruins mesmo de passar, atolam, as vezes nem os estudantes conseguem chegar nas escolas, e alaga muito aqui. (Haiba<sup>35</sup>, 27 anos, servidora pública da saúde.)

(...) aí a gente tem que acordar muito cedo pra conseguir chegar até onde o ônibus consegue chegar, porque ônibus não espera não. Às vezes quando a gente chega lá, ele tá indo, aí é melhor voltar pra casa e dá o nosso jeito né! (Pandu<sup>36</sup>, 53 anos, morador e membro da associação quilombola.)

Outro problema está na travessia do rio Mangueiras ou Paracaurí, entre a margem da comunidade e a margem da fazenda Dallas, que tem um grande volume de águas e considerável profundidade, não permitindo a travessia com o uso de canoas, mas apenas com pequenas embarcações com motor, chamadas rabetas, que fazem a travessia. No entanto, estas também não matêm uma regularidade na oferta dos serviços nem nos horários. O transporte através do rio até Salvaterra faz um percurso que depende do ciclo das marés, o que pode torná-lo demorado ou não, com um custo financeiramente elevado para os moradores.

O caráter inter e multidimensional que norteia este estudo permite o diálogo com estudos de outras populações rurais e/ou tradicionais<sup>37</sup> com características de situação de vulnerabilidades e invisibilidade social semelhantes aos quilombos. Invisibilidade, em função do desconhecimento do Estado e da sociedade, do real universo destas populações, da

<sup>34</sup>Um homem de guerra. De origem Ateso da Uganda.

<sup>35</sup>Charmosa. De origem Suahili, Quênia-Tanzânia.

<sup>36</sup>Artístico. De origem Suarili, Quênia-Tanzânia.

<sup>37</sup>Para Barreto Filho (2009) esta categoria “populações tradicionais” compreende todas as categorias de grupos sociais cuja distintividade cultural se expressa em termos de territorialidades específicas, que na Amazônia articula dimensões raciais, geográficas e de classe.

ausência de políticas públicas adequadas de reconhecimento e garantia do acesso a direitos sociais e econômicos, e ainda da destinação de recursos a estes grupos sociais (ADAMS et al, 2009).

Portanto, nesta análise parte-se da dimensão geográfica, uma vez que a trajetória histórica e fundiária do Brasil contribuiu e continua contribuindo para a difícil situação do acesso físico e da acessibilidade aos serviços de saúde das populações rurais do país (SOUSA, 2008). Nesta dimensão, destacaram-se alguns temas, tais como as precárias condições do ramal que dá acesso a ambos os quilombos, as difíceis condições da estrada, de iluminação, de sinalização, ausência de manutenção dos ramais nos períodos de muitas chuvas e a falta de transporte coletivo rodo-fluvial regular adequado às necessidades destes grupos no contexto amazônico. Semelhantes condições são encontradas, também, em assentamentos rurais, segundo Brasil (2004) e apontados pelo Programa Brasil Quilombola (BRASIL, 2005) como uma necessidade real dos quilombos de todo o país.

Segundo Travassos e Castro (2008), a partir da ótica do espaço físico, quanto maior a distância, menor a utilização dos serviços de saúde, sendo as medidas de distância incorporadas aos custos de deslocamento em termos de tempo e de custos financeiros, o que não é considerado para a alocação de recursos. Na Amazônia, muitas vezes, a menor distância percorrida para acesso aos quilombos é por meio da via fluvial, pois muitos deles são também ribeirinhos, sendo as ruas seus rios, e os principais veículos, os barcos e as canoas. Os serviços de saúde não têm conseguido se adaptar a esta peculiaridade, pois os modelos de implantação de unidades e serviços de saúde são fixos geograficamente.

Entretanto, o fator mais importante desta dimensão é a relação complexa e dialógica entre os conceitos de território e territorialidade nos quilombos, visto que estes conceitos resgatam a construção histórica de luta dos seus ancestrais negros contra a situação de escravidão. Aquilombar-se representava a única forma de sobrevivência e de vida com liberdade ao negro após abolição formal da escravatura, em 1888, uma vez que desprovido de qualquer patrimônio, os negros viviam na condição de miseráveis e recusavam-se a conviver no mesmo espaço com os que não os respeitavam na sua humanidade. Representa, ainda, o enfrentamento e resistência aos preconceitos de uma sociedade que desprezava sua cultura e sua visão de mundo (SOUSA, 2008).

Este é um aspecto da dimensão geográfica que atravessa todas as demais dimensões do acesso e acessibilidade. Qualquer que seja o serviço de saúde pública aos quilombolas, exige a compreensão da concepção da sua territorialidade e a compreensão de que o reconhecimento como quilombola não se materializa apenas pelo isolamento geográfico, muito menos pela

homogeneidade física ou biológica dos seus habitantes. A manutenção de práticas e a reprodução do seu modo de vida se dão num determinado local, onde prevalece a coletivização dos bens materiais e imateriais (BRASIL, 2005).

A autoidentificação quilombola é processo muito dinâmico, em que a base de um grupo é a sua organização, sua relação com os demais grupos e a sua ação política. A maneira pela qual os grupos sociais definem a própria identidade é resultado de uma confluência de fatores, escolhidos por eles mesmos: de uma ancestralidade considerada comum, formas de organização política e social, elementos linguísticos e religiosos (BRASIL, 2005). Portanto, a autoidentificação trata-se de um poder de territorialidade instituído aos quilombolas de todo o Brasil que se autodenominam como tal, sendo territorialidade, segundo Cabral (2007), uma estratégia atual para delimitar e afirmar o controle sobre uma área geográfica, para se estabelecer, manter e reforçar o seu poder sobre ele.

Em nenhum dos quilombos as questões de território e territorialidade foram consideradas para o planejamento e oferta de serviços de saúde do Estado aos moradores. Tais questões são fundamentais para garantia de sobrevivência destas populações na região amazônica, pois a questão fundiária de titulação garante o domínio e a posse da terra, reconhece o seu direito e diminui a possibilidade de êxodo rural e de conflitos, além de incorporar a terra como parte das suas necessidades econômica, social, cultural e política relacionadas ao seu direito de autodeterminação (BRASIL, 2005).

Pasinato e Rettl (2009), em um estudo com comunidades quilombolas no Vale do Ribeira em São Paulo, consideram influente, na criação de programas e projetos, seja no contexto local-regional como nacional, o resgate do conceito de território e territorialidade destas populações, pois também consideram territorialidade que, em meio coletivo, torna-se uma forma de regular as interações sociais e de reforçar a identidade do grupo ou da comunidade.

Vale ressaltar as constantes ameaças ao direito a terras que sofrem os quilombolas, tais como o retrocesso no marco legal que garante este direito como constitucional, como a instrução normativa do INCRA<sup>38</sup>, que representa uma regressão na garantia de direitos reconhecidos pela Carta Magna, pois desrespeita o direito de autoidentificação, colocando a Fundação Nacional Palmares como o órgão que certificará a autodefinição como quilombola, burocratizando o processo de titulação.

---

<sup>38</sup> Instrução Normativa nº 49 publicada em 29 de setembro de 2008;

## CAPÍTULO V.

### DIMENSÃO FUNCIONAL

(...) Que importa do nauta o berço,  
 Donde é filho, qual seu lar?  
 Ama a cadência do verso  
 Que lhe ensina o velho mar!  
 Cantai! que a morte é divina!  
 Resvala o brigue à bolina  
 Como golfinho veloz.  
 Presa ao mastro da mezena  
 Saudosa bandeira acena  
 As vagas que deixa após. (...)

Castro Alves

Em África/Laranjituba, o pequeno posto de saúde, localizado na Vila Caeté, que era mantido pelo município de Moju e que foi desativado, é apenas uma das questões desta dimensão. Os demais elementos desta discussão incluem os dois ACS's que fazem a suposta cobertura da área, mas moram na Vila Caeté. O posto de Saúde da Família mais próximo é administrado pelo município de Barcarena, e a ambulância, doada por uma deputada federal às associações quilombolas da região, que fica na casa de um dos ACS's, na Vila Caeté, e é mantida pelo Município de Abaetetuba.

O pequeno posto da saúde, chamado pelos moradores de postinho, atendia à demanda de África/Laranjituba e da Vila Caeté, contava com o trabalho de dois ACS's que moram na Vila, sendo que um deles realizava procedimentos como curativos, injetáveis, sutura e imobilizações no postinho da Vila. Quanto à sua formação, ele diz:

Que nada minha filha, eu não estudei, foi até a quarta série, um dia me levaram lá pro hospital de Moju, e eu fiquei lá fazendo tudo, curativo, aplicando injeção, tirando pressão, mas fazendo tudo mesmo, foi quando eu aprendi a costurar, a fazer tudo. Nunca recebi nada de papel, tipo diploma né. E depois eu vim pra cá, e a fui cuidando de todo esse povo, da Vila, de África e Laranjituba. Ganhei prática, mas muita prática mesmo. Eu trabalho já como ACS há 16 anos, são 16 anos de lida. (Rasul<sup>39</sup>, 47anos, morador da Vila Caeté, servidor público da saúde.)

---

<sup>39</sup> Quer dizer mensageiro, de origem Suahili, Quênia-Tanzânia, na África Oriental.

Rasul continua com seu trabalho de ACS, mas, com o fechamento do Posto na Vila Caeté, sem materiais, realiza os procedimentos nas casas dos moradores com os materiais dos mesmos. O pequeno posto fechou na troca de gestão, após às eleições de 2008, pois o novo prefeito de Moju tomou conhecimento da mudança do quilombo para Abaetetuba, e, portanto, oficialmente não havia necessidade administrativa na manutenção do estabelecimento. A desativação do postinho aumentou ainda mais a distância entre os moradores e a assistência de saúde, deixando o sentimento de abandono pelo Estado.

As escolas foram mantidas por existir um trabalho realizados por professores concursados e lotados para desenvolver suas atividades no estabelecimento. Estas foram as razões dos gestores de Moju. Entretanto, os gestores municipais envolvidos, não conversaram sobre a transferência oficial dos serviços municipais de saúde. Em entrevista, o gestor de Abaetetuba afirma:

Estou há apenas quatro meses na secretaria, e ainda tenho muita coisa pra organizar e essa é uma questão, mas a gente tá vendo isso. Eu sugiro que converse com a ..., que é coordenadora ela já está aqui há um ano, ela vai saber te responder isso melhor. (Adnan<sup>40</sup>, gestor da saúde do município de Abaetetuba há 4 meses, mas trabalha na administração pública há 18 anos.)

A rotatividade dos gestores públicos municipais é frequente, o que dificulta a continuidade da administração pública. Para Chiavenato (2004), a rotatividade é o volume de pessoas que ingressam e saem de uma organização, estabelecendo o intercâmbio entre elas e o ambiente. Retenção é o tempo de atividade que permita o retorno do investimento de recrutamento, seleção, treinamento e traga efeitos positivos ao serviço e a administração (ROBBINS, 2002). Portanto, a relação inversa entre rotação e retenção de pessoas na gestão municipal de saúde prejudica a gerência dos serviços, pois não permite a continuidade de um trabalho, limitando-se apenas ao reconhecimento dos problemas sem que haja tempo de solucioná-los e muito menos compreender a complexidade da dinâmica das comunidades quilombolas.

Quanto à pessoa indicada pelo gestor, por ter mais tempo na secretaria, a Coordenadora de PACS e PSF de Abaetetuba, diz:

A gente já tem conhecimento sobre isso, mas é que a coisa é mais complicada que parece, porque a comunidade tem ACS no local que são concursados em Moju. E aí como a gente vai fazer, abrir seleção, concurso? Então eu mandei um documento pro setor jurídico pra que ele me informasse o que fazer, porque a dúvida é com relação aos agentes comunitários de saúde, eles vão ser nossos? A gente vai ter que inserir eles na folha? Ou eles ficam sendo de Moju e são redistribuídos lá? Sem esquecer que o ACS mora na comunidade né, eles vêm juntos no pacote ou

---

<sup>40</sup> Quer dizer Boa Sorte, de origem Suahili, no Quênia-Tanzânia.



não vem? A minha dúvida é essa. A gente vai inserir eles dentro? O problema maior realmente é administrativo. Não que eu não possa inseri-los, mas... (Safide<sup>41</sup>, 32 anos, servidora pública da saúde.)

De fato, os dois ACS's, não moram nas comunidades estudadas e sim na Vila Caeté. São concursados pela prefeitura de Moju e trabalham na cobertura da área dos três quilombos. Mesmo que a Vila Caeté seja uma comunidade relativamente próxima às comunidades estudadas, eles não fazem parte de África/Laranjituba, e para ser ACS de uma comunidade é preciso ser morador da mesma há pelo menos dois anos, pois como morador ele vivencia a sua dinâmica, com todas as suas dificuldades e potencialidades, e representa melhor esse elo que deve existir com a equipe de saúde, seja de PACS ou PSF (BRASIL, 2000). A fala da servidora reflete o desconhecimento dos quilombos e de suas necessidades, o que fica mais claro ainda quando diz que não conhece e nunca visitou as comunidades.

A dinâmica social da comunidade Vila Caeté é muito diferente de África/Laranjituba, pois a associação quilombola AQUICAETÉ tem um balneário e um clube de futebol, que os associados usam como instrumentos para conseguir melhorias para a Vila Caeté, conforme visto anteriormente. Associado a esta questão, está o fato da gestão do município de Abaetetuba ter tido em um ano e meio após as eleições parlamentares municipais, quatro secretários de saúde, e ainda o fato da mudança oficial das terras coletivas após o título definitivo ter como preocupação principal da gestão de saúde os gastos financeiros e administrativos, principalmente com os ACS's, como demonstra a transcrição anterior.

Outra questão está no fato de uma ambulância ter sido doada por uma deputada federal para atender às necessidades de Vila Caeté, África/Laranjituba e Mojumiri. Esta, inicialmente, era mantida e recebia combustível pela prefeitura de Moju, mas permanece na garagem da casa de um ACS, na Vila Caeté, sendo este o seu motorista. O mesmo procurou a prefeitura de Abaetetuba para que as obrigações passem a ser daquele município, o que foi acordado, desde que a ambulância prestasse alguns serviços em regime de plantões durante grandes festas e eventos do município, e assim funciona. O ACS é servidor público do município de Moju e não recebe adicional pelo cargo de motorista, pois seu vínculo não é com o município de Abaetetuba, que mantém a ambulância.

A situação da ambulância causa insatisfação aos moradores, pois é mais um serviço que está localizado na Vila Caeté, obrigando-os a se deslocarem para outra comunidade para conseguir o transporte ao serviço de saúde ou telefonar para o ACS e solicitá-lo, sendo que o

---

<sup>41</sup> Quer dizer Bem organizada, sua característica; De origem Suahili, Quênia-Tanzânia, na África Oriental.

serviço de telefonia no local funciona precariamente, apenas com o uso de antenas de televisão conectadas no telefone. Sendo, assim, inacessível à maioria dos moradores.

Outra questão é que o município tem cadastradas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como equipes que atuam em áreas quilombolas/ assentadas rurais, três equipes de Saúde da Família e uma de Saúde Bucal desde 2007. Ou seja, o município vem recebendo o adicional de 50% vindo de repasse do Ministério da Saúde pelo trabalho de tais equipes. Entretanto, quando o município é questionado quanto à ciência deste cadastro a resposta é a seguinte:

Olha como saúde não, eu sei que tem comunidade quilombola, que elas são atendidas, a gente tem varias associações no município. Tem a AQUIA que é uma associação de quilombolas, eles tem atendimento. Tem um CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) quilombola. (...) Eu não sei te dizer, tu sabes onde fica o CRAS quilombola?(pergunta outras pessoa na sala) Qual é a ilha? Eu não me lembro onde é, mas tem. A assistente saberia te dar uma informação melhor, mas eu não sei te dizer ao certo, só que existe, mas na saúde, por exemplo, não existe um PSF quilombola, não existe nenhum serviço pra quilombola. Eles fazem parte do serviço normal, no encaminhamento normal. Eles são atendidos nos postinhos nas ilhas ou dentro da saúde, ou por demanda espontânea, se tiver alguma área que tem ACS, eles são cadastrados, mas eles não existem especificamente como quilombola. (Safide, 32 anos, servidora pública da saúde.)

O desconhecimento da existência do cadastro de Unidades de Saúde da Família e Saúde Bucal quilombola, associado ao desconhecimento da dinâmica das comunidades quilombolas do município, é de fato preocupante, uma vez que a verba encaminhada pela instância federal de saúde mensalmente, não é utilizada para diminuir as dificuldades de acesso e acessibilidade que os quilombolas têm aos serviços de saúde do município. E ainda, é desconhecido o local do CRAS quilombola referido dentro da secretaria municipal de saúde demonstrando falta de integração entre os serviços de assistência social e de saúde.

Os serviços ofertados por Abaetetuba se concentram no centro do município. Entre eles estão hospitais, postos de saúde, um centro de atenção psicossocial a álcool e drogas, além de uma unidade de combate à violência contra a mulher, conhecido como Centro de Referência Maria do Pará.

A descentralização dos serviços está a cargo da atenção básica, com a implantação de Equipes de Saúde da Família para os ribeirinhos, que atende as ilhas de Abaetetuba. O serviço é realizado por uma pequena embarcação a motor, chamada de “Pescador de Saúde” que faz visita às comunidades ribeirinhas. Entretanto, esta embarcação nunca visitou África/Laranjituba.

A procura pelos serviços em Barcarena se dá quando o acesso pelo ramal permite o tráfego terrestre. Por esta via se chega mais rápido ao Posto de Saúde da Família de Castanhalzinho. No entanto, a distância faz com que as famílias procurem os serviços apenas em situações de urgência e sem ter garantido seu acompanhamento.

Quanto aos serviços de Moju, a questão é mais complexa, pois não se limita apenas ao fato de a via fluvial ser a mais rápida e a que permite maior autonomia de transporte, mas incluía a existência de uma relação antiga entre os moradores e os serviços de saúde deste município até 2007, mesmo entre organismos de ação social como a Pastoral da Criança e a Pastoral da Saúde. Como podemos ver no depoimento de uma moradora e coordenadora da Pastoral da Criança.

(...) porque a pastoral vem de lá (Moju), da igreja do Divino que a gente tem a nossa casa da Pastoral lá, sim é que a gente comprou uma casa da pastoral, que funciona a pastoral da saúde e da criança. Compramos essa casa e lá tem tudo lá nessa casa, aí lá a gente faz multimistura. (Kabisa<sup>42</sup>, 51 anos, moradora e coordenadora da Pastoral da Criança.)

Os motivos para a procura pelos serviços de Moju envolvem instituições que compõem a territorialidade das populações, dentre elas a relação com a Igreja Católica, que fundou a Pastoral da Criança, a existência de uma parceria da pastoral com os serviços de saúde do município e a relação antiga entre os moradores e as lideranças da Pastoral. Destaca-se o fato de não haver uma avaliação comparativa entre a qualidade dos serviços dos municípios, mas o que é determinante é o aspecto geográfico e funcional.

(...) a gente encaminha pro hospital que tem lá que é o hospital que a gente faz o pré-natal das grávidas, é casa das mulheres. aí lá que a gente dá início do pré-natal. aí eu vou com elas, levo ela lá, começa o pré-natal. aí vai lá pra casa da pastoral pra fazer a reunião das grávidas (...) e também as crianças desnutridas a gente tem um papel pra gente encaminhar eles pra eles fazer o tratamento deles e pra receber a multimistura também, tudo que eles precisam pra sair da desnutrição. (Kabisa, 51 anos, moradora e coordenadora da Pastoral da Criança.)

(...) olha é porque eu sou da pastoral e meu filho já trabalhou 12 anos lá no hospital. aí quando ele saiu de lá ele pediu que pra quando eu chegasse lá era pra me atender, me ajudarem a resolver, aí quando eu chego lá graças a Deus, não é que eu diga que seja fácil da gente conseguir não, é porque mesmo a gente já conhece pessoas lá dentro. (Kabisa, 51 anos, moradora e coordenadora da Pastoral da Criança.)

A fala anterior relata uma situação muito comum, que é a troca de favores, onde os usuários do sistema de saúde não são reconhecidos como cidadãos, apenas na sua condição de

---

<sup>42</sup> Para sempre, de origem Suahili, no Quênia-Tanzânia.

indivíduos. Quando as pessoas se favorecem de atributos pessoais- tais como parentesco, amizade, poder econômico, ocupação em posições estratégicas em determinadas instituições, etc- sobre os universais para com isso conseguir privilégios no atendimento, seja na rapidez do acesso, seja do benefício a ser alcançado. Isto se traduz em oposto de cidadania. Estas situações são frequentes nas políticas sociais, especialmente a de saúde para que a “população tenha a ilusão de ter alcançado um patamar de condição de vida e de reprodução social segundo convenções sociais contratadas socialmente” (COHN, 2008, p 228).

O modelo de acesso adotado pela gestão dos três municípios, Abaetetuba, Moju e Barcarena, são Economista e Planificador. Nos dois primeiros municípios o modelo é Economista, cuja preocupação principal é com a dimensão econômica, com os gastos públicos quanto a oferta e a demanda. Abaetetuba, por justificar que a mudança implicaria problemas administrativos, tais como onerar a folha de pagamento, com a realocação dos ACS's na folha de funcionários públicos de outro município.

Barcarena adotou o modelo Planificador, sendo sua preocupação principal a dimensão técnica. Na tentativa de organizar sua demanda, excluiu as populações estudadas da área adscrita do Posto de PSF administrado por ela e que é o posto de saúde mais próximo do local. Fica claro que as prefeituras tiveram prioridades diferentes e adotaram medidas individuais sem se preocupar com a saúde dos moradores do local e sem compartilhar informações ou decisões.

Em Santo Antônio/Foz do Cravo o posto de saúde mais próximo, que é o Posto de Saúde do Curuperé (figura 14, pg.58), fica distante 15 quilômetros do quilombo e está localizado na comunidade do Curuperezinho, e está localizado a 3 km da entrada do ramal pelo quilômetro 39. É administrado pela prefeitura de Concórdia do Pará, e a instalação da Estratégia Saúde da Família foi resultado da pressão social da ARQUINEC. No local antes funcionava um “postinho”, com um técnico de enfermagem para realização de pequenos procedimentos, muito semelhante ao que vimos nas demais comunidades em estudo.

A unidade atende não só algumas comunidades quilombolas ao redor, mas também comunidades localizadas à margem da rodovia PA-140. Essa adaptação e falta de planejamento para a construção de um espaço que seja mais próximo de todas as comunidades da região fez com que a estratégia não fosse reconhecida pelos moradores como um serviço de saúde viável, o que os faz manter a procura por serviços de saúde em outro município. A situação é de conhecimento do gestor de saúde de Concórdia, como está claro em sua fala.

(...) por que na verdade quando foi criado esse prédio lá, quando eu assumi a secretaria já tinha o prédio. Nem é como a norma diz como deve ser uma ESF, tem que ser diferente, mas como já tava feito, já tava lá, foi criado lá pro Curuparé, em vez de ser criado mais próximo de todas as comunidades, mas aí já tava criado aí a gente colocou lá. (...) E Santo Antônio ficou fora da área do ESF. Fica muito mais na frente. (...). (Liu<sup>43</sup>, 55 anos, gestor da saúde do município de Concórdia do Pará.)

Para a implantação de Equipes de Saúde da Família, os municípios recebem R\$ 37.000,00 (trinta e sete mil reais) para serem investidos na Unidade de Saúde, para implantação de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como nos cursos preparatórios das equipes, segundo a Portaria nº 650/2006, independente do tipo de equipe de saúde ser quilombola ou não. A implantação de todas as atuais equipes de PSF do município foi divulgada no site do Ministério da Saúde<sup>44</sup> e, conseqüentemente, o repasse de verbas para o município aconteceu. Entretanto, o PSF, mesmo não sendo cadastrado como PSF quilombola, foi implantado e adaptado sem um estudo prévio sobre a área de cobertura e sem o devido cuidado com as comunidades mais distantes, que poderiam ter sido contempladas com a unidade, notando-se a principal preocupação do gestor em ter implantada a equipe, mesmo que isso represente a não funcionalidade para todas as comunidades que poderia cobrir.

A equipe, em funcionamento no Curuparé, conta com um ACS morador de Santo Antônio e Foz do Cravo. Pouco tempo depois do funcionamento da equipe, Santo Antônio e Foz do Cravo foram remanejados para serem atendidos em outro PSF chamado Galho, o que gerou insatisfação dos moradores, que se queixam deste ser mais distante, pois têm que ir de canoa até um determinado ponto do rio, depois pegar um moto-táxi ou o transporte escolar e, somente depois de percorridos 20 quilômetros, chegar ao Posto de Saúde da Família do Galho.

(...) e aí ninguém vai porque é muita dificuldade pra ir pra lá, tem que ir de canoa pro outro lado do Rio Bujaru, e aí de lá tem que arranja moto e é muito longe, são 20 quilômetros. E aí não tem como a gente ir, fica difícil a situação. Já conversamos com o secretário de saúde ele disse que vai dar um jeito, mas até agora não resolveu nada ainda, não sei como vai ficar, sei que difícil. (Etana<sup>45</sup>, 36 anos, moradora e servidora de saúde de Concórdia do Pará.)

---

<sup>43</sup> Quer dizer, Uma voz, de origem Ngoni, Malauí na África do Sul.

<sup>44</sup> Disponível em: [www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias](http://www.portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias)

<sup>45</sup> Quer dizer, Forte, de origem Suahili, Quênia, Tanzânia.

Portanto, oficialmente, a comunidade não faz parte da área adscrita do Curuperé, mas mantém o trabalho da ACS na unidade por reconhecer a distância, gerando insatisfação à ACS e à comunidade. A ACS queixa-se de que os profissionais não fazem visitas à comunidade e do número insuficiente de apazamentos para consultas, e ao fato de isto representar uma espécie de favor que a equipe faz para a comunidade, desmotivando muito o trabalho do ACS. A insatisfação dos moradores se dá pelas constantes reclamações dos profissionais que atendem na unidade, por ter que atender pessoas oficialmente de outra localidade, fazendo com que a procura pela unidade se dê apenas em situações de urgência e emergência durante o dia.

(...) é assim, pra esse negocio de consulta eles põe uma dificuldade que a gente não pode ser atendido por lá, porque faz parte de outra área. Aí fica complicado o pessoal quase não vai. (Etana, 36 anos, moradora e servidora de saúde de Concórdia do Pará.)

Eu não vou pra lá pro Curuperé, mas só que tem gente que acha ruim porque vai lá e não é bem atendido né, tem gente que reclama. (Shani<sup>46</sup>, 61 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

Os serviços de saúde de Bujaru são mais procurados por todas as razões já mencionadas, mas também por serem considerados mais resolutivos e com uma infraestrutura melhor de atendimento em relação a outros profissionais de saúde. Portanto, estes são usados para consultas de rotina, assim como para situações que os moradores julguem serem mais graves, que precisem de acompanhamento contínuo ou de encaminhamento para Belém.

(...) só vou pra Bujaru, porque é onde eu to mais acostumada e mesmo a saúde lá parece que é melhor do que Concórdia. Eu sempre faço exame de sangue, fezes e urina em Bujaru, e foi agora recentemente que atestou colesterol e triglicérideo alto e aí eu vou com a nutricionista, ela me passou uma dieta. (Shani, 61 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

A gente conseguiu um encaminhamento de Bujaru pra lá pro Ofir Loiola. (...) Quando eu saí do hospital, a menina que me dá assistência ela me deu papel desse de TFD pra eu fazer procuração lá em Concórdia, pelo município. Eu mandei o menino levar em Concórdia. Aí chegando lá eles disseram que tinha que dá encaminhamento no dia que eu adoeci, mas quem vai saber disso se a gente nunca foi orientado dessas coisas? Ainda tá até aí ele já foi e virou por lá e ainda não conseguiu nada através disso. (Tulivu<sup>47</sup>, 55 anos, morador.)

A procura pelos serviços de Bujaru é uma via considerada mais fácil para garantia de atendimento, inclusive para serviços de maior complexidade em Belém. Contudo, a garantia

<sup>46</sup> Maravilhosa, de origem Suahili no Quênia- Tanzânia.

<sup>47</sup> Paz e tranqüilidade, de origem Suahili, Quênia- Tanzânia.

de continuidade que se dá com o TFD (Tratamento Fora do Domicílio), cujo estabelecimento se deu com a Portaria nº 115, de 19 de maio de 2003, exige que o paciente tem que ser vinculado no seu município, no caso Concórdia do Pará. Este é um exemplo desta confusa rede de relações de garantia do acesso aos serviços de saúde para os moradores.

A procura pelos serviços de saúde de Concórdia se dá apenas em situações de urgência e emergência. Durante o dia, a unidade do Curupeté é procurada para providenciar o transporte ao município e, durante a noite, a ACS liga para o secretário de saúde para, também, providenciar a condução até o serviço de pronto atendimento daquele município.

A equipe de Saúde da Família do Curupeté trabalha numa área quilombola, entretanto, no sistema do CNES o município de Concórdia do Pará não tinha cadastrado nenhuma equipe desta modalidade até agosto de 2010. Mesmo os gestores tendo conhecimento que se trata de uma região do seu município, que tem a presença de muitas comunidades quilombolas, desconhecem a legislação do SUS, que dá um financiamento diferenciado ao cadastro de equipes que trabalham em áreas quilombolas, por meio das Portarias 649/2006, 650/2006 e 90/2009.

Quilombola só tem naquela região, aquela equipe é daquela região que é quilombola (...) criar um só pros quilombolas não sei, eu acho que não tem que diferenciar só pros quilombolas. (Liu, 55 anos, gestor da saúde do município de Concórdia do Pará.)

Mesmo sendo um PSF e trabalhando em uma área quilombola, a equipe funciona longe de ser uma estratégia de mudança do modelo assistencial de saúde, pois não consegue avançar do foco da doença para a saúde, do apenas individual para o coletivo, o que fica claro nas visitas dos profissionais de saúde aos quilombos, onde apenas são substituídos os consultórios dos postos para consultórios nos quilombos, sem realizar as visitas domiciliares nas casas, longe da perspectiva de promoção à saúde. Esta situação é de conhecimento dos moradores, das lideranças da ARQUINEC e dos gestores municipais, como está claro nas falas a seguir.

Nós temos um calendário que é feito pro ano inteiro. Aí nessa tabela tem onde o médico vai, um dia ele tá no Arapiranga, um dia ele vai tá no 35 e outro dia ele vai tá no quilometro 40, o dia que ele vai ta no Curupeté. (...) mas, no dia que ele vai pra consultar ele tem um ponto que ele fica lá. (Liu, 55 anos, gestor da saúde do município de Concórdia do Pará.)

Essa questão da visita domiciliar, eu acredito que é muito precário né, porque nós temos nas comunidades a presença de pessoas idosas, que precisam ser acompanhados, principalmente por essa visita domiciliar e que

não esta solucionando os problemas das pessoas, porque tem muita falha aí nessa questão da visita domiciliar. As pessoas não estão sendo atendidos como deveria ser pelo PSF, ou melhor, ESF. (...) e o médico vem uma 1 vez ou 2 vezes no mês no postinho da Vila do Cravo. (Aisha, 58 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

A falta de conhecimento do gestor sobre os princípios do SUS e das portarias do Ministério da Saúde que reconhece as desigualdades étnico-raciais e toma providências para solucioná-las, é determinante para a prática de um PSF que não é resolutivo, mantendo o distanciamento das famílias e sem a construção de vínculo entre o profissional e a comunidade.

O desconhecimento levou ao não cadastramento desta equipe como quilombola no sistema CNES e, conseqüentemente, o município não recebe as verbas garantidas por ter este tipo de equipe de saúde da família e de saúde bucal. Entretanto, não é apenas o cadastro, mas o reconhecimento que esta equipe tem um diferencial no desenvolvimento de suas atividades, no sentido de promover a equidade em saúde, que é o principal problema.

O município de Concórdia participa da pactuação de serviços entre os municípios, previsto na Constituição através da garantia da regionalização, da Política Nacional de Saúde, que orienta a descentralização do SUS e do Pacto de Gestão que define estratégias para operacionalização da regionalização (BRASIL, 2005).

O consórcio intermunicipal também é previsto na Lei 8142/90. Na região, este consórcio chamado de COISPA, dá-se entre os municípios de Concórdia do Pará, Acará, Tomé-Açu, Santa Izabel e Bujaru. O centro é o município de Santa Izabel, mas em Concórdia há um posto avançado. Entretanto, algumas dificuldades foram surgindo com as relações entre os gestores municipais.

(...) criamos com cinco municípios hoje só tem três. Nossos prefeitos que assumiram acharam que não seria uma boa e acabaram saindo. E nós pelo contrario achamos que é uma boa, porque você não consegue sozinho, como contratar um médico especialista e o consórcio consegue mais barato porque é um consórcio, e dá mais serviço pra pessoa, não é só num município então nós conseguimos várias especialidades através do consórcio. Nós temos oito especialidades que é dado pelo consórcio, algumas delas vêm pro município, oftalmo vem pro município e outro que não pode vir pro município por causa do equipamento, aí vai pra outro município que tem o acordo. E nós pagamos 2% do FPM pra esse consórcio mensal e pra nós foi uma boa, ta sendo (...). (Liu, 55 anos, gestor da saúde do município de Concórdia do Pará.)



O consórcio intermunicipal possibilita assistência à saúde integral e representa um avanço para a saúde dos municípios, mas a relação entre os municípios/gestores está além do compromisso com a saúde e esbarra em questões político-partidárias na região.

Poucos moradores usam ou sequer têm conhecimento dos serviços ofertados, por isso se limitam à relação com o município de Bujaru, pela questão do transporte e pelas relações interpessoais dentro dos serviços de saúde do município. O depoimento abaixo, de uma pessoa que já fez uso dos serviços do consórcio, se deu porque seu marido trabalha na prefeitura de Concórdia.

A gente vai lá e fala com o rapaz que trabalha lá no COISPA agora, e aí eles dão encaminhamento, e aí marcam e aí avisam a gente. E aí gente só vai fazer, (...), mas aí a gente tem que saber o dia que eles marcam, não é todo dia é uma vez por mês eu acho, tem um número de pessoas (...). Eles mesmo marcam pela internet, pelo computador e aí a gente vai e já tá marcado, e eles dão o horário e tudo isso eu já consegui fazer por aí por Concórdia. (Nena<sup>48</sup>, 21 anos, moradora.)

Na análise do acesso aos serviços de saúde do ponto de vista do planejamento e gestão da saúde, o modelo adotado pelo gestor é o Economista, pois a principal preocupação com o planejamento das ações e serviços é com os gastos financeiros destas e, na busca pelo equilíbrio entre a oferta e procura pelos serviços. Isso fica claro na inadequada adaptação do posto de saúde que já existia na região para receber uma equipe de saúde da família e na procura pela solidificação dos consórcios intermunicipais, a fim de reduzir os gastos com assistência especializada.

O trabalho de formação política realizado pela CPT, teve e tem uma grande importância no cotidiano destes moradores, e lhes confere um grande potencial para organização política na saúde, no sentido de formar recursos humanos para o controle social. Isso favoreceu o desenvolvimento de um trabalho de formação de consciência sanitária que aproveita a organização social que já existe, conseguindo trabalhar dimensão política e simbólica do acesso aos serviços de saúde.

Já em Mangueiras os moradores contam com os serviços de um Posto de Saúde que está localizado no centro do seu território, onde trabalham duas técnicas de enfermagem, uma em cada turno do dia. Conta, ainda, com o trabalho de dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que fazem cobertura da comunidade como área adscrita da Equipe Saúde da Família de Passagem Grande, localizado próximo à entrada da estrada que leva ao quilombo. A comunidade não dispõe do trabalho voluntário das pastorais da criança e da saúde.

---

<sup>48</sup> Quer dizer, fale, de origem Suahili, Quênia-Tanzânia.

Este Posto de Saúde de Mangueiras funciona diariamente, realizando pequenos procedimentos como curativos, aplicação de injetáveis, suturas, além da disponibilidade de medicamentos da farmácia básica, como analgésicos, antiinflamatório, antibióticos e anti-helmínticos, dispensados pelas técnicas de enfermagem a partir da avaliação da necessidade dos problemas apresentados pelos moradores.

As duas profissionais são referências para os moradores, principalmente em situações de acidentes, pois elas têm o contato direto, por telefone celular, com a secretária de saúde municipal ou com o ACS, para solicitar a ambulância para o transporte do enfermo ou da pessoa que sofreu algum acidente, tais como cortes nos membros pelo uso de utensílios de trabalho, quedas de animais de montarias, acidentes ofídicos, ou com arma branca devido ao abuso de bebidas alcoólicas.

Há falta de adequação entre os horários das consultas na Unidade de Saúde da Família de Passagem Grande com o meio de transporte usado pelos moradores. Por exemplo, as consultas com o médico são apenas no período da tarde na USF, os dias de aprazamento para consultas com especialistas se concentram no hospital (terças e quintas-feiras) em dias que não coincidem com os do único transporte escolar disponível ao quilombo (segunda, quarta e sextas-feiras).

A gente vai pra Soure, porque as vezes sai daqui de madrugada pelo barco, então quem sai de madrugada chega em Soure bem cedo, chega em horário de pegar ficha, diferente de quem vai pra Salvaterra até porque, tem que pegar o ônibus, e aí o ônibus sai daqui 6h ou 6:30h, aí quando chega lá já não tem mais ficha e é isso que acontece. Sai daqui chega lá em Soure, e pega logo a ficha, e pega uma ficha baixa ainda, número 3 ou 1, chega do bote e vai logo pro hospital, é isso que é a questão. (Nabila<sup>49</sup>, 45 anos, moradora e servidora pública municipal da saúde.)

Outra coisa é que o nosso médico daqui da Passagem Grande atende a tarde, e a tarde nós não temos ônibus de forma alguma, o ônibus que vai daqui é cedo, no caso se fosse pela manhã lá, a pessoa ia, descia na passagem, aí quando fosse a volta do ônibus meio dia a pessoa já embarcava de volta, aí como é a tarde não tem como a pessoa ir porque não tem como voltar. (Nabila, 45 anos, moradora e servidora pública municipal da saúde.)

(...) nós temos uma marcação terça, quinta, é toda terça e quinta é a marcação de consulta com especialista, toda semana tem gente ido pra Belém. (Mila<sup>50</sup>, 54 anos, gestora pública municipal da saúde.)

Mesmo os serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF) são adaptados às necessidades do serviço, da gestão, ou do profissional. As necessidades e dificuldades da

---

<sup>49</sup> Nobre, de origem Suahili no Quênia-Tanzânia.

<sup>50</sup> Tradições, de origem Suahili no Quênia-Tanzânia.

população não são consideradas, o que contribui para que eles procurem outro serviço e alternativas.

O horário dele é só a tarde lá. Porque ele mora em Soure e os médicos só atendem um turno e ele sempre trabalhou a tarde. É porque ele tem uma clinica dele particular em Soure, ele atende lá, opera, e eu acho que devido eles não ter outro lugar pra contratar, aí ele fez o horário que ele podia né, e pra nós é muito difícil usar, por causa do transporte pra nós aqui. (Nabila, 45 anos, moradora e servidora pública municipal da saúde.)

Apesar de a comunidade ter oficialmente a cobertura de equipe da ESF, esta efetivamente não existe. O que existe é a presença mais intensa de um ACS, que já foi morador do lugar e, apesar de não ter todo o quilombo de Mangueiras como sua área de cobertura, acaba fazendo o atendimento de toda área. Isto ocorre porque os moradores não reconhecem a outra ACS como alguém que lhes ofereça ajuda em saúde, por não conhecer a dinâmica da comunidade e por sua presença na comunidade ser esporádica.

A visita a Mangueiras por outros profissionais de saúde se dá em períodos intervalares grandes, sem uma frequência regular, sob influência também das condições da estrada e das chuvas na região. A ida de profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e dentistas, se dá através de “ações” de saúde em um único dia, com um número limitado de atendimentos para cada profissional no próprio posto de saúde. Tais profissionais não realizam visitas domiciliares, mesmo nos casos de pacientes acamados. Estas “ações” de saúde se dão também, durante as campanhas de vacinação, ou se tornam mais frequentes durante os períodos que se aproximam das eleições parlamentares.

Os profissionais não realizam visita domiciliar as famílias, cabendo ao ACS trazer as informações dos casos mais graves e a intervenção é tomada a partir da visita deste, não do médico ou do enfermeiro, funcionando muito mais próximo do que seria o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), programa que antecedeu o PSF, que consiste em ações de caráter preventivo e de promoção à saúde pelo ACS, supervisionadas e orientadas pelo enfermeiro. Entretanto, a forma como funciona esta equipe de saúde da família não permite conhecer os aspectos culturais da população uma vez que não há vínculo entre a equipe e os moradores.

(...) quando vem pra cá pra Mangueiras, devido essa questão da distância, do acesso, aí sempre a gente dá um jeitinho de trazer mais profissionais, mas vem médico, dentista, enfermeiro, pra tentar garantir o atendimento da população.(...) Nunca fiz visita aqui, geralmente a gente vem faz o atendimento aqui no posto, e nunca teve necessidade, nunca fui solicitada não. Os pacientes geralmente eles vem pra cá,(...) você tá vendo que tem

muita gente, aí imagina só um medico e só um enfermeiro atendendo?, (...). Então geralmente a gente vem bem cedinho, pra poder consultar, dar tempo de consultar todo mundo (...), então não dá tempo de fazer visita, nunca assim parei pra fazer visita, até mesmo porque tem umas localidades daqui que é bem distante, como aqui que é bem distante (...) os ACS'S eles me passam as informações. (Haiba, 27 anos, servidora pública municipal da saúde.)

O exposto acima se contrapõe aos relatos dos moradores a seguir, pois na comunidade existem situações graves de saúde que vão desde idosos acamados, vítimas de AVE (Acidente Vascular Encefálico) e demais situações, como portadores de doenças mentais, dependência alcoólica entre jovens, portadores de deficiência visual. Há, ainda, casos de interesse para possíveis estudos genéticos, como a presença de 3 crianças na mesma família portadores de deficiência visual e física.

(...) então eu queria assim que quando viesse uma equipe que fosse lá fazer uma avaliação na minha casa (...). (Layla<sup>51</sup>, 35 anos, moradora.)

Olha o que poderia melhorar né, é que quando a equipe viesse pra cá fosse lá né, desse uma olhada, e a minha casa não é bem própria pra por eles 3, só tem 3 compartimentos (...) mas aí eles podem ver como eu zelo por eles, tenho muita testemunha, porque eles são limpo, eu limpo eles, bem limpo, e eu não tenho vergonha de sair com os meus filhos, não tenho não, se chegar uma equipe eu to pronta pra receber e mostrar que eles são né. (Akili<sup>52</sup>, 48 anos, moradora.)

A fala de Dona Akili, mãe de três filhos portadores de transtornos mentais, traz elementos da necessidade de desfazer o preconceito que existe, especialmente quanto à higiene dos portadores de transtornos mentais. No trecho a seguir, percebe-se suas dificuldades em ter acesso a um acompanhamento adequado e o quanto isso influencia o seu próprio estado de saúde.

D. akili: aí quando eles tomam remédio eles ficam calminho, aí quando falta eles tem aquelas crises eles ficam agressivos, (...) aí eu tenho que correr atrás. aí quando chega em Salvaterra e diz não tem, eu acho que isso que alterou minha pressão, parece que eu não sei, não sei não, e isso é a vida.

Pesquisador: Mas eles fazem tratamento?

D. Akili: Não, eles tomam um remédio controlado, mas até tá faltando.

Pesquisador: Mas como foi para eles começarem a tomar esses remédios?

D. Akili: O médico veio aqui né, aqui no posto aí eu trouxe eles 3, e aí eles avaliaram dessa vez, e aí agora eles ficam avaliando sem ver né porque eu não tenho como levar né. aí eu vou, levo a carteirinha deles, aí a moça me

<sup>51</sup> Nascida a noite, de origem Suahili no Quênia-Tanzânia.

<sup>52</sup> Inteligente, de origem Suahili no Quênia-Tanzânia.

atende e aí quando ta dando crise aí eu vou converso com o doutor e aí ele tira e passa outro.

As famílias têm a necessidade de adequação dos serviços às suas condições de vida e saúde, o que representaria a superação de mais uma barreira ao seu acesso. Há também a necessidade de um trabalho educativo, que envolva a estrutura social da comunidade, como a escola, a associação quilombola, o que só seria possível com uma assistência com base na humanização e vínculo entre comunidade e profissionais de saúde.

E ninguém vai dar atenção que eu dou. Inclusive as minhas filhas passam por certas dificuldades assim, eu vejo tem gente que diz assim a porque ela é cega, inclusive aqui dentro da escola, essa daqui já foi chamada de porca pelos alunos no meio do caminho. Teve uma menina que deu nela, eu vim aqui falei que não era pra deixar ela ir só né, que eu vinha buscar ela. (Layla, 35 anos, moradora.)

Ai as pessoas começam a pergunta, dizer que elas estão apalpando não, elas tão querendo saber como é, entendeu?! é assim, só que as pessoas tratam de outra maneira né, é difícil vê as pessoas tratarem elas do jeito como tem que ser, com carinho, mas não. Eu ralho as vezes com elas, "minha filha para de ta fazendo isso", porque nem todo mundo gosta né, aí eu ralho com elas(...). (Layla, 35 anos, moradora.)

As dificuldades dos profissionais da saúde e da educação em lidar com a diversidade de situações de saúde e de doença apresentadas pelos moradores estão relacionadas ao fato destes profissionais serem formados e trabalharem sob perspectiva da doença e não da promoção à saúde. Somada a essas dificuldades, a falta de condições de trabalho, principalmente na zona rural, colocam a população longe da mudança de consciência e projeto de formação de cidadãos do SUS.

Tais questões, no entanto, se sobrepõem à questões maiores de gestão da saúde, conforme a entrevista a seguir. As perspectiva dos gestores são preocupantes, pois refletem a falta de conhecimento da legislação principal, como a Portarias 648/2006 e 650/2006. Estas verbas são garantidas a fim de diminuir as distâncias e as dificuldades que existem dos municípios em manter profissionais atendendo certas áreas e são perdidas pelo município.

P: Você sabe que esta comunidade é uma comunidade quilombola?

G: sim.

P: Você tem cadastrado no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) de alguma Equipe de saúde da família como quilombola?

G: Quilombola? Olha não, não tem não.

Pesquisadora: Você já tem conhecimento desse cadastro e o que isso implica?

G: Não, não, só o cadastramento mesmo, na saúde.

Pesquisadora informou quanto ao cadastramento no sistema e suas implicações, as portarias, verbas, etc.

G: Olha isso aí, eu acredito que envolve mesmo o PSF daqui mesmo, o PSF de passagem grande né, é toda área de passagem grande é quilombola. (Mila, 54 anos, gestora pública municipal da saúde.)

Observa-se um caráter assistencialista e etnocêntrico dos gestores para manter a população submetida ao sistema de trocas de favores, por meio da falsa proximidade com os quilombolas, associado ao desconhecimento de como funciona, quais os princípios e as políticas de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Como pode ser visto nas falas a seguir.

(...) Agora o Agente Comunitário e a menina do posto, e a outra menina também eles tem o meu telefone, do meu assessor, das minhas irmãs que trabalham no hospital também, eles ligam a cobrar e eles mandam um carro de imediato quando tem alguém passando mal. (Mila, 54 anos, gestora pública municipal da saúde.)

Olha eu tando lá alguns me procuram, e aí eu já dou um jeito, ligo pra Bioquímica, eu peço uma exceção lá, eu fico atrás, as vezes eu vou atrás da solicitação do exame, peço que atenda com urgência, peço que atenda por favor, então a maioria procura a gente. (Mila, 54 anos, gestora pública municipal da saúde.)

Tem as meninas, tenho duas irmãs que são da área de saúde, são também técnicas de enfermagem, (...), e o pessoal sempre procura elas, elas vão lá no laboratório, vão facilitando, e é assim, a gente sabe que as dificuldades tem em todo canto e eu sinto muito por eles aqui por que é essa distancia né. (Mila, 54 anos, gestora pública municipal da saúde.)

Os dados de cadastros do sistema CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), mesmo apresentando falhas, mostraram que alguns municípios fazem o cadastro como Equipe de Saúde da Família e Equipe de Saúde Bucal em áreas quilombolas e assentamentos, mas as equipes não se fazem presentes efetivamente como tal para a população. Entretanto, no município estudado, não existe nenhuma equipe cadastrada no sistema, mesmo sendo este o município da ilha do Marajó com maior número de quilombos<sup>53</sup>.

As informações do sistema Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dados do ano de 2007 a janeiro de 2011, não apresentam nenhum cadastramento pelo município de Salvaterra. Apesar do crescimento de mais de 60% no cadastro de equipes no estado que atendem quilombolas e assentados rurais, o que significa que, no mínimo, as verbas garantidas pelo governo federal através da Portaria 650/2006, não estão sendo

---

<sup>53</sup> De acordo com estudos feitos por professores da rede básica de ensino da região e publicados pelos sites: <http://dariopedrosa.com/?p=2506>; e <http://www.paulinas.org.br/dialogo/sumario.aspx> ; Acessado em 21 de novembro de 2010.

repassadas ao município, inicialmente por desconhecimento, e hoje por negligência dos gestores sobre a legislação vigente. A preocupação principal dos gestores locais é com a Dimensão Técnica com foco no modelo Sanitarista Planificador e Sanitarista Campanhista, marcadas por questões operacionais dos serviços e, portanto, de interesses desarticulados aos da comunidade.

O modelo é Sanitarista Planificador no sentido de estabelecer planejamentos normativos de bases territoriais, como na política de atenção básica baseado no PSF, sendo a preocupação maior a organização dos fluxos dos sujeitos no sistema, mesmo que o modelo na prática não funcione direito sem uma perspectiva humanizada, mas o discurso dos gestores revela tal. O Sanitarista Campanhista é fortemente presente na comunidade, pois a presença dos serviços de saúde se dá durante as campanhas de vacinação e em ações esporádicas de saúde.

Destaca-se também o fato dos serviços ofertados aos moradores dos três quilombos estudados serem pautados apenas na lógica da doença e do risco, e ser negligenciada à situação de vulnerabilidade social desta parcela da população. Isto se materializa, principalmente, através do racismo institucional verificado principalmente nos municípios de Abaetetuba e Salvaterra.

O ACS's é o principal representante da saúde do estado nos três quilombos. Este assume, muitas vezes, competências de outros profissionais e participa da organização de ações de saúde de caráter assistencialista e de práticas curativistas hegemônicas. Isso também foi encontrado nos estudos de Azevedo (2007), que identifica este com um processo de descaracterização do trabalho educativo, preventivo e promotor de saúde do ACS, e ainda coloca que este é um modelo criado em nível municipal como estratégia gerencial dos serviços de saúde na atenção básica.

A falta de um serviço da atenção básica e de serviços que garantam a integralidade da assistência em saúde aos quilombos é percebida pela ilusória implantação de um serviço de atenção básica que efetivamente não acontece, como em Santo Antônio/Foz do Cravo ou não funciona como tal, como em Mangueiras. Pois, neste último, há supostamente, a cobertura por uma Equipe de Saúde da Família rural, entretanto esta opera apenas reproduzindo práticas de um modelo de saúde Sanitarista Campanhista pautado no curativismo, biologicismo, sem ser capaz de compreender e operacionalizar a abordagem integral do processo saúde-doença-cuidado.

Em África/Laranjituba, a situação da atenção básica é ainda pior, pois a sua localização entre fronteiras municipais e em meio às disputas políticas dos gestores pelo

controle político e geográfico da região deixou a comunidade com a sensação de ausência do estado e apenas com o trabalho solitário de dois ACSs.

Esta ausência da atenção básica nos territórios quilombolas e a falta de adequabilidade dos serviços aos aspectos socioambientais e culturais dos quilombos promove a busca por serviços de saúde tradicionais, oferecidos por pais de santos, rezadeiras e benzedoras, ou por serviços de saúde alopáticos, como os de urgência e emergência em situações de maior gravidade. Para Travassos & Castro (2008), as pessoas em condições sociais desvantajosas procuram os serviços quando o seu estado de saúde é mais grave e recebem cuidados em serviços menos adequados às suas necessidades. Segundo Azevedo (2007), na ausência de uma atenção básica como porta de entrada na rede assistencial, os usuários procuram utilizar serviços mais completos, rápidos e familiares, com os serviços tradicionais, pois estes trabalham a partir de linhas de cuidados, Medicalizadora e Personalizada.

Assim como nos achados de Sousa (2007), a capacidade da Estratégia Saúde da Família de superar a desigualdade do acesso esbarra na hegemonia do modelo médico e curativista de atenção à saúde, centrado na doença. Esta hegemonia está refletida na lógica organizativa dos serviços, que, segundo Sousa (2007), está nos sistemas locais de saúde, na procura pelos serviços, na formação dos profissionais e na destinação dos recursos para atenção à saúde de maiores complexidades.

Quanto à questão do racismo institucional, que marcou a dimensão funcional, destaca-se que não foram percebidas formas de preconceito étnico durante o desenvolvimento deste estudo, mas sim de racismo institucional. Portanto, cabe distinguir preconceito de racismo. Segundo Lima & Vala (2004, pg. 402), preconceito é uma atitude hostil contra um indivíduo, pelo simples fato dele pertencer a um grupo desvalorizado socialmente, já preconceito étnico, “é uma antipatia baseada numa generalização falha e inflexível, que pode ser sentida ou expressa e que pode ser dirigida a um grupo como um todo ou a um indivíduo porque ele faz parte daquele grupo”.

Os mesmos autores conceituam racismo como

(...) um processo de hierarquização, exclusão e discriminação contra um indivíduo ou toda uma categoria social que é definida como diferente com base em alguma marca física externa (real ou imaginada), a qual é re-significada em termos de uma marca cultural interna que define padrões de comportamento. Por exemplo, a cor da pele sendo negra (marca física externa) pode implicar na percepção do sujeito (indivíduo ou grupo) como preguiçoso, agressivo e alegre (...) o racismo, é uma redução do



cultural ao biológico, uma tentativa de fazer o primeiro depender do segundo (Pg. 402).

Para Dal'vesco (2010) a Constituição brasileira reconhece a responsabilidade histórica pelo racismo e pela marginalização econômica, social e políticas dos descendentes de africanos escravizados no Brasil, declarando no seu 5º artigo o racismo como um crime imprescritível e inafiançável, entretanto para Lima & Vala (2004), o comportamento das pessoas face às pressões da legislação anti-racista e dos princípios da igualdade e da liberdade apregoados pelas democracias liberais expressa seu preconceito de forma mais sutil e velada, associado ao Racismo Cordial<sup>54</sup>, que para os autores, colocando como sendo tipicamente brasileiro, fomenta o Racismo Institucional na Saúde, que é o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica, seja ele explícito ou velado (SAMPAIO, 2003; KALCKMANN et al, 2007).

A questão do racismo institucional apareceu veladamente, em virtude dos gestores municipais considerarem que a implantação de um serviço que atenda aos quilombolas seria a sua segregação ou alguma forma de privilégio. Isto se constatou em Abaetetuba, quando os gestores implantaram serviços como o barco “Pescador da saúde” para atender a população ribeirinha<sup>55</sup>, sendo muitas delas concomitantemente ribeirinhas e quilombolas, mas o termo ribeirinho está muito mais livre de preconceito e revela certa negligência à presença quilombola no seu território.

Portanto, os gestores não consideram a condição de vulnerabilidade dos grupos sociais, que na dinâmica amazônica são ao mesmo tempo negro, quilombola e ribeirinho. Com isso, prejudicam a promoção da equidade em saúde através do acesso aos serviços públicos que garantam o atendimento adequado às necessidades dos quilombolas.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o racismo institucional é um dos determinantes sociais das condições de saúde dos negros, estando eles na cidade, campo ou na floresta. Para Sampaio (2003), o racismo pode ser visto ou detectado em processos, atitudes e comportamentos que totalizam em discriminação por preconceito involuntário, ignorância, negligência e estereotipação racista. O autor faz ainda a seguinte classificação: racismo aberto ou individual e o racismo encoberto e institucional. O racismo

---

<sup>54</sup> Para Lima & Vala (2004), é a forma de discriminação contra os cidadãos não brancos (negros e mulatos), que se caracteriza por uma polidez superficial que reveste atitudes e comportamentos discriminatórios, que se expressam ao nível das relações interpessoais através de piadas, ditos populares e brincadeiras de punho racial.

<sup>55</sup> A Portaria 2191 de 03 de agosto de 2010, na qual o Ministério da Saúde, autoriza e financia os municípios da Amazônia e da região do pantanal a implantar Unidades de Saúde da Família fluviais.

institucional penetra nos serviços de saúde, aumenta a vulnerabilidade dos quilombolas e impede a promoção da equidade em saúde e de ações estratégicas para superar as desigualdades de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, que são direitos garantidos através das políticas de saúde integral à população negra.

Os resultados desta pesquisa se assemelham aos estudos de Kalckmann et al (2007), pois também evidenciaram que a população negra sofre discriminação nas unidades e nos serviços de saúde, por meio de seus profissionais, aumentando a situação de vulnerabilidade desse grupo populacional, ampliando as barreiras ao acesso, diminuindo a possibilidade de diálogo e provocando o afastamento dos usuários.

## CAPÍTULO VI.

### DIMENSÃO ECONÔMICA

(...) Era um sonho dantesco... o tombadilho  
 Que das luzernas avermelha o brilho.  
 Em sangue a se banhar.  
 Tinir de ferros... estalar de açoite...  
 Legiões de homens negros como a noite,  
 Horrendos a dançar...

Negras mulheres, suspendendo às tetas  
 Magras crianças, cujas bocas pretas  
 Rega o sangue das mães:  
 Outras moças, mas nuas e espantadas,  
 No turbilhão de espectros arrastadas,  
 Em ânsia e mágoa vãs! (...)

Castro Alves

A principal dificuldade relacionada com esta dimensão está nos gastos financeiros dos quilombolas com o transporte e o número de vezes que o usuário precisa retornar ao serviço com alimentação, acomodação e com medicação. Durante os meses do verão amazônico, os moradores de África/Laranjituba usam a estrada do ramal, frequentemente com uso da ambulância doada às associações quilombolas e por serem administrativamente vinculados à Abaetetuba deveriam ser levados a este município, mas na prática, se o morador preferir o serviço de outro município o ACS-motorista os leva a outro local.

Há também o transporte escolar, que durante a semana vai até a Vila Caeté e, portanto os moradores de África/Laranjituba se deslocam nos horários da escola, entre 7:00h e 8:00h da Vila Caeté para Moju, e 17:00h e 18:00h no retorno de Moju à Vila Caeté, o que favorece ainda mais o uso dos serviços de saúde daquele município.

O transporte público que entra no quilombo de África/Laranjituba está disponível apenas duas vezes na semana, às terças e sextas-feiras, e conduz os moradores ao município de Abaetetuba, às 5h do quilombo para Abaetetuba e 16h com saída de Abaetetuba em direção ao quilombo. O custo do transporte disponível, tanto na Vila quanto em África/Laranjituba é de R\$ 2,50<sup>56</sup>, sem gratuidade para idosos e deficientes físicos.

Os custos se elevam quando se usa moto-táxi e, frequentemente, o transporte é feito até a Alça Viária, em seguida os moradores ficam à margem da rodovia à espera de coletivos,

---

<sup>56</sup> Cambio de 19 de Julho de 2010, 1 real equivale a 1,78 dólar comercial e 2,31 o Euro;

ônibus ou vans para o transporte a um dos três municípios. O posto de saúde mais próximo é administrado pelo município de Barcarena, e procurado, principalmente, pela proximidade e para atendimento de urgência e emergência.

Uhmmm olha pra mim ir pra lá pro Moju eu gasto daqui até lá no Castanhalzinho eu gasto 10 reais porque a gente vai tudo de moto. Tem um ônibus que passa aqui mas é só dia de terça e sexta, mas aí não dá certo pra gente ir nesse dia, aí a gente vai de moto, e ele passa cinco horas, cinco e meia, quando dá certo da gente ir nele a gente paga dois e cinquenta até lá fora, até lá na alça viária e aí de lá agente pega a van e aí paga cinco reais na van pra lá e aí pra voltar de lá é a mesma coisa, e aí com alguma coisa que a gente come e com remédio, eu gasto quase 50 reais pra ir e voltar. (Kabisa, 51 anos, moradora e coordenadora da pastoral da Criança.)

A pouca adequabilidade do funcionamento dos serviços dos três municípios (Barcarena, Moju e Abaetetuba), assim como o confuso direcionamento sobre a que município procurar para ter atendimento de saúde, faz com que os moradores façam muitas viagens à procura dos serviços, especialmente quando não conseguiram resolver dentro da comunidade com o uso de medicina tradicional, ou estão em uma situação de gravidade maior. As viagens à procura de assistência à saúde, são feitas pelo morador e um familiar, aumentando os gastos com transporte e alimentação, conseqüentemente dificultando e/ou impossibilitando o acesso aos serviços.

O problema é o seguinte, eles vão daqui e quando chega lá já acabou as fichas todinho, e no outro dia eles não voltam porque já acabou o dinheirinho dele. (...) Porque tem muitas famílias aqui, tem família que a gente não faz mais porque tem que ir de casco, e que é um dia inteiro só pra visitar 3 famílias e aí a gente não tem muito como ajudar. (Rasul, 47 anos, morador da Vila Caeté e servidor da saúde do município de Moju.)

A ambulância representa para os moradores um grande avanço, visto que antes os doentes eram transportados em redes pelo ramal. Essa facilidade ameniza situações de urgência e emergência, diminui os gastos com o transporte. Entretanto, ainda existem críticas, principalmente, por que, acionar a ambulância pressupõe o uso de telefone celular com auxílio de uma antena de TV, que não tem uma boa cobertura e requer créditos, que são comprados apenas no centro dos municípios. Sem o recurso da telefonia móvel, os moradores têm que se deslocar até Vila Caeté de bicicleta para solicitar a ida da ambulância até África/Laranjituba, causando desconforto ao ACS-motorista e insatisfação à população.

A continuidade e a adesão ao tratamento são influenciadas pela dimensão econômica. O tratamento de doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes. Para ter acesso a medicamentos controlados ou de uso contínuo, os moradores buscam consultas e atendimentos em Belém devido ao receio em ficar sem a medicação, pois a disponibilidade nos seus municípios-sede não é regular.

Todos os aspectos discutidos anteriormente são determinantes no acesso e acessibilidade aos serviços de saúde ofertados pelos três municípios em questão, mas por ordem decrescente na escolha para procura dos serviços, estão Moju, Barcarena, Abaetetuba e Belém.

Moju, pela relação anterior entre os moradores com o município e os serviços, pois ali conhecem o fluxograma dos atendimentos realizados pelo hospital e postos de saúde, assim como a parceria da Pastoral da Criança, que faz a comunicação entre a população e o serviço. Portanto, a dimensão funcional é determinante para os moradores. Barcarena, por ofertar o serviço de saúde geograficamente mais próximo dos quilombolas. Abaetetuba, por ser o município responsável oficialmente pelos quilombos após a emissão do título coletivo das terras expedido em 2008.

Belém é procurada para solucionar problemas de saúde de maior gravidade apresentados pelos moradores, muitas vezes encaminhados pelos pajés ou pelos serviços de Abaetetuba. E, ainda para evitar gastos maiores com idas e vindas aos serviços dos municípios, aproveitando relações de parentesco na capital e, principalmente por considerarem os serviços de saúde da capital, mais resolutivos.

Em Santo Antônio/Foz do Cravo o gasto com o transporte é, sem dúvida o fator financeiro mais relevante, e destaca-se a significativa automedicação entre os moradores, principalmente de analgésicos e anti-inflamatórios. Estas medicações são vendidas no comércio interno do quilombo, com sistemas de créditos e/ou de troca por favores ou alimentos.

O transporte é tão importante, a ponto de os moradores fazerem os cálculos para diminuir os gastos com todas as viagens, principalmente às idas para Belém, mesmo que para isso seja preciso passar por vários municípios na região. Como descreve Dona Shani.

Tem que pegar a moto lá, pra ir até a beira da estrada e de lá pegar um ônibus. E uma moto daqui pra lá, é 12 ou 15 reais. E aí de lá da beira da estrada pra lá, direto pra Belém, eles cobram 12 ou 15 reais no ônibus da Boa Esperança, mas ia se você for pulando, por exemplo, sai daqui pra Bujaru, de Bujaru pra Santa Izabel e de lá pra Belém sai mais barato, é porque, indo por aqui pra Bujaru é 3,50, de Bujaru pra Santa Izabel é 3 reais

e de Santa Izabel pra lá é 3, aí sai um pouquinho mais barato sabe?! (Shani, 61 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

A linha de ônibus do município de Concórdia não vai até Santo Antônio, chega apenas até outra comunidade chamada Curuperé. Tal fato encarece a ida ao município, pois para chegar até a vila do Curuperé só é possível a pé ou de moto-táxi e, em seguida, deve-se pagar o ônibus para o centro do município. Há, ainda, o fato dos horários dos ônibus não se adequarem à comunidade.

Pra ir até o Curuperé, eles cobram por quilometro, cada quilometro é um real, aí já viu né com fica caro, é 10, 15 reais E de lá pra Concórdia é 4 reais. (Nena, 21 anos, moradora.)

(...) e pra cá pra Concórdia tem que ir de moto até Curuperé e de lá pega um transporte de ônibus, até chegar na rua. Quando é 10h30min eles querem voltar de Concórdia e o que a pessoa vai fazer lá né, entendeu não da pra fazer nada, vai só quase passear lá né. (Mazi, 42 anos, morador.)

Para ir ao município de Bujaru, existem duas opções aos moradores:percorrer o ramal até a PA-140, e (a mais utilizada pelos moradores da Foz do Cravo) é a via rodo-fluvial. Os moradores vão de canoa até a cidade mais próxima (Santana) e, pelo rio, há transporte coletivo regular para Bujaru, no valor de R\$ 3,50.

(...) e aí é mais fácil pegar a canoa aqui e ir pra Bujaru de que ir pra Concórdia. Porque pra gente fica mais fácil porque a gente sai daqui tipo 5h da manhã, quando é 06h30min/7h já tá em Bujaru. (Mazi<sup>57</sup>, 42 anos, morador.)

A procura por serviços na capital é menor pelo fator financeiro, pois é a viagem de maiores custos. É realizada apenas em última instância, pois os moradores recorrem aos serviços de saúde de Bujaru para providenciar o encaminhamento, mesmo que para dar continuidade do tratamento seja preciso, depois, dirigir-se ao município de Concórdia com o auxílio do TFD.

A gente conseguiu um encaminhamento de Bujaru pra lá pro Ofir Loiola.(...) Quando eu saí do hospital, a menina que me dá assistência ela me deu papel desse de TFD pra eu fazer procuração lá em Concórdia(...). (Tulivu, 55 anos, morador.)

Às vezes dá pra eles levam a gente na ambulância, mas quando não dá eles dão a nossa passagem, mas sabe como é né, tem que comer também né. (Maitho, 32 anos, morador.)

---

<sup>57</sup> Quer dizer, Senhor, de origem Ibo na Nigéria.

O deslocamento para outros municípios, principalmente os mais distantes, está associado também com os gastos de alimentação durante a viagem e as despesas com estadia no local. A demora do auxílio financeiro, tais como o TFD, pode ser determinante na interrupção do tratamento ou da não adesão ao mesmo, sendo que a procura pelo município de Concórdia se dá nestas situações em função do anteparo legal que garante o direito ao TFD exigir que seja pelo município de residência do usuário do SUS.

Em Mangueiras, os principais gastos entre os moradores, também são com o transporte e com as medicações. Com o transporte, são muitos em função da distância a ser percorrida para chegar até o serviço de saúde mais próximo por via rodoviária ou fluvial. Das suas casas, os moradores, principalmente os idosos e os doentes, precisam fazer uso das carroças conduzidas por búfalos até o trapiche de Mangueiras (custo médio R\$ 5,00<sup>58</sup>), independente dos volumes ou do número de pessoas. Caso a estrada esteja trafegável, eles atravessam o rio Mangueiras. Para este trajeto, os custos são calculados por pessoa, por volume, por bicicleta, por moto. Em média, por pessoa, o custo é de R\$ 1,00; bicicleta, R\$ 2,00 e moto é de R\$ 3,00. Entretanto, estes valores não são fixos e dependem da relação de parentesco ou amizade que o morador tem com o dono da rabetá.

Caso a via rodoviária esteja intrafegável, em Mangueiras faz-se uso de embarcações para ir até o centro de Salvaterra. Entretanto, este percurso, segundo os moradores, é mais demorado e longo, pois depende da maré e a distância pelo rio é maior, se comparada à da estrada. Os custos nesta situação são muito maiores, visto que os moradores têm que fazer uma espécie de aluguel da embarcação, que custa entre R\$ 80,00 a R\$ 100,00. Os valores também dependem da relação com o dono da embarcação e do valor do combustível (óleo diesel). Como diz seu Ojore em conversa sobre o transporte local.

(...) quando a estrada tá ruim vai de barco, é dois meio de transporte que nós temos, é barco no inverno quando a estrada fica ruim, tem que ir de barco, aí é complicado, e o barco tem que pagar é uma faixa de 80 a 100 reais pra levar daqui pra lá o frete. (...) o moto-taxi cobra 25 reais, de carro é mais caro ainda, é 40 reais. (Ojore, morador 37 anos.)

Às vezes quando a gente chega lá, ele tá indo, aí é melhor voltar pra casa e dá o nosso jeito né! (Pandu, 53 anos, morador e membro da associação quilombola.)

As falas dos moradores são sempre muito significativas, trazendo mais de um elemento do acesso aos serviços. A última fala reproduz e evidencia a dificuldade de

---

<sup>58</sup> Cambio de 19 de Julho de 2010, 1 real equivale a 1,78 dólar comercial e 2,31 o Euro;

acessibilidade aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a busca de alternativas de cuidados por meio dos recursos da própria comunidade, questão discutida na dimensão a seguir.

Pasinato & Retzl (2009) em estudos sobre o desenvolvimento local sustentável em quilombos do Vale da Ribeira, encontraram como principais atividades econômicas e base da renda familiar as atividades produtivas agrícolas e voltadas para a roça de subsistência. Assim como os quilombos paraenses, mesmo com auxílio de programas de transferência de renda do governo e aposentadorias e benefícios, estas fontes são insuficientes para garantir o acesso aos serviços de saúde alopáticos, em virtude dos gastos com todos os valores agregados a estes serviços. As principais despesas são: alimentação, transporte (rodoviário e/ou fluvial), acomodações, medicação e os constantes retornos às unidades de atendimento. Para os autores, isto se dá em virtude da ausência de políticas públicas que promovam alternativas econômicas compatíveis com a diversidade cultural e ambiental, capazes de proporcionar o desenvolvimento sustentável dos quilombos e seus territórios.

Travassos & Castro (2008) e a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), apontam as barreiras financeiras como responsáveis por aumentar as desigualdades sociais do acesso aos serviços pois, são desfavoráveis aos mais pobres, reiterando que o fator socioeconômico esteja fortemente associado aos resultados de saúde e às iniquidades, que derivam em diferenciais de exposição, vulnerabilidade e conseqüências, de acordo com a posição social ocupada pelos indivíduos e grupos sociais.

O fator econômico tem importante relação com o cultural, pois a disponibilidade de recursos materiais e humanos no seu próprio território, associado à rede de relações sociais que se transformam em capital social, facilita o acesso aos serviços tradicionais de saúde. Segundo a CNDSS (2008), o capital social é o conjunto das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos de pessoas que se mantêm em contato e estabelecem vínculo social. Este capital social é fortemente percebido tanto nos serviços tradicionais de saúde, mas também para a procura por serviços alopáticos, pois na falta de um transporte regular nos quilombos, há certa especulação no valor da passagem, que varia conforme as condições da estrada durante o período do ano e/ou conforme o capital social entre o morador e os donos de moto-táxi, vans, ônibus, barcos e rabetas.

Quanto à análise do acesso a partir de uma reinterpretação de modelos de assistência em saúde, construídos historicamente do ponto de vista da gestão e planejamento dos serviços de saúde (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; ASSIS et al, 2003; COELHO, 2008; CASTRO & TRAVASSOS, 2009; JESUS & ASSIS, 2010) repercutem nos problemas visualizados em cada quilombo. De acordo com esta análise, foi possível demonstrar que os gestores planejam



os serviços a partir de modelos cujo principal componente é a busca pelo equilíbrio financeiro entre a oferta e a demanda, o que não é feito com êxito pois há sérios problemas na garantia do acesso aos serviços como política de saúde, notável principalmente na tentativa de organização da rede assistencial, sem conseguir construir um diálogo entre o tripé sujeito-serviço-gestão.

Os três municípios responsáveis pelo planejamento do acesso aos serviços de saúde aos quilombos estudados, não conseguiram, mesmo após mais de vinte anos de implantação do SUS e das propostas de gestão participativa, avançar para modelos fundamentados na dimensão política e simbólica do planejamento do acesso e da acessibilidade aos serviços.

Os modelos usados pelos gestores municipais são limitados e não permitem promover a equidade na saúde no sentido de eliminar a desigualdade social, mantendo esta parcela da população na invisibilidade perante a responsabilidade do poder público com a construção de uma política de saúde integral ao negro. Mas, estas formas de gestão municipal representam um formato possível de gestão diante da política nacional de financiamento do SUS, cuja lógica do pagamento por produção mantém a concentração de recursos nos territórios que detêm o número maior de serviços e equipamentos de saúde.

Para Oliveira (2008), estas contradições encontradas demonstram o quanto é difícil conciliar o interesse significativo dos vários atores devido à falta de recursos fiscais e institucionais à disposição. O que gera, para o autor, constantes crises econômicas e institucionais, pois a dificuldade está em estabelecer uma política estrutural inclusiva que conviva com a tensão entre manter os resultados em níveis considerados suportáveis e, ao mesmo tempo, canalizar as demandas de uma forma que se mostrem compatíveis com os recursos disponíveis. Ainda, segundo o autor, a proposta mais adequada para realidade amazônica é fazer uma distribuição per capita incorporada à relação por km<sup>2</sup> da região.

A lógica atual de financiamento reforça a desigualdade regional, a iniquidade e não possibilita que regiões do país com índices de desenvolvimento econômico e social abaixo da média nacional acompanhem o padrão de desenvolvimento das áreas mais ricas. Isso mantém os serviços menos acessíveis aos mais variados grupos sociais, mas principalmente às parcelas da população mais vulneráveis, pois os gestores municipais privilegiam a racionalidade e a eficiência econômica em detrimento da equidade (OLIVEIRA, 2008).

## **CAPÍTULO VII.**

### **DIMENSÃO CULTURAL**

Desce do espaço imenso, ó águia do oceano!  
Desce mais ... inda mais... não pode olhar humano  
Como o teu mergulhar no brigue voador!  
Mas que vejo eu aí... Que quadro d'amarguras!  
É canto funeral! ... Que tétricas figuras! ...  
Que cena infame e vil... Meu Deus! Meu Deus! Que horror!

Castro Alves

Esta, sem dúvida, é uma dimensão de natureza gigantesca, entretanto, os aspectos relacionados aqui são os de relevância para análise da categoria principal, o acesso aos serviços de saúde a partir da experiência em campo com alguns aspectos culturais dos quilombos. Duas linhas de cuidados foram apontadas nesta dimensão, a primeira delas, é que chamo de Linha de Cuidado Medicalizadora, que se dá através do uso de ervas e plantas típicas da Amazônia, assim como práticas da automedicação. E a segunda, a Linha de Cuidado Personalizado, que se desenvolve na procura de pessoas na comunidade que proporcionem cuidados de saúde, que são na sua maioria conhecidas como pajé, pai de santo, parteiras e benzedeadas. Em África/Laranjituba e em Mangueiras estas linhas interagem, entretanto, em Santo Antônio/Foz do Cravo, a Linha de Cuidado Medicalizadora é mais forte.

A falta de assistência de saúde regular e as distâncias dos centros dos três municípios em questão favorecem para que África/Laranjituba mantenham a tradição dos serviços de cuidado e de cura ofertados pelos pajés, benzedeadas e parteiras tradicionais. Estes, adotam uma perspectiva terapêutica de acordo com a dinâmica sociocultural do local, considerando os recursos dos quilombos. Tais práticas são percebidas em todos os quilombos estudados, no entanto, optou-se por seguir uma análise das particularidades de cada quilombo destacando-se a relação destes saberes com a oferta dos serviços de saúde.

Cuidado como fruto de um saber compartilhado é o processo que Boff (2001, p.19), denomina de “um outro modo de ser-no-mundo”, onde a relação não é de domínio, mas de convivência, não apenas de pura intervenção, mas de interação e comunhão. Portanto, neste caso o cuidado é um processo em busca do fim, a cura (GALLI, 2009). Ambos percebidos nas relações entre os moradores e os curandeiros, benzedeadas e parteiras.

Que benza? tem a minha comadre, mora aqui no ramal, tem um senhor que é o Sr. Dibia<sup>59</sup> que ele é dali do Laranjituba, quando criança tá doente aí a gente corre pra lá, e o seu Jorge, o cantor velho nosso, ele é muito bom pra benzê, quando a gente ta com dor de cabeça assim, pode ir lá. Kabisa, 51 anos, moradora e coordenadora da Pastoral da Criança.

Tem o tio Dibia, seu Dibia, o tio Teco é gente boa, égua tu é louco ele é gente boa, ele é o cara ele, ele resolve muita coisa se não fosse ele nós tava lascado. Criancinha ta com diarreia assim é o Tio Dibia que vai lá, se o Tio Dibia não der jeito chama a ambulância, aí não tem jeito tem que levar mesmo. (Nizam, 37 anos, morador da Vila Caeté e servidor público de Moju.)

Eu apenas sou parteira só, eu pego neném eu, (...) o meu dom é esse né minha filha, me chama aí eu vou pegar, eu tenho filho que já ta assim olha. (Amira<sup>60</sup>, 65 anos, moradora e parteira tradicional.)

Os ACS's os representantes oficiais de serviços de saúde do Estado ou da medicina alopática, fazem uso dos religiosos por, ter neles, um instrumento opcional, não apenas complementar, mas importante do sistema de saúde para alcançar cuidado e cura da população. Para Borba & Macedo (2006) e Brasil (2006), a busca por religiosos e pelo uso das ervas para fins medicinais se dá, principalmente, pelo grande número de espécies encontradas em todo o país, e para Rodrigues Neto et al (2009), também se dá por representar a única solução para quem não tem acesso aos recursos da medicina alopática.

A prática da fitoterapia compõe a política do SUS, através da Portaria 971/2006, que estabelece a Política Nacional de Práticas Alternativas e Complementares (PNPIC), que caracteriza esta terapêutica pelo uso de plantas medicinais em diferentes formas farmacêuticas, reconhece nesta prática uma arte de curar com formas de tratamentos de origem muito antiga e relacionada ao acúmulo de informações por sucessivas gerações, e que tal abordagem incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social, o que Oliveira (2006, p.9) chama de “protagonismo social”.

A PNPIC coloca esta e outras práticas na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado contínuo, humanizado e integral em saúde, para contribuição na ampliação do acesso e resolubilidade aos SUS. Entretanto, tais práticas, aqui identificadas como importantes linhas de cuidados dos quilombos, não são incorporadas pelos profissionais de saúde, por ter no seu processo de formação o caráter positivista e a lógica da indústria farmacêutica, como vimos na dimensão funcional.

---

<sup>59</sup> Curandeiro, de origem Iboi na Nigéria.

<sup>60</sup> Princesa, de origem Suahili no Quênia- Tanzânia.

Entretanto, a relação com a religião de matriz africana não é, na sua maioria, bem aceita entre os moradores, e a principal característica de diferenciação do pajé para o pai de Santo são a presença do tambor no seu local de trabalho e a relação que o pai de santo tem com o bem e o mal, mesmo que o pajé tenha também uma ligação com o plano espiritual com o contato com os caboclos. Os moradores têm estes como categorias distintas. Como é bem caracterizado pelas falas a seguir:

(...) ele não usa aqueles negócios de trabalho que as pessoas de terreiro fazem né! Com tambor, com animal. Não tem essas cantorias. Não é pai de santo, é pajé né. Procuram eles, ele acende o cigarro dele, defuma o paciente né, dá aquela benzida dele, quando termina ele ensina o remédio né, se é mal olhado de bicho, se é quebranto né, porque ele cuida mais de criança, se quebranto ele diz que é quebranto, e muitas vezes só dele benze a pessoa melhora logo, ele ensina banho. Ele ensina defumação. (Atsu<sup>61</sup>, 62 anos, morador e presidente da associação quilombola.)

(...) a diferença é que o pajé ele nasce com aquele dom quando tem de ser e ele faz só o bem pra gente. Macumbeiro (...) ele faz o bem ele faz o mal também. aí a gente não tem muito papo com ele, aí é isso porque esses outros pajézinho né, quando ele já nasce com aquele dom, ele não tem aquele negócio de fazer descarga eles não fazem isso não. Eles só fazem o trabalho deles, esse pajé que a gente faz tem um negócio de um maracá, tem um fio que eles se amarram assim (faz gesto na cintura) e tem também umas penas que eles benze a gente, e vão baixando o caboclo (diminui o tom de voz) e aí eles se passam cachaça assim (faz gesto de passar algo nos braços, nas pernas), e fuma o cigarro pra defumar a gente pra fazer a cura né, já esse negócio de macumba né não é bom porque ele bebe sangue de galinha cru, ele come coisa cru e aí a gente não...e esses outros pajé não tem disso ele faz o trabalho dele parou, se eles não dão conta de curar a gente eles falam e mandam a gente procurar o Cará. (Kabisa, 51 anos, moradora e coordenadora da pastoral da Criança.)

Os pajés e as benzedoras têm o conhecimento das plantas e fazem orações ou rezas nas pessoas que as procuram. E seu conhecimento se deu no berço de sua família que geralmente já teve pai, mãe ou tia (o) que era pajé ou benzedora, com diferenciação de gênero, pois mulher não é pajé, mas benze, sem a incorporação das entidades espirituais, conhecidas como caboclos. A procura se dá, em sua maioria, para tratamento das crianças, cujas doenças espirituais (quebranto, mal olhado, encosto, espinhela caída) se manifestam fisicamente (diarréia, febre, sonolência, emagrecimento, agressividade).

(...) difícil eu levar as crianças lá. Quando tão muito ruim eu mando benze por aqui, (...) É o seu Dibia, é como a gente chama, é o remédio das crianças daqui, as vezes a crianças tão mufina com febre e ele benze e dá certo não é preciso tanto ta correndo pro médico, aquele que tem fé que acredita, aí ele

---

<sup>61</sup> Mais jovem de gêmeos, de origem Ewe em Gana na África Ocidental.

ensina, faz um banho de mato cheiroso e a gente junta esses mato cheiroso mesmo, e as vezes dá certo, só vai mesmo pro médico quando é uma coisa mais grave mesmo. (Oni<sup>62</sup>, 65 anos, moradora, foi professora da comunidade há 27 anos.)

É um conhecimento que vem de longa data né, como o Seu J, o meu irmão Dibia né, ele entende de remédio né, a minha mãe era parteira, a Dona Maicha<sup>63</sup> né. É família que tem dom mesmo, pras essas coisas. (Atsu<sup>64</sup>, 62 anos, morador e presidente da associação quilombola.)

Henrique (2009), descreve alguns dos elementos da pajelança amazônica, tais como uso da cachaça em rituais, tanto como bebida como para uso de limpeza corporal, o cigarro de Tauari, usado exatamente como é descrito por Dona Kabisa, para defumar. Estes e outros elementos descritos são usados também em cerimônias de religiões de matriz africana.

Entretanto, o objetivo aqui não é o de considerar o embate desta concepção, mas a questão do uso destes rituais e a procura destas pessoas nos quilombos na busca por cuidado e cura, e a oferta por serviços bem mais amplos do que o sistema de saúde oficial, pois envolvem crenças religiosas, conhecimento da natureza, das relações sociais, das trocas econômicas, cerimônias e participação da comunidade, envolvendo as duas linhas de cuidado, a Medicalizadora e a Personalizada. Nas figuras a seguir, são mostrados elementos da religiosidade de matriz africana e um exemplo de tratamento para doenças, uma casca “de molho” na água natural para ser usada diariamente no tratamento de Diabetes.



Figura 28: Elementos que representam entidades da Religião de Matriz Africana;

<sup>62</sup> Nascida em um território sagrado, de origem Ioruba na Nigéria

<sup>63</sup> Vida, de origem Suahili no Quênia-Tanzânia.

<sup>64</sup> Mais Jovem de gêmeos, de origem Awe em Gana.



Figura 29: Casaca de Mamorama e Caju “de molho” na água natural;

Em Santo Antonio/Foz do Cravo, a Linha de Cuidado Medicalizada, é mais presente, não pelo uso de plantas medicinais, mas pela prática da automedicação. Pois este quilombo é o que menos faz uso de plantas medicinais entre os moradores e dos serviços de cuidado e cura dos pais de santos e benzedeiros. Os próprios moradores reconhecem esta perda dos saberes tradicionais.

A gente fazia os remédios caseiros né, a gente usava mais os remédios caseiros que os mais velhos ensinavam né (...). Aí depois que eu comecei a ter os meninos, que eu me casei, tinha um posto lá em Bujaru né e a gente começou a ir lá, aí começou a se tratar no posto, e aí foi deixando mais as ervas. (Shani, 61 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

Não, diretamente não, porque às vezes os remédios caseiros, é uma cultura que a gente pode dizer que fazem parte dos nossos princípios, são nossas raízes, mas a gente percebe também que o remédio da farmácia ele quebrou ta entendendo? Ele quebrou muito com esse uso que a gente tinha, essa cultura, eu posso dizer de usar mais o remédio caseiro. Porque eu lembro que antes a gente ajudava nas comunidades a fazer canteiro pra cultivar as ervas caseiras e hoje parece assim que tá ficando nos esquecimento, dá uma dor vai corre pro hospital, da alguma coisa vai e corre pro hospital (...). (Aisha, 58 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

Às vezes, é muito difícil a gente usar aqui, eu mesmo não uso, é muito difícil, (...), mas é assim quando às vezes as pessoas sente alguma coisa assim, vai no comércio e toma alguma coisa, tipo anador assim qualquer coisa e toma, pra evitar de tá saindo e dá logo um jeito na dor né, mas aquilo é momentâneo né (...). (Nena, 21 anos, moradora.)

A diminuição do uso tradicional de plantas medicinais e de práticas mágico-religiosas, não é resultado de melhor acesso aos serviços públicos de saúde. Segundo Helman (2009), isto se dá pelo fato das pessoas terem crenças leigas sobre a estrutura, o funcionamento do corpo e sobre a origem, a natureza da doença e ser permitido o uso de medicamentos sem consulta médica que lhes favorece se automedicar, caracterizando o seu itinerário terapêutico no setor informal na assistência de saúde. Annichino et al. (1986), apresentou que a explicação para o não uso de plantas medicinais se dá, talvez, devido ao aumento do acesso da população às especialidades farmacêuticas nos últimos anos, o que se dá em Santo Antônio/Foz do Cravo por meio da disponibilidade para venda de antiinflamatórios e analgésicos livremente em espaços comerciais dentro dos quilombos conhecidos como “mercadinho” ou “venda”.

Entretanto, os próprios moradores sabem que isso é uma perda do ponto de vista cultural e também para a saúde, mas também sabem o caminho para possíveis soluções.

E eu acho que deveria ter mais um incentivo por parte dos agente comunitários de usar mais os remédios caseiros, porque a gente tá perdendo, cada dia que passa a gente tá perdendo. (Aisha, 58 anos, moradora e liderança da ARQUINEC.)

Reconhecer estas práticas como um recurso é fundamental na promoção da saúde, de modo a garantir a participação ativa e questionadora dos moradores em busca de opções terapêuticas capazes de agir em favor dos seus próprios interesses e desejos de saúde, no sentido de promover ações de saúde fundamentadas também em saberes tradicionais e populares como uma prática opcional e não apenas alternativa e/ou complementar da medicina alopática.

Mangueiras é o quilombo onde as duas linhas de cuidados são mais fortes e importantes no cenário de cuidados em saúde dos moradores. Helman (2009), assevera que nas sociedades modernas há um pluralismo médico, que corresponde ao conjunto de alternativas de assistência de saúde disponíveis e/ou procuradas, em que os indivíduos com problemas de saúde que buscam explicações, diagnósticos e tratamento, anseiam por alívio de seu sofrimento e recorrem à diversas alternativas existentes. Essa busca na Amazônia dá-se historicamente, segundo Funes (1995), na união rica de saberes e práticas entre os negros e índios escravizados. Na região amazônica, com sua diversidade de ervas e plantas usadas para fim de cuidado com a saúde, maiores são os modos de uso delas e é inevitável que estas sejam as principais e mais usadas vias de assistência em saúde.

Kleinman (1980) *apud* Helman (2009) identifica três os percursos ou os itinerários terapêuticos das pessoas na busca por assistência de saúde, que são: o setor informal, o popular e o profissional. Sendo o informal toda terapêutica não-paga, e a família é a sede primeira desta assistência e, os principais agentes são as mulheres. Outro exemplo desta modalidade de assistências de saúde são os grupos de auto-ajuda, nos espaços de associações, organizações, grupos de igrejas, onde são encontrados indivíduos considerados fontes de aconselhamento à saúde. Mais que os demais de certa comunidade, estas são pessoas com muita experiência em certo tipo de tratamento ou em alguma atividade e suas credenciais são suas próprias experiências, mais do que instrução, status social de poder naquele meio.

A alternativa popular é desenvolvida por indivíduos que se tornam especialistas em métodos de cura, envolvendo ações que visam a recuperação definitiva, tais como curandeiros, representando as mais diversas denominações que existem. A alternativa profissional corresponde à rede oficial de assistência de saúde de um país, que corresponde os profissionais de saúde, as unidades e os hospitais (HELMAN, 2009).

Estes percursos descritos por Kleinman são realizados pelos moradores de Mangueiras, com algumas particularidades, pois o setor informal e o popular interagem entre si, pois a busca primeiramente por familiares, na sua maioria pelas mulheres, se dá por conhecimento a respeito do uso de ervas ou de rezas. É comum ter entre os moradores e/ou familiares mais velhos, aqueles que rezam para curar.

(...) A gente aprendeu como os nossos pais, com os nossos avós, essas coisas vêm passando de muito tempo, de pai pra filhos e netos. (...) Esses chás, as fricções, os remédios caseiros, a mexer com as ervas da mata, a benzê as crianças, essas coisas todas que a gente tem feito e graças a Deus tem dado certo. Mas agora quando não ta resolvendo a gente corre no pai X, que é pajé mesmo de dom mesmo, não de ofício, não aprendeu com ninguém é de nascença mesmo, agora só se ele não der jeito mesmo é que a gente vai pro doutor, até porque quando não é pra eles, eles falam “olha é pra capa branca”, capa branca é doutor, sabe?!(...) (Rozi<sup>65</sup>, 72 anos, benzedeira.)

Os cuidados e serviços de saúde a partir dos conhecimentos tradicionais não seguem um fluxo rígido ou previsível, mas têm um caráter pessoal e subjetivo na busca pela assistência em saúde seja informal, popular ou de profissionais que estejam mais próximos, sejam viáveis economicamente e culturalmente aceitas.

Os saberes e práticas tradicionais de atenção à saúde, que envolvem as duas linhas de cuidados identificadas, são cuidados diários, seja a partir da floresta como matéria-prima para os remédios da Linha de Cuidado Medicalizadora, seja da Linha de Cuidado Personalizada

---

<sup>65</sup> Quer dizer flor, de origem Suarili no Quênia-Tanzânia.



que se dá como orientação dos religiosos de Mangueiras a partir do seu conhecimento. Os “serviços” ou cuidados têm o caráter da prevenção das doenças, da promoção da saúde e do tratamento.

(...) eu aqui é difícil eu adoecer, como eu já tive esses problemas de pulmão eu não fico mais sem meu mastruz com leite de Amapá, e se essas crianças já tão começando a gripar eu dou logo um banho de cabeça, e assim a gente vai vivendo. (Rozi, 68 anos, moradora.)

Ele (pajé) ensina o remédio pra gente e qualquer coisa é só ir no quintal, no mato né, e faz como ele ensinou, toma direitinho, que a gente já tem o nosso remédio né. Agora também é bom de vez ir lá pegar um passe né, pra se proteger. (Pandu, 53 anos, morador e membro da associação quilombola da comunidade.)

Ah isso a gente faz pra não dá quebranto nas crianças, mal olhado essas coisas, porque tem gente, ou bicho mesmo que coloca quebranto. Aí a gente faz pra colocar no pé da criança, coloca semente da pimenta malagueta, pena de arara, alho, osso de lincornia, azougue e um pano pra prender. É pra afastar os espíritos ruins da criança. (Jasira<sup>66</sup>, 36 anos, moradora.)

Os diagnósticos e tratamentos têm um caráter cultural importante, pois além de resolutivos para os problemas apresentados pelos moradores, são aceitos pela comunidade, embora ignorados pelo saber científico. Quebranto, mal olhado, dentre outros, para a comunidade, a origem do tratamento é menos importante que a sua eficácia no alívio de seu sofrimento (HELMAN, 2009).

A minha foi o seguinte, quando a gente foi pra tomar banho no rio, tinha aqueles tralhotinhos né, aqueles peixinhos né, a gente começou a jogar pedra, jogar pedra neles, então quando eu vim de lá, comecei a sentir uma forte dor no ouvido, sabe?! aí eu fui com um senhor que é Pajé, ele disse que era uma flechada que o peixe tinha colocado em mim, entendeu?! aí ele marcou o dia do trabalho e lá ele tirou, ele tirou tipo um esporãozinho, tipo um esporão de peixe de dentro do meu ouvido.(...) Tirou de dentro mesmo, eu vi, eu tinha até um tempo desses dentro de um vidro com álcool, mas agora eu não tenho mais. Quando ele tirou a dor passou totalmente na mesma hora. (Abdul<sup>67</sup>, 37 anos, morador e servidor público municipal da saúde.)

A fala do servidor da saúde, que é morador da comunidade, portanto reflexo dos aspectos culturais da mesma, traz o que Oliveira (2004), descreve como práticas rituais relacionadas à busca do equilíbrio interno, do equilíbrio com a natureza e da purificação do estado de alma. É, portanto, um sistema que incorpora a espiritualidade como elemento indissociável do conceito de saúde.

<sup>66</sup> Corajosa, de origem Suarili no Quênia-Tanzânia.

<sup>67</sup> Servidor do Senhor, de origem Suarili no Quênia-Tanzânia.

(...) eu nunca falei, por que tem o lado do preconceito, é preconceituoso, porque cada um tem que ir com aquilo que gosta, com aquilo que acha que é melhor né, o problema que esses doutor não entende isso. E ai, eu nem falo porque se eu falar vai ter preconceito, porque há algum tempo atrás, é porque é o seguinte, aqui o pessoal tem um sistema de quando sair colocar alho no bolso, e aí quando eu fui consultar o meu filho no hospital e eu uso, aí quando eu entrei no consultório eu esqueci de tirar, aí o médico disse "o que é isso?" eu falei, é alho que eu coloquei no bolso pra não dá quebranto, ele saiu gritando "que loucura é essa, isso é a maior burrice, pode dá alergia", esses negócios, entendeu?! Ele fez um bicho de sete cabeças, então aqui a gente usa pra proteger e lá no meio deles é besteira. Na medicina eles acham que isso é nocivo. (Jasira, 36 anos, moradora.)

Estes rituais de cura são frequentes em Mangueiras, onde há dois moradores que são Pais de Santos, apesar deles terem métodos diferentes de rituais bem conhecidos pelos moradores, como um usa tambor, o outro só usa o canto sem tambor. Mas, ambos fazem rituais de cura para os males físico-biológicos e espirituais. A figura a seguir registra um destes rituais de cura. Trata-se de uma moradora que procurou ajuda do “Caboco” Raimundo para ter a cura de um problema no estomago.



Figura 30: Ritual de Cura, “Caboco” Raimundo pisando em cacos de vidro de uma garrafa de vinho usado para banhar a sua devota e desta forma curá-la;

A questão da relação entre saberes e práticas locais com o saber tido como científico pelos profissionais é mais bem aceita quando se refere ao uso de ervas e plantas. O uso dos rituais e crenças de ordem religiosa africana, que acontecem em espaços como terreiros nos

quintais das casas, não são bem aceitos pelos profissionais de saúde e os moradores evitam comentar com estes, por temer serem motivo de preconceito.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde isso fica mais claro, pois o uso da ervas como práticas de cuidado e alternativa na busca por serviços de saúde é aceito, visto que estes têm conhecimento dessas práticas, mas a relação que Manguieiras tem com a sua religiosidade de origem africana é completamente ignorada.

Ocorre que a formação dos profissionais de saúde é majoritariamente positivista, e a espiritualidade não faz parte do seu treinamento. Não há como aceitar a proposta conceitual da saúde com a espiritualidade sem rejeitar as bases fundamentais da ciência como ela é entendida na sociedade ocidental, capitalista e neoliberal. A inserção da espiritualidade se constitui em uma ameaça a uma hegemonia biologicista filosófica, a uma estrutura construída, definida e cristalizada de poder, pois propõe um sistema de protagonismo social. “Ela se revela, assim, em sua natureza política e explica-se, até certo ponto, sua estigmatização, sua inaceitabilidade, sua ameaça e rejeição” (OLIVEIRA, 2004, p.9).

(...) não tenho esse conhecimento da cultura deles, eu nunca cheguei próximo assim dessas coisas, porque o meu trabalho aqui é atendendo a atenção básica, o que eles chegam pra mim e falam o problema deles, a gente vai conversa e a gente tenta resolver, mas a questão que já envolve a cultura essas tradições deles eu nem tenho conhecimento sobre isso. Assim, na zona rural eles sempre falam, ah eu to sentindo isso, eu tomei chá de tal, de determinada planta, eu digo ah tá, eu não recrimino,(...) eu não tiro a crença deles não, não interfiro na crença deles não. Tipo nos casos de as mulheres com problema ginecológico, elas falam olha eu tomo muito garrafada, eu digo ah tá, não ta sentindo nada? não senti que melhorou, então ta bom,ai eu faço meu trabalho independente disso. (Haiba, 27 anos, servidora pública municipal da saúde.)

A fala dos profissionais de saúde que atendem a população revela que a proposta de construção de novos paradigmas propostos pela reforma sanitária e pelo SUS, através da implantação da Estratégia de Saúde da Família, não é capaz de transformar as práticas dos profissionais, que não vêm como importante a apropriação da cultura local como veículo para construção de vínculo e para a mudança das condições de saúde e doença da população.

Ainda sobre a questão cultural da religiosidade de matriz africana, a questão do preconceito religioso por parte dos gestores do município marcou fortemente a comunidade. Durante o ano de 2009 houve uma intervenção do Ministério Público do Estado do Pará, quando o prefeito e a secretária de educação foram condenados por discriminação e intolerância religiosa.

Os professores da escola de Mangueiras realizaram trabalhos cujos temas eram sobre diversidade e tolerância religiosa, sobre a história e cultura negra, assim como o resgate de status da comunidade enquanto quilombola. Isso gerou a exoneração dos professores e na perseguição de um representante do segmento afro-religioso que contribuiu com o trabalho e foi oficialmente convidado pela Secretaria de Administração para deixar sua residência e ainda teve o alvará de funcionamento de sua loja revogado.

Os moradores contam sobre a presença de outdoors da prefeitura nas ruas do município, com as frases “Glória a Deus - Tudo posso naquele que me fortalece”, eles atribuem todo o lamentável ocorrido ao fato do prefeito e toda sua família serem protestantes. Entretanto, o Ministério Público do Estado condenou e determinou a retirada dos outdoors das ruas, a reintegração dos professores e o restabelecimento da licença de funcionamento da loja do morador.<sup>68</sup>

A situação deixou os moradores, num primeiro, momento pouco à vontade para falar no assunto. Tal problemática não interferiu diretamente na sua crença ou nas suas práticas. Porém, falar a respeito de sua religiosidade é evitado, como defesa para evitar situações constrangedoras e de preconceito. A dimensão cultural tem grande envolvimento com a funcionalidade dos serviços, pois a busca pelos serviços de saúde, sejam formais e alopáticos (ofertados pelo Estado) ou informais e tradicionais (disponíveis a partir dos recursos da comunidade, como as ervas e os religiosos) se dá pela concepção subjetiva de saúde, doenças e processo saúde-doença-cuidado como realidades socioculturalmente construídas.

A dimensão cultural deste estudo concentrou-se em duas linhas de cuidados, que emergiram e foram caracterizadas anteriormente, e nos aspectos relevantes para o acesso e acessibilidade aos serviços de saúde dos quilombos.

Nesta dimensão, emergiu a questão dos serviços de saúde como oferta não só do Estado, mas também do próprio quilombo, pois a procura por serviço de curandeiros, pais de santo, parteiras, dentre outras pessoas de referência na cura e no cuidado no quilombo, é uma opção resolutive biologicamente e culturalmente, uma vez que alguns problemas de saúde apresentados pelos moradores são ignorados pelo saber científico, e, ainda mais viável economicamente para os quilombolas. Portanto, esta forma de cuidado e de cura consegue avançar para além do tratamento de doenças, mas para o sentido da prevenção destas e promoção da saúde, envolvendo a família e a comunidade nos seus serviços.

---

<sup>68</sup> As informações foram divulgadas também pelo blog de um Marajoara ativo politicamente e que tem um site que dentre outras coisas faz diversas denúncias de toda região da ilha do Marajó. Pode ser visto em: <http://dariopedrosa.com>. Acessado em 23 de novembro de 2010.

Emerge, então, a questão do itinerário terapêutico, que segundo Helman (2009), trata-se do percurso individual em busca de ter suas necessidades de saúde e de cura satisfeitas. Primeiramente se dá no setor informal cujo maior representante é a família, seguido pelo setor popular, representado pelos mais diversos tipos de curandeiros, e por último o setor dos profissionais de saúde.

Nos três quilombos, não foi percebido este fluxograma, frequente e muito comum a outras sociedades, o que se dá devido a sua dinâmica sociocultural de ter, no seio familiar, os curandeiros, benzedeiras e pais de santos. A procura pelos serviços de saúde do Estado se dá em virtude, primeiramente, desta ser a opção imediata de serviços de saúde, representando cuidado e cura aos males físico-biológicos e espirituais. O encaminhamento destes cuidados dos quilombos se dá sem que isso atinja negativamente a relação de confiança entre eles, pois representa não apenas cura, mas um cuidado cotidiano, o que implica na participação ativa questionadoras dos sujeitos e da comunidade em todas as ações e serviços de saúde ofertados pelo Estado.

Em África/Laranjituba e em Mangueiras, nota-se que as práticas tradicionais dos pais de santos, pajés, benzedeiras e rezadeiras são representadas como cuidado e cura. Estas práticas são reconhecidas e vinculadas essencialmente como cuidados, pois mesmo quando não conseguem resolver e/ou encaminham para o “capa branca” (médico) não perdem sua credibilidade como serviços de saúde, ao contrário, continuam sendo referências para tratamentos de problemas tanto físico-biológicos como espirituais, pois estes cuidadores e curadores dos quilombos oferecem um diagnóstico e tratamento para questões que são ignoradas pela ciência, tais como quebranto, mau olhado, encosto, espinhela caída, dentre outros. Estas questões foram encontradas também nos estudos de Helman (2009) sobre pluralismo médico.

A dimensão cultural permitiu visualizar a divisão de serviços de saúde, alopáticos e tradicionais. As práticas tradicionais são consideradas pelos quilombolas serviços de saúde por serem resolutivas, e também contínuas, disponíveis, acessíveis aos moradores, ou seja, por terem um caráter acolhedor, uma visão integral da saúde com os aspectos culturais e sociais, além de serem viáveis econômica, geográfica, cultural e funcionalmente.

Ainda dentro da dimensão cultural, destacam-se o preconceito e a intolerância étnico-religiosa como o que aconteceu em Mangueiras, onde se verificou o racismo institucional de maneira explícita. Não foi o objetivo deste estudo avaliar o impacto do episódio para a saúde dos quilombolas, mas cabe destacar que ele representou mais uma das barreiras no acesso aos serviços de saúde do município, pois diminuiu o diálogo dos moradores com os gestores e os

afastou do serviço, fato que foi revelado apenas depois de se estreitar a relação com os residentes, que evitam falar sobre a situação que lhes causou considerável constrangimento, além de atingir negativamente a construção de sua identidade como quilombola.

Quanto ao uso de plantas medicinais, este é mais bem aceito, mas não é colocado e valorizado pelos serviços alopáticos como uma opção viável de cuidado e de cura aos moradores e de importância para sua identidade cultural e como parte do “protagonismo social” (OLIVEIRA, 2006), no sentido de reforçar estas práticas como parte importante da sua memória cultural e representar o acúmulo da sabedoria de sucessivas gerações, desenvolvimento comunitário, solidariedade e participação social na saúde. Estas práticas não são incorporadas pelos profissionais, por estes terem sua formação de caráter positivista e baseada na indústria farmacêutica.

Destaca-se em Santo Antônio/Foz do Cravo a automedicação como uma prática frequente entre os moradores como um das primeiras opções de soluções de seus problemas de saúde em virtude das dificuldades de acesso aos serviços alopáticos. Viera (2010), em estudo de uma população rural, no município de Jequitinhonha em Minas Gerais, encontrou a automedicação como a segunda causa para a população não procurar os serviços de saúde, sendo a primeira a falta de profissionais para atendimento, e outras causas, como a incompatibilidade dos serviços às suas necessidades, falta de dinheiro, horário de funcionamento do posto de saúde incompatível com a dinâmica da comunidade, a distância dos serviços de saúde e a dificuldade de transportes, resultados convergentes com os apresentados neste estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

(...) Que a brisa do Brasil beija e balança,  
 Estandarte que a luz do sol encerra  
 E as promessas divinas da esperança...  
 Tu que, da liberdade após a guerra,  
 Foste hasteado dos heróis na lança  
 Antes te houvessem roto na batalha,  
 Que servires a um povo de mortalha!... (...)

Castro Alves

Considerando a concepção ampliada de acesso aos serviços de saúde como sendo processo da experiência individual ou coletiva do sujeito no sistema de saúde disponível, que vai da entrada no sistema até os resultados dos cuidados recebidos, e acessibilidade como sendo os meios ou os instrumentos que possibilitam individual ou coletivamente o sujeito ter acesso ao sistema de saúde disponível (GIOVANELLA & FLEURY, 1996; ASSIS et al, 2003; COELHO, 2008; CASTRO & TRAVASSOS, 2009; JESUS & ASSIS, 2010), é possível extrair da análise dos quilombos investigados alguns aspectos.

O primeiro deles é a necessidade dos gestores, compreenderem a complexa territorialidade dos quilombos para o planejamento e monitorização do acesso e acessibilidade dos serviços, pelo gestor, para o profissional de saúde e para o quilombola, pois envolve a compreensão da dinâmica das relações sociais, econômicas e culturais que as comunidades quilombolas têm com outros municípios e seus serviços. A medida indicada é de ofertar serviços que trabalhem a vulnerabilidade deste grupo social, promovendo a equidade em saúde, além de fortalecer a identidade do morador enquanto negro e quilombola

O segundo é que a construção de um sistema de saúde com participação popular já é prevista na Lei nº 8142/90, através dos espaços dos conselhos de saúde nas três esferas de governo. Mas o processo de disputa política nos conselhos, principalmente na esfera municipal, associada à pouca formação política dos quilombolas, que até participam destes espaços, mas não conseguem apresentar as suas necessidades em saúde, dificulta tal participação. Dona Rayha<sup>69</sup> durante o VI Encontro de Mulheres Negras Quilombolas denuncia e reflete esta questão, “eu sou do conselho de saúde, mas não adianta a gente tá lá,

<sup>69</sup> De pouco luxo, de origem Suarili, no Quênia- Tânzania.

porque lá a gente não tem voz”. O discurso surgiu durante o debate dos resultados parciais desta pesquisa durante o evento, em que foram colocados os problemas apontados nas áreas de estudo e os diversos direitos que os quilombolas têm garantidos por lei, mas que não funcionam na prática institucional.

Portanto, os espaços institucionais do Estado não são o único, nem o principal meio para a conquista real dos direitos reconhecidos legalmente, mas sim a organização através da participação e parcerias com movimentos sociais a fim de fortalecer e formar politicamente estas comunidades. Como já o fazem, mesmo que a passos curtos, Santo Antônio/Foz do Cravo, mesmo com as dificuldades encontradas e as constantes negociações que se fazem com gestores na câmara municipal, através da associação dos moradores do quilombo e organização dos agricultores e apicultores de Concórdia e de outros municípios, como Bujaru.

Quanto à garantia da acessibilidade que envolve as grandes distâncias geográficas na Amazônia paraense, esta é uma barreira que dificulta e/ou impossibilita os quilombolas de terem acesso a muitos serviços de saúde. Percebeu-se que os serviços alopáticos são planejados sem considerar o potencial da via fluvial na região, o que seria amenizado pelo desenvolvimento de um sistema de transporte coletivo regular, rodoviário e/ou fluvial conforme a realidade de cada comunidade, facilitando o deslocamento dos moradores na busca pelo diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como para os profissionais de saúde no desenvolvimento de suas atividades e para a permanência destes profissionais no serviço.

No aspecto econômico, os quilombos estudados têm uma baixa renda familiar, pois dependem do trabalho como pequenos agricultores, das aposentadorias e dos programas de transferência direta de renda. Este fato é determinante na busca por serviços de saúde em função dos gastos gerados. Isto se reflete na procura, primeiramente, pelos serviços de saúde tradicionais, dos pais de santos, pajés, benzedeiros e rezadeiras, pois estes atendem a todos os critérios de acesso e acessibilidade de serviços de saúde. Entretanto, o sistema de saúde oficial baseado na alopatia não considera estas práticas de cuidado.

Os gestores não compreendem a concepção do princípio ideológico do SUS, a equidade em saúde, que segundo Kalckmann *et al.* (2007, p. 153), “os serviços de saúde devem oferecer tratamentos diferenciados e específicos para os desiguais, visando reduzir diferenças de vulnerabilidade”. Os mesmos gestores desconhecem a legislação do SUS, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e as portarias que garantem, além de implantação de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal para áreas quilombolas, o acréscimo de 50% dos valores repassados pelo governo federal a partir do cadastro deste tipo de equipe no sistema CNES. Eles não reconhecem a importância deste repasse como



reconhecimento das desigualdades em saúde e das barreiras do acesso e acessibilidade de comunidades quilombolas e assentadas, e que deve ser aplicado exatamente para diminuir estas barreiras.

Apenas um dos municípios realizou o cadastro desde 2007, os demais municípios não têm nenhuma equipe cadastrada. Abaetetuba, segundo o sistema, tem três equipes de saúde da família e uma de saúde bucal que atende área quilombola ou assentamento rural, mas a constante mudança dos gestores da saúde, que em média no município é de quatro a seis meses no cargo, faz com que o atual gestor desconheça que esteja recebendo as verbas, o que demonstra que não é possível analisar a cobertura deste grupo populacional com base apenas nos dados numéricos do sistema CNES.

A situação da rotatividade dos gestores da saúde representa a política partidária na região se sobrepondo ao compromisso social e ético de fazer saúde. Outro reflexo disto é modelo adotado no planejamento do acesso aos serviços, que se restringe ao modelo, Econômico e Planificador, demonstrando a falta de interesse em desenvolver serviços de saúde que consigam avançar em relação às expectativas da coletividade.

Os quilombolas que participaram do estudo refletem sérios problemas do acesso e acessibilidade enquanto política pública na gestão dos municípios investigados, uma vez que o modelo de saúde adotado não é um modelo que privilegia estes grupos sociais, privilegia sobretudo as questões financeiras.

Todas essas considerações permitem afirmar que não há uma política municipal, estadual e quiçá uma política nacional de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde, mas sim uma política nacional de oferta de serviços, pois não há uma preocupação dos gestores em garantir condições de acesso e oportunidade de acessibilidade. Este, possivelmente, não é um problema apenas dos municípios onde estão situados estes quilombos, uma vez que, em geral a preocupação principal da gestão é com a planificação do serviço a fim de garantir a oferta, apesar de ainda assim não conseguirem.

Esta política de garantir apenas a oferta dos serviços não agrega características multidimensionais que possibilitem a sua utilização da atenção básica até os cuidados recebidos em qualquer nível de complexidade da atenção a saúde. A oferta de alguns serviços de saúde se concentra nas sedes dos municípios e em forma de ações ou campanhas dentro das comunidades, sendo estes planejados de acordo com as necessidades dos gestores ou dos profissionais de saúde e não dos usuários. Desta forma amplia-se a vulnerabilidade social e atinge-se diretamente a saúde coletiva e individual, não permitindo avançar na concretização da Política Nacional de Saúde Integral à População Negra.

Estas contradições e incongruências do sistema de saúde no país estão relacionadas não apenas às características político-organizacionais da gestão de saúde, mas com a concepção que antecede o fazer saúde. Esta concepção está ainda muito mais atrelada ao processo saúde-doença do que a um sistema de saúde que seja um instrumento de transformação social, que sobrevive ou agoniza dentro de um sistema econômico que não concebe uma sociedade cuja prioridade seja a saúde.

Os problemas apontados nos quilombos potencialmente acontecem em diversos outros quilombos da Amazônia e do Brasil. A partir desta constatação, emerge a necessidade de se planejar políticas públicas nacionais, que garantam integralmente o acesso e a acessibilidade da assistência à saúde, desenhadas adequadamente para as necessidades das populações quilombolas, tendo como perspectiva uma lógica participativa e promotora da equidade em saúde, compatível com a dinâmica geográfica e sociocultural da Amazônia e do país.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEVEDO MARIN, R. E. **Herdeiros das terras de Deus Ajude, Salvaterra-Pará**. Projeto de pesquisa. Estudos e publicações sobre negros no Pará. Belém: NAEA/UFPa, 2006.

ACEVEDO MARIN, R. E. *et al.* **Quilombos de Irituia (Pará) em lutas pelo reconhecimento de direitos territoriais no século XXI**. Relatório Histórico-Antropológico de identificação de Comunidades Remanescentes de Quilombos no Município de Irituia-Pará. Belém: Associação de Universidades da Amazônia – UNAMAZ. Instituto de Colonização e Reforma Agrária –INCRA. Superintendência Regional (SR-01), 2008. p. 201-210.

ALMEIDA, A. W. B. Nas bordas da política étnica: os quilombos e as políticas sociais. In: BOLETIM INFORMATIVO - NUCLEO DE ESTUDOS SOBRE IDENTIDADE E RELAÇÕES INTERÉTNICA (NUER). Territórios quilombolas: Reconhecimento e titulação das terras. v. 2, n. 2, Florianópolis, NUER/UFSC, 2005.

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1998.

AMARAL, P. V. M; RODRIGUES, C. G.; SIMÕES, R. F. Distribuição da rede de ofertas de serviços na região norte: Uma análise espacial multivariada. In: JAYME Jr.; F. G., RIVERO, S.(orgs). **As Amazônias do século XXI**. Belém: EDUFPA, 2008.

ANDRADE, T. (org). **Quilombos em São Paulo: tradições, direitos e lutas**. São Paulo, IMESP, 1997.

ANNICHINO, G. P. *et al.* Medicina caseira em sete localidades da região de Bauru-SP. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 2, p.150-66, abr.-jun. 1986.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

AZEVEDO, A.L.M. **Acesso à atenção á saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada**. - Recife, 2007. Dissertação de Mestrado (mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Osvaldo Cruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BERNARD, H. R. **Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative approaches**. 4th Ed. Oxford: AltaMira Press, 2006.

BORBA, A. M; MACEDO, M. Plantas medicinais usadas para a saúde bucal pela comunidade do Bairro Santa Cruz, Chapada dos Guimarães, MT, Brasil. **Acta bot. Brás**, v. 20, n. 4, p. 771-782, 2006,

BUSS, P., PELLEGRINI, A. A iniquidade em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cad. Saúde Publ.**, v. 22, n. 9, p. 2005-2008, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Secretária de Políticas Públicas, 2000.

\_\_\_\_\_. **A saúde da população negra e os SUS: ações afirmativas para avançar na equidade**. Brasília: Ed. Ministério da saúde, 2005. p. 44-49.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Secretária de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Lei n° 8.080 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resoluções/Reso196.doc>>. Acesso em: 05 set 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei n° 8.143 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> Acesso em: 05 ago de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria 90 de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de Equipes Saúde da Família, modalidade I, e de Equipes de Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 18 jan. 2008. Seção 1, p.97.

\_\_\_\_\_. **Portaria 1.434 de 14 de julho de 2004**. Dispõe sobre mudanças no financiamento da Atenção Básica em Saúde, no âmbito do PSF. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portarias>>. Acesso em: 05 ago 2009.

\_\_\_\_\_. **Portaria 971 de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portarias>>. Acesso em: 19 ago 2010.

BRASIL. Secretaria Especial para Políticas de Promoção de Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola**. Brasília, 2005.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Chamada nutricional Quilombola, 2006**: resumo executivo. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2007. 7 p.

BRASILEIRO, A. B. H. **Rebatimento espacial de dimensões sócio-culturais**: ambiente de trabalho. Tese (doutorado)-UFRJ, PROARQ- Programa de pós-graduação em arquitetura. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

CABRAL, I. V.; TYRREL, M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER *et al.* (orgs.) **Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CABRAL, L. O. Revisitando as noções de espaço, lugar; paisagem e território, sob uma perspectiva geográfica. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, v.41, n.1 e 2, p.141-155, abril-outubro, 2007.

CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M. L., GUIAR, R. A. T. Reflexões sobre a Saúde da Família no Brasil: Desafios e Oportunidades. **Rev. Bras. S. da Família**, n. 6, p. 70-73, 2002.

CANESQUI, A. M. Os estudos da antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Cienc. & S. Coletiva**, v.8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CARDOSO, C. E. P. Acessibilidade - Alguns Conceitos e Indicadores. **Revista dos Transportes Públicos**, v. 112, p. 77-86, 2006.

CARDOSO, R. C. L. As aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. C. L.(Org). **A aventura Antropológica: Teoria e pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

CARVALHO, A. I de. Conselhos de saúde, responsabilização pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: DENEM, Escola de Saúde Pública e Governo do Rio Grande do Sul (Org). **Caderno de Textos do V Estágio Nacional de Vivência no SUS**. Rio Grande do Sul, 2002.

CAVALCANTE, I. M. S; NOGUEIRA, L. M. V. Práticas Sociais para a saúde no Assentamento Mártires de Abril na ilha de Mosqueiro-Belém, Pará. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n. 3, p.492-499. Set 2008.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: DENEM, Escola de Saúde Pública e Governo do Rio Grande do Sul (org): **Caderno de Textos do V Estágio Nacional de Vivência no SUS**. Rio Grande do Sul, 20002.

CHIAVENATO, I. **Gestão de pessoas: e o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. p. 61-95.

CLIFFORD, J. **A experiência etnográfica: antropologia e literatura na século XX**. In: GONÇALVES, J.R.S (org). 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2002.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. **As Causas das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

COELHO, I. B. As formas de pensar e organizar os sistemas de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 96-131.

CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais. Disponível em: <<http://www.conaq.org.br>>. Acesso em: 01 set 2010.

CONFALONIERI, U. E. C. A saúde na Amazônia: um modelo conceitual para análise de paisagens e doenças. **Est. Avançados**, v. 19, n. 55, p. 221-236, 2005.

CONILL, E.M. Política de atenção primária e reforma sanitária: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(sup), p. 191-202, 2002.

COSTA, R. de C. P. da. **Como uma Comunidade**: formas associativas em Santo Antônio /PA – imbricações entre parentesco, gênero e identidade. – Belém, 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – PPGCS, Curso de Antropologia, 2008.

CPISP, Comissão Pró-Índio São Paulo. Disponível em: < <http://www.cpisp.org.br>>. Acesso em: 16 mar 2010.

CRUZ, I. C. F. da. Escravismo, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? In: **Boletim de Informações de Saúde**, n. 31. São Paulo: dez. 2003. p. 23-26.

CUNHA, E. M. G. P. Evidências de desigualdades raciais na mortalidade infantil. In: **Boletim de Informações de Saúde**, n. 31, p.12-14. São Paulo, dez. 2003.

DAL'VESCO, M. F. População **Quilombola**: Ensaio para a inclusão dos (in) visíveis. Carazinho, 2006. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br>> Acesso em: 29 nov 2010.

DAMATTA, R. **Relativizando**: Uma introdução à antropologia social. Rio de Janeiro: Rocco, 1987.

FERREIRA, J. O corpo signico. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org). **Saúde e doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998.

FIGUEIREDO, M.D; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p.154-176,

FLICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, C. M; PORTO, M. F. **Saúde, Ambiente e Sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

FUNES, E. A. “**Nasci nas matas Nunca tive senhor**”: História e memória dos Mocambos do Baixo Amazonas - São Paulo, 1995. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. Departamento de história, Faculdade de filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo, 1995.

GALLI, L. M. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estud. Pesqui. Psicol.** v.9, n. 1. Rio de Janeiro, Abril, 2009.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Gaskel, G.; Bauer, M.W. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. Trad. Pedrinho A. Guareschi, 7ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p.64-89.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p. 177-198.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GOHN, M. G. **Teoria dos Movimentos Sociais: Paradigmas Clássicos e contemporâneos**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 2007.

GONDIM, G. M. M *et al.* **O território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. Disponível em: <<http://www.espjuv.fiocruz.br/upload/artcient/20.pdf>> Acesso em: 09 jun 2010.

GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, **Agenda estadual de saúde do Pará**, 2001.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 31, n.3, p.410-22, Dez. 1997.

GUERREIRO, A. F. H.; SILVA, D. O; TOLEDO, L. M.; GUERRERO, J. C. H; TEIXEIRA, P. Mortalidade infantil Remanescentes de Quilombolas do Município de Santarém- Pará, Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.16, n.2, p.103-110, 2007.

GÜNTER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psicologia: teoria e pesquisa**, v.22, n.2, p.201-210, mai-ago, 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução Ane Rose Bolner. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HENRIQUE, M. C. Folclore e Medicina Popular na Amazônia. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p. 981-998, out.-dez, 2009.

INCRA, Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Disponível em: <<http://www.incra.gov.br>>. Acesso em: 23 abril 2010.

JESUS, W. L. A.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 1, p. 161-170, 2010.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo Institucional: Um desafio para a equidade no SUS? **Saúde Soc**. São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007.

LEITE, Ilka Boaventura. Quilombos no Brasil. **Questões Conceituais e Normativas**. NUER/UFSC, v. 7, p. 1-38, 2000.

LEVI-STRAUSS, C. **O pensamento Selvagem**. Tradução Tânia Pellegrini. Campinas-SP: [S.n.], 1989, p. 155-182.

\_\_\_\_\_. Levi-Strauss nos anos 90. A antropologia de cabeça pra baixo. **MANA**, v.4, n. 2, p. 119-126, 1998.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. New York: Sage Publications. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6326/6/F-%20Cap%C3%ADtulo%203.pdf>>.1985. Acesso em: 17 set 2009.

LOPES, F. Raça. Saúde, raça e vulnerabilidade. **Boletim do Instituto de Saúde (BIS)**, n.31, p. 7-11, 2003.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné melanésia. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARQUES, J. A; MALCHER, M. A. **Território Quilombola**. Texto, Instituto de Terras do Pará. Belém: ITERPA, 2009.

MATTOS, C. L. G.; CASTRO, P. A. Análises etnográficas das imagens sobre a realidade do aluno no enfrentamento das dificuldades e desigualdades na sala de aula. In: BARBOSA, O. I.; ALVES, N.; BARRETO, R. G. **Pesquisa em Educação**: métodos, temas e linguagens. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 103-116.

MENDONÇA, C. S.; SAMPAIO, L. F. R.; LIMA, P. G. A, Saúde da família: Avanços, desafios e perspectivas. **Rev. Bras. S. da Família**, n.6, p. 66-69, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 9-29.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Públ.**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

O'DWYER, E. C. (Org.) **Quilombos**: identidade étnica e territorialidade. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade regional e o território da saúde na Amazônia**. Belém: ADUFPA, 2008.

PAIXÃO, M. Os indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) como instrumento de mensuração de desigualdades étnicas: o caso Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde (BIS)**, n. 31, p. 4-6, 2003.

PANNO, M. Caderno 4: História da ocupação da Amazônia. In: **Caderno do professor**: Tom da Amazônia. Rio de Janeiro: Fundação Roberto Marinho. Abr., 2005.

PASSINATO, R.; RETTL, K. I. O desenvolvimento Local Sustentável: A contribuição das comunidades quilombolas do Vale do Ribeira. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (Orgs.)



**Saúde nos Quilombos.** Sao Paulo: Instituto de Saude – SESSP; Sao Paulo: GTAE – SESSP, 2009.

PIANI, P. P. F. **Sobre a possibilidade de integração de saberes locais no SUS:** Um estudo sobre Mangueiras na ilha do Marajó, Pará. Tese de Doutorado. Universidade Católica de São Paulo. 2007

\_\_\_\_\_. Construção de Saberes em saúde: O tema da saúde da população negra nos documentos oficiais (1996-2005). **Paper do NAEA N°221**, UFPA, 2008.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. gênero, acesso e utilização dos serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 687-707, 2002.

PINTON, E. C. F. **Faces do Trópico Úmido:** Conceitos e novas questões sobre desenvolvimento e meio ambiente. Belém: Cejup: UFPA-NAEA, 1997.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULHO, T. I. A prática da integralidade nos modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, julho-set. 2007.

PROST, C. Troca de saberes tendo em vista uma gestão ambiental participativa. **GeoTextis**, v.5, n.1, 2009, p.165-180.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa Qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 278-283, abr-jun. 2007;

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional.** Tradução Reynaldo Marcondes. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002, p.1-29.

RODRIGUES NETO, J. F.; FARIAS, A. A.; FIGUEIREDO, M. F. S. Medicina Complementar e Alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Rev. Assoc. Med.** v. 55, n. 3, p. 296-301, 2009.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de la investigación.** México: McGraw-Hill, 1991.

SANTOS, M. **A natureza do espaço:** técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo. Hucitec, 1999, p. 16-25.

SEVALHO, G., CASTIEL, L. D. Epidemiologia e Antropologia Médica: A possível in (ter) disciplinaridade. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs). **Antropologia da Saúde:** Traçando Identidade e Explorando fronteiras. [S.l.]: Relumé-Dumará, 1999.

SILVA, H. P. A Saúde humana e a Amazônia no século xxi: Reflexões sobre os objetivos do Milênio. **Nov. Cad. NAEA/UFPA**, v. 9, n. 1, p. 77-94, 2006.

\_\_\_\_\_. A Amazônia está doente. **O Liberal**, Belém, 28 de agosto 2009. Caderno Saúde, p. 89-91.

SILVA, H. P. (Coord.). Universidade Federal do Pará. **Projeto de Pesquisa: Corpo Presente: Representações de Saúde entre Quilombolas e Políticas Públicas.** (Projeto submetido ao Edital Universal FAPESPA 003\2008). Belém: UFPA, 2008.

\_\_\_\_\_. **Relatório Técnico preliminar para Avaliação do Projeto: Educação na Prevenção às Doenças Nutricionais: Atuação Conjunta de Educadores, Profissionais de Saúde e famílias quilombolas do Pará de Campo.** Belém: mimeo, 2009.

\_\_\_\_\_. **Growth, Development, nutrition and health in Caboclo populations from of the Brazilian Amazon.** Ph.D. Dissertation. Columbus, OH: The Ohio State University Department of Anthropology, 2001.

SILVA, H. P.; JAMES, G. D.; CREWS, D. E. Blood pressure, seasonal body fat, heart rate, and ecology differences in Caboclo populations of the Brazilian Amazon. **Am. J. Hum. Biol.**, v. 18, p. 10-22, 2006.

SOUSA, M. A. **Movimentos sociais e sociedade civil.** Curitiba: IESDE Brasil S.A., 2008.

SOUSA, M. F. **Programa de Saúde da Família no Brasil – análise da desigualdade no acesso à atenção básica.** Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007

SOUZA, B. O. **Aquilombar-se: Panorama histórico, identitário e político do Movimento Quilombola Brasileiro.** Brasília, 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Sociais, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social-PPAS, Curso de Antropologia. Brasília, 2008.

SPRADLEY, J. P. **The Ethnographic Interview.** New York: Holt, Rinehart and Winston; 1979. p. 58-60.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, I. C. Reforma do Estado e reforma sanitária no Brasil In: DENEM, Escola de Saúde Pública e Governo do Rio Grande do Sul (Org): **Caderno de Textos do V Estágio Nacional de Vivência no SUS.** Rio Grande do Sul, 2002.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três Metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev. Esc.Enf. USP,** São Paulo, v.30, n. 2, p. 286-290, 1996.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008, p.215-243.

TRAVASSOS, C; MATINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2: S190-S198, 2004.

TRAVASSOS, C. Forum: Equity in acessto health care. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1159-1161, mai, 2008.

TRECCANI, G. D. **Terras de quilombo**: caminhos e entraves do processo de titulação. Sejup: Belém, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clinico-qualitativo**: construção teórico-epistemológico, discussão comparada e aplicada nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.

VIEIRA, E. W. R. **Acesso e utilização dos serviços de saúde de atenção primária em população rural do município de Jequitinhonha**. Minas Gerais, 2010. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado em Saúde e Enfermagem, 2010.

WIELEWICKI, V. H. G. A pesquisa etnográfica como construção discursiva. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 23, n. 1, p. 27-32, 2001.

## ANEXOS I

### 1. Termo de consentimento Livre e Esclarecido

#### **Corpo Presente: Representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas**

Responsável pelo Projeto: Prof. Dr. Hilton P. Silva

Endereço para contato : Laboratório de Antropologia da Universidade Federal do Pará, Cidade Universitária do Guamá, Belém. Tel/fax: 91-32018024, e-mail: [hdsilva@ufpa.br](mailto:hdsilva@ufpa.br)

Comitê de Ética em Pesquisa, CCS/UFPA. Complexo de salas de aula/ICS-sala13, campus universitário, nº1, Guamá, CEP: 66075-110, Belém, Pará, Tel/Fax: 91-32018028, e-mail: [cepccs@ufpa.br](mailto:cepccs@ufpa.br)

#### Termo Individual de Consentimento Livre e Esclarecido para Participar do Projeto de Pesquisa

Você e sua família estão sendo convidados a participar de um projeto de pesquisa. É importante que você entenda o significado deste projeto para decidir se vice deseja ou não participar. Eu vou descrever para você os objetivos da pesquisa, como ela será feita e qual é a parte da sua família no projeto. Você deve perguntar e esclarecer qualquer dúvida que tenha. Se você tiver perguntas depois que o projeto for iniciado por favor não deixe de nos informar. Os membros de nossa equipe têm a obrigação de lhe responder. A sua participação no projeto é voluntária e você pode deixar de participar, sem qualquer prejuízo, a qualquer momento que queira.

O Objetivo do Estudo: Estamos conduzindo um estudo sobre saúde, doença e cultura nas pessoas da sua comunidade. Você e sua família forma selecionados para participar deste estudo. O objetivo da pesquisa é buscar informações sobre o estado de saúde e nutrição de jovens e adultos de várias comunidades, como a sua e como vocês reconhecem e lidam com algumas questões de saúde e doença. Desta forma será possível entender melhor a situação de todas as populações quilombolas que vivem nesta região.

Procedimentos: Todo trabalho deve demorar aproximadamente meia hora por pessoa. Pedimos a participação de todas as pessoas da casa. Primeiramente nós iremos pesar, medir a altura, verificar a pressão arterial e fazer algumas outras medidas de cada participante para determinar a situação de nutrição e saúde de vocês. Depois um exame geral individual será feito por um médico, e então faremos algumas perguntas sobre o histórico de vidas, doenças passadas e hábitos de alimentação das pessoas da casa. Se possível, em algumas pessoas será feito uma pequena coleta de sangue para medição dos níveis de “açúcar”, “ferro”, “gordura” e análises genéticas. Finalmente pediremos a alguns membros da casa que respondam algumas questões sobre aspectos culturais, sociais e econômicos das pessoas que moram nesta casa. Pediremos também a algumas pessoas para usar um medidor de pressão arterial portátil por vinte e quatro horas. Nós gostaríamos de lhe pedir permissão para conduzir esta pesquisa na sua casa, com seus familiares. Todos os exames serão gratuitos.

Riscos e Desconfortos: Este projeto não apresenta nenhum grande risco para sua saúde ou de suas crianças. As medidas e os exames não doem, apenas a coleta de sangue causa um pouco de desconforto a sua informação individual e de família será mantida absolutamente confidencial. Apenas os membros do projeto terão acesso a estas informações.

Benefícios: Os benefícios potenciais para os participantes são a identificação de possíveis problemas de saúde, como pressão alta, diabetes e outras doenças. Qualquer problema

identificado será relatado a você para que tome as devidas providências. Quando possível nós tentaremos ajudar na solução do problema. Além disso, a participação desta casa nos ajudará a entender melhor como as pessoas da comunidade estão vivendo e como está a sua saúde geral. Ao final do projeto, os resultados das informações coletadas serão publicados como material científico e também repassados a comunidade e aos órgãos e instituições que trabalham com saúde nesta área, para que vocês e eles possam desenhar programas de saúde mais apropriados para as suas necessidades.

Você foi informado/Leu, este, suas dúvidas foram esclarecidas e concorda/autoriza a participar do projeto?

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_,

Assinatura: \_\_\_\_\_ (participante responsável)

Assinatura: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_  
(testemunha) (pesquisador responsável pela coleta do TCLE)