



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Pignatti, Marta Gislene; Pereira Castro, Sueli
A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-Grossense (MT,
Brasil)
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 2, outubro, 2010, pp. 3221-3232
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020572024>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

A fragilidade/resistência da vida humana em comunidades rurais do Pantanal Mato-Grossense (MT, Brasil)

The human life fragility/resistance
in rurals communities of Pantanal (MT, Brazil)

Marta Gislene Pignatti ¹
Sueli Pereira Castro ¹

Abstract *The human life fragility/resistance taken in the ambiguous/complexity sense suggests an eye to the dynamics of life of specific groups. The study of the community around the Private Reserve of Natural Patrimony of the Social Service Commerce (RPPN Sesc) Pantanal, situated in Joselândia rural district, municipality of Barão de Melgaço – Mato Grosso state – Brasil, 2003 at 2005, used qualitative methods to apprehend the lifestyle of this population, articulating the explanation of the health-ill process with historical, economic and social aspects of the respective community and the singularity of the cure practices that happened on site. It was used historical records, testimonials of residents, population survey, interviews and observations. The results indicate changes in the solidarity bonds among residents at work and at food production. Popular cure practices are frequently used to reduce symptoms and diseases. The fragility/resistance of this specific group is observed while resistance based in solidarity and familiar relations and the fragility in the difficulty of access of work, health services and public equipments.*

Key words *Community health, Rural environment, Lifestyle*

Resumo *A fragilidade/resistência da vida humana tomada no sentido ambíguo/complexo sugere o olhar para a dinâmica da vida de grupos populacionais específicos. O estudo de uma comunidade no entorno da Reserva Particular do Patrimônio Natural do Serviço Social do Comércio (RPPN Sesc) Pantanal, Distrito Rural de Joselândia, município de Barão de Melgaço (MT), no período de 2003 a 2005, buscou apreender o modo de vida dessa população, articulando a explicação do processo saúde-doença com os aspectos históricos, econômicos e sociais da comunidade em questão e a singularidade das práticas de cura ocorridas no local. Utilizou-se de registros documentais históricos, depoimentos de moradores, inquérito populacional, entrevistas e observações. Verificou-se que houve mudanças nos laços de solidariedade entre os moradores no trabalho e na produção de alimentos. As práticas de cura populares são alternativas utilizadas para abrandar os sintomas e doenças. A fragilidade/resistência desse grupo específico se configura como resistência baseada nas relações de solidariedade e familiares e a fragilidade na dificuldade do acesso ao trabalho, serviços de saúde e equipamentos públicos.*

Palavras-chave *Saúde de grupos, Ambiente rural, Modo de vida*

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso. Avenida Fernando Correa da Costa s/nº, Campus Universitário. 78900-000 Cuiabá MT. martagp@terra.com.br

Introdução

A fragilidade/resistência da vida humana tomada no sentido ambíguo sugere o olhar para a dinâmica da vida de grupos populacionais específicos. A princípio incerto, duvidoso, parece pouco rigoroso, do ponto de vista teórico. A ambiguidade costuma ser substituída por complexidade, para sugerir paciência e agudeza no exame dos fatos e recusa de simplificações. Como diz Chauí¹, *ambigüidade é a forma de existência dos objetos da percepção e da cultura, sendo elas mesmas ambíguas, constituídas não de elementos ou partes separáveis, mas de dimensões simultâneas que somente serão alcançadas por uma racionalidade alargada, para além do intelectualismo e do empirismo*.

O desafio que se propôs no estudo de uma comunidade específica – moradores da área de entorno da Reserva Particular do Patrimônio Natural do Serviço Social do Comércio (RPPN Sesc) Pantanal, Distrito de Joselândia, município de Barão de Melgaço, MT – foi compreender o processo saúde doença buscando os elementos relacionados com o modo de vida e as práticas de saúde delas decorrentes, em um ambiente cuja dinâmica do ritmo das águas está integrado nas experiências desse viver. A localização geográfica, o Pantanal norte mato-grossense, considerada Patrimônio da Humanidade, a ser preservada como reserva de biodiversidade, implica alterações nas condições de vida para as populações que tradicionalmente habitam esse ambiente.

Partindo-se da interdependência entre saúde e ambiente, traduzida na perspectiva da promoção da saúde como um ambiente não restrito apenas à sua dimensão física ou natural, mas também à sua dimensão social, econômica, política e cultural, referindo-se aos espaços em que as pessoas vivem – a comunidade, suas casas, seu trabalho e os espaços de lazer, como também as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e as oportunidades para ter maior poder de decisão –, toma-se como princípio que a busca de ambientes favoráveis à saúde e aos ambientes saudáveis são fundamentais para a manutenção da vida humana².

Os indicadores de saúde são parâmetros utilizados internacionalmente com o objetivo de avaliar, do ponto de vista sanitário, a higidez de agregados humanos, bem como fornecer subsídios aos planejamentos de saúde, permitindo o acompanhamento das flutuações e tendências históricas do padrão sanitário de diferentes coletividades consideradas à mesma época ou da mesma coletividade em diversos períodos de tem-

po³. No entanto, é necessário agregar outros determinantes, tais como as necessidades, estruturas, capacidades e envolvimento da comunidade; o ambiente físico e socioeconômico; a disponibilidade de serviços de saúde, ambientais e sociais e a política sanitária de governo.

As condições de saúde de uma determinada população são reflexos de sua condição de vida. As condições de saúde fazem parte do indicador de qualidade de vida⁴⁻⁶ e também são influenciadas por diversos fatores estruturais e simbólicos que perfazem a compreensão social do processo saúde doença⁷.

Os níveis de saúde encontrados em uma coletividade tomados como consequência desse jogo complexo das interações que se desenvolvem no interior de formações sociais definidas, em termos ambientais e sociais, distribuem possibilidades diferenciadas de exposição a agentes, cargas e riscos, fases anteriores aos processos mórbidos⁸.

Diante da complexidade dos olhares sobre o processo saúde doença em grupos populacionais específicos, propôs-se utilizar o modo de vida ligado à noção de experiência como *habitus*⁹, uma vez que este se constitui como princípio gerador de escolhas e de condutas que antecede as práticas, postulando a interação dialética entre experiência e consciência social.

Os estudos sobre qualidade de vida e saúde, terra e trabalho, representações sociais, das populações camponesa e ribeirinha na região, estão sendo desenvolvidos pelas autoras, inseridas no Programa de Estudo Pantanal Norte: Estudos Integrados sobre os Processos Ecológicos e Sociais com vistas à Conservação, convênio UFMT/CNPq-MCT/Sesc Pantanal, desde 2002^{10,11}. Desvendar algumas dessas mediações no processo saúde doença na realidade local fez parte deste trabalho.

Sobre o caminho

Para a construção de uma reflexão sobre as populações da comunidade pantaneira de Joselândia, referente ao processo saúde doença, pautada por uma transversalidade ambiental, a noção de *habitus*, ligada à noção de experiência, constitui-se no eixo norteador da pesquisa.

O *habitus*, em Bourdieu¹², se constitui de um sistema de disposições duráveis e transferíveis que integram todas as experiências passadas e funcionam a todo momento como matriz de preocupações, apreciações e ações. O *habitus* torna possível o cumprimento de tarefas infinitamente di-

ferenciais, graças às transferências analógicas e esquemas que permitem resolver os problemas, da mesma forma graças às correções incessantes dos resultados obtidos e dialeticamente produzidos por esses resultados.

O *habitus* como “uma disposição incorporada, quase postural”¹³, difere de “hábito”, que se associa a algo cristalizado, pois envolve uma capacidade criadora, ativa e inventiva na medida em que o sujeito recebe e reinventa a “herança” na sua formulação, *sem ser o produto da obediência a regras, objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto da ação organizadora de um regente*¹⁴.

Nesse sentido, o conceito corrobora o entendimento de uma dinamicidade da relação objetivo/subjetivo: o homem faz e interpreta a realidade mediante conhecimentos herdados com a sua disposição social.

Além disso, o *habitus*, ao apresentar as pessoas em sua condição social, permite qualificar seus atributos e os do grupo a que ele pertence. Considerando que as pessoas são sujeitos dos problemas, é importante qualificar sua posição social, na estrutura social, e sua condição social, no plano da cultura.

Nessa perspectiva esboçada, a observação do *modus vivendi* dos indivíduos pertencentes a determinado grupo social envolve grande complexidade, implicando nesse processo uma investigação de cunho qualitativo-subjetivo por parte do pesquisador para estar presente e “conviver” com o grupo – objeto de estudo – por determinado período de tempo.

Essa opção metodológica permitiu articular o processo saúde doença e suas práticas com modo de vida, resgatando-se a ação dos sujeitos como determinado/determinante, não restritos ao universo de classe, mas à esfera da cultura, à consciência social do agente, incluindo aí suas representações, experiências socialmente demarcadas, passadas e presentes, confrontadas, em conflito e tensão com seus limites.

As determinações do processo saúde doença tomadas como particularidade e singularidade dos processos locais relacionadas com a história e o espaço território dos seus moradores, a incorporação de significados e sentidos das doenças, mediante seu conceito particular de práticas de saúde, foram sendo investigadas no distrito de Joselândia.

Foram priorizadas para o estudo no ano de 2003-2004 as observações sobre a memória do

grupo e a definição de sua territorialidade; a religiosidade; o trabalho; formas de uso e manejo dos recursos naturais; a dinâmica das cheias e sua relação com a vida da comunidade; levantamento de dados sobre as condições socioeconômicas e sanitárias; as principais doenças e sintomas referidos; o atendimento à saúde e práticas alternativas de cura. Isso foi concretizado através de estimativa rápida sobre a situação de vida e saúde (foram apontados dados de 352 moradores em 85 unidades familiares), observação, entrevista com agente de saúde, benzedeiras e/ou lideranças comunitárias, histórias de vida com informantes selecionados e análise dos documentos de registro de nascimentos e mortes no cartório de registro civil local. A ligação entre compreensão e interpretação do processo saúde doença em grupos sociais específicos e a necessidade das atividades de atenção à saúde, do alívio ao sofrimento das pessoas, não pôde ser ignorada.

Sobre o lugar

Entre dois dos maiores rios formadores do Pantanal de Barão de Melgaço, o Cuiabá e o São Lourenço, situa-se o distrito de Joselândia, pertencente ao município de Barão de Melgaço. De acordo com o Censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem 2.483 habitantes, residentes em 592 domicílios¹⁵, e conta com as seguintes comunidades: a sede São Pedro, Mocambo, Pimenteira, Retiro São Bento, Colônia Santa Isabel, Capoeirinha e Lagoa do Algodão. Estas comunidades – uma autoidentificação – estão interligadas por uma rede de parentesco – consanguíneo, afinidade e compadrio – que lhes permite identificarem o conjunto dos grupos por povo de Joselândia.

O município de Barão de Melgaço com uma área de 11.662 quilômetros quadrados, tem uma topografia plana de 97,5% de sua área, que é inundável nas épocas de cheias do Pantanal; seu clima tropical úmido de Pantanal apresenta temperatura média anual de 24° C, com máxima de 42° C e mínima de 0° C; seu regime pluviométrico é marcado pelos seguintes períodos de precipitações: o da cheia, de novembro a abril, com 80% das precipitações de janeiro a março; o período da vazante, de maio a julho; e o período de seca, de julho a outubro¹⁶.

Essa polaridade de seca e cheia entremeadas por estações de transição – a vazante que leva à seca e a enchente que leva à cheia – imprime um ritmo no movimento das pessoas na reprodução de seu modo de vida, que tem na atividade

agropastoril, preponderantemente, sua forma de organização social.

Historicamente, o município de Barão de Melgaço constituiu-se em território dos índios Bororo (que atualmente estão confinados em reservas na foz do rio Piquiri, denominadas Terceira Cristina, e Santa Isabel, nos rios da Prata e São Lourenço), quando o processo de conquista dos portugueses, na região do atual Mato Grosso, se expandiu sobre os territórios ameríndios da região pantaneira¹⁷. Essa expansão está atrelada à intensificação da exploração do comércio fluvial na Bacia do Prata e à consequente expansão das fazendas e das usinas de produção de açúcar, a partir de 1870, com o fim da guerra do Paraguai^{18,19}, baseado no trabalho compulsório.

A abertura da navegação pelo Rio Paraguai possibilitou a inserção de Mato Grosso no contexto do capitalismo internacional, colocando a economia regional mato-grossense em contato com os mercados platino e europeu. Corumbá (hoje pertencente a Mato Grosso do Sul) tornou-se o polo de crescimento regional centralizando e exportando a produção mato-grossense, vigorando um “complexo naval fluvial”²⁰.

O início do século XX provocou modificações na estrutura das fazendas de gado. Com o começo da Primeira Guerra, a demanda de carne bovina aumentou consideravelmente, e a construção da ferrovia Itapura-Corumbá melhoraria ainda mais os preços da carne bovina. Foi um período, sobretudo para o atual Mato Grosso do Sul, de inclusão em um mercado de carne bem mais amplo.

As indústrias de carne bovina, conhecidas como saladeiros, estabelecimento onde se salga a carne em mantas e se expõe ao sol para a preparação do charque, localizavam-se, principalmente, às margens do Rio Paraguai na região de Cáceres. A produção desses saladeiros, gerida por capital estrangeiro, era escoada diretamente para os portos argentinos e uruguaios, onde o imperialismo inglês mostrou-se eficiente coalização econômica em torno da atividade pecuária e sua industrialização²⁰.

Para grande parte da população ribeirinha, a atividade pecuária, sempre associada à lavoura, na realidade constituiu-se também como uma principal atividade econômica e como geradora de grande força de penetração pelos sertões brasileiros. O Pantanal colocava à disposição grande áreas de pastagem natural, com disponibilidade de água e de sal para o gado. A atividade de criação extensiva do gado adaptou-se aos momentos de cheia e de seca desse ecossistema, e

permitiu seu avanço e a transformação da região numa das maiores áreas produtoras e fornecedoras de gado de Mato Grosso.

Com a decadência da navegação fluvial, nos anos 1930, em razão da crise da economia exportadora, a chegada da ferrovia (Nordeste do Brasil), que vinculou a economia sul mato-grossense ao oeste paulista, diretamente ligada aos frigoríficos estrangeiros que se instalaram em São Paulo, levou a uma reorganização econômica mato-grossense^{21,22}.

Para as populações ribeirinhas, atreladas àquele complexo fluvial, essa reorganização significou reconstruir seu modo de vida adentrando nas regiões entre os rios Cuiabá e São Lourenço, fundando comunidades, vivendo, sobretudo, da lavoura, da pequena criação de gado e de trabalhos temporários nas fazendas. As relações com os grandes fazendeiros locais estavam atreladas às relações de compadrio e de “favor”. É nesse contexto histórico que se situa a população aqui estudada.

O processo de estímulo à modernização da pecuária, do pasto ao rebanho, com a construção de estradas, a expansão dos sistemas de pesca para turistas, a partir dos anos 1970, que veio introduzindo formas competitivas, acabou levando à desativação das grandes fazendas tradicionais de gado. Além disso, aumentou a exclusão das populações tradicionais, pois o processo implicou fundamentalmente maior concentração fundiária, monopolizando a natureza nas mãos de poucos e impedindo o acesso e uso da terra e de seus recursos naturais para a produção da vida dessas populações.

Esse processo, o qual podemos chamar de modernização conservadora, que impôs modificações no ritmo das águas e das comunidades locais, mostra-se perverso, uma vez que não se traduziu em um processo maior de inclusão das populações camponesas e ribeirinhas locais, como se pode verificar pelos índices de IDH de 2000 dos municípios do Pantanal Norte. Conforme Castro²³ aponta, utilizando-se aquele índice, no *ranking* dos municípios do estado de Mato Grosso, os municípios pantaneiros ocupam as últimas posições de um total de 122 municípios. Embora os indicadores tenham melhorado de 1991 a 2000, à exceção de Poconé, que reduziu o IDH Renda, eles não foram suficientes para tirar os municípios do Pantanal Norte da condição de área de grande pobreza, apesar das significativas melhoras do IDH Educação.

As desigualdades sociais encontradas na região vão refletir diretamente nos indicadores clássicos

sicos de morbimortalidade dos municípios do Pantanal Mato-Grossense. Observou-se que, no período de 1991 a 2000, nos municípios de Barão de Melgaço e Poconé, as causas de morte foram doenças do aparelho circulatório seguidas pelas causas externas e doenças do aparelho respiratório. Chama a atenção, contudo, que no município de Barão de Melgaço, em 1991, os óbitos por causas mal definidas tenham sido 80%, chegando a 21,7% do total das mortes em 2000. No município de Poconé, esse indicador parte de 40,2% em 1991 e chega a 12,8% em 2000, mostrando uma grande ausência de atendimento médico à saúde dessas populações pantaneiras²⁴.

O distrito de Joselândia, área de estudo, é o único do município de Barão de Melgaço, e sua sede, São Pedro, foi legalmente constituída em 1955, com o ato de registro da área em cartório, na forma de "Patrimônio", a partir da sesmária Santo Antônio da Barra, e dedicada ao santo padroeiro do seu povo. Em pouco mais de cem hectares foram se instalando pessoas e famílias em busca de terras altas para a produção de alimentos de sua subsistência e de trabalho nas grandes fazendas de gado da região. Muitos foram expulsos de localidades ribeirinhas pela própria dinâmica de inundação do Pantanal, em épocas de grande cheia²⁵. São "lavradores" de pequenas extensões de terras, como se autodefinem, e a organização social é marcada pela agricultura familiar, com regras de acesso à terra ligado às relações de parentesco. A luta com a lavoura e a criação de gado, nesse ambiente específico, pantaneiro, marcam a identidade.

Sobre as pessoas e seu cotidiano

O cotidiano dos moradores de Joselândia não pode ser dissociado do pulsar das águas, que ao definir a vegetação, o movimento de peixes etc. também define os movimentos das pessoas. Chega-se a São Pedro, sede do distrito de Joselândia, durante a seca pela estrada de terra MT-156, em condições precárias a maior parte do ano em decorrência da ação das águas nos períodos chuvosos. No período de inundação, o acesso ao distrito é feito por barco através do Rio Cuiabá, do Porto Cercado até as localidades de Porto Limoeiro e Porto Biguazal, e depois por terra inundada até São Pedro, por barco, cavalo ou carro de boi, conforme for o nível da água.

Há com frequência uma constante mobilidade da população, em épocas de inundação, de ribeirinhos do rio Cuiabá, a 12 km de São Pedro, e de outras comunidades que se deslocam para São

Pedro, mudando temporariamente de moradia para casa de parentes ou moradias próprias e transitórias, retornando já na fase de vazante.

Nesse ambiente, essa população sertaneja tem reproduzido um modo de vida em que o acesso aos recursos naturais se dá pela forma coletiva, tanto no que se refere às necessidades do gado quanto ao suprimento de alimentos. Nessa mesopotâmia, pantanal, terras firmes, largo, rios, riacho, corixo, mais que acidentes geográficos, identificam um modo de vida, pois definem manejos diferenciados dos recursos disponíveis.

O calendário agrícola é definido pelo regime de chuvas e pela dinâmica de inundação, respeitando-se o tempo de recuperação das áreas utilizadas. O manejo do gado é realizado utilizando-se as áreas de campo, com pastos naturais, chamados por eles de "Pantanal", que são áreas de uso comum, com o gado criado solto. À medida que sobe o nível de inundação, o gado é levado para as partes mais altas. Assim é o ritmo das águas que permitem ampliar ou retrain as pastagens.

A comercialização dos bezerros é uma das principais fontes de renda dos pantaneiros. O fogo ainda é sua principal tecnologia de abertura de novas áreas para plantio e manejo do pasto. Coletam nas matas da redondeza madeira para suas construções e que é fonte de energia; extraem mel e plantas medicinais. Os moradores ribeirinhos têm na pesca uma fonte básica de proteínas para consumo próprio e principal fonte de renda familiar, comercializadas em Porto Cercado, ou levadas para a feira de peixe da cidade de Poconé.

As atividades econômicas, limitadas pela produção de alimentos e pelo trabalho esporádico, fornecem à família "seu costumeiro estoque de bens"²⁶. Nessa forma de organização, é impossível separar a prática econômica da familiar, e os usos dos recursos naturais estão relacionados a uma territorialidade, esta definida pelos laços de parentesco. Assim, as categorias, patrimônios, sesmarias, campos abertos e condomínios presentes nos relatos orais referenciam um universo em que, até período recente, as formas de usufruto da terra e de outros recursos naturais eram comuns e o acesso a eles era dado pelas relações de parentesco²⁷. Como diz um morador, "aqui antes cada um tirava um pedacinho para plantar"; para "abrir um espaço de terra do tamanho das suas necessidades", nos diz outro morador, configurando uma organização social estruturada por laços de parentesco e vizinhança.

O "muxirum" constitui-se a forma de viabilização dos trabalhos que demandam muita mão-de-obra em determinadas épocas, como plantar,

colher, construir casas, na esfera do universo de trabalho masculino; na esfera do trabalho feminino, o trabalho em mutirão se faz presente quando da produção de alimentos que envolvem grande quantidade como para a conserva (principalmente de banha, embutidos etc.) ou quando da demanda de uma grande quantidade de alimentos em ocasiões tanto festivas (casamento, aniversários, oferta de alimento para os trabalhadores no “muxirum”) como em ocasiões de luto. Também na esfera do trabalho feminino a produção de artesanato, como por exemplo a rede, é realizada em trabalho comum. O “muxirum”, portanto, constitui-se uma categoria central no universo das práticas e das representações sociais dos grupos sociais, estabelecendo os laços de reciprocidade presentes nesse universo, definidores de identidades/pertencimentos. A representação coletiva dessa categoria a transforma em um marcador de tempo: tempo dos antigos – “muxirum era muito mais forte, tinha muito mais muxirum”; tempo de hoje – “tempo da esperteza, da ambição”, portanto, os vínculos solidários são mais frágeis.

Hoje está mais difícil essa forma de acesso à terra, por causa do seu preço, do cercamento das terras de uso comum, da expansão das grandes fazendas e das subdivisões da terra por herança. Encontram-se prensadas entre grandes fazendas, localizadas nas terras altas e as áreas mais baixas do Pantanal, áreas de inundação e de uso comum, onde fica o gado dos moradores de Joselândia em época de seca. Na cheia a roça é inundada, com prejuízo da colheita caso a chuva chegue mais cedo, e o gado perde espaço de proteção nas terras altas, agora impossibilitadas de uso, pela desativação de antigas fazendas e pelo alto preço do arrendamento de terras para as condições do pequeno produtor. Em termos tecnológicos, o sistema de produção é o de “coivara”, roça de toco, utilizando-se basicamente os seguintes meios de trabalho: machado, facão, foice, enxada e o fogo para abrir novas áreas. Percebeu-se a extrema preocupação dos entrevistados no controle do fogo quando da abertura de novas áreas com o uso dele, já que não dispõem de condições de acesso a tecnologias de menor impacto ambiental.

Seus principais produtos são os de aprovisionamento, como arroz, feijão, milho, banana, mandioca e batata, em áreas que, de modo geral, não ultrapassam cinco hectares; o gado é criado solto no Pantanal, em áreas de uso comum, e época da cheia é levado para áreas mais altas; os bezerros são vendidos, às vezes, às pressas e magros em certos momentos, a baixo preço, para compradores do próprio local, que os comerci-

alizam em Capoeirinha, distante cerca de 30 km de Joselândia, para compradores de Rondonópolis e Cuiabá. A criação e a venda de bezerros constituem, juntamente com a aposentadoria, formas importantes de acesso ao dinheiro e sustentação econômica da família na aquisição de bens não produzidos no local.

Até a década de 1960, a produção excedente de alimentos era comercializada com as embarcações de mercadorias. Na beira do rio, produzia-se rapadura, peixe seco, pele de jacaré, pele de jaguatirica, pele de onça, trocando-se esses produtos por mercadorias na beira do rio. Era um tempo de muitas trocas nessa região, de produzir óleo de peixe, de aproveitar a “lufada”, termo utilizado para designar a piracema.

O cercamento das terras comunais, que se intensificaram de forma drástica, mesmo entre médios e pequenos produtores, convertendo-se o Pantanal em propriedade privada de uso particular, vem enfraquecendo de forma decisiva a organização familiar para o trabalho, inviabilizando muitas das práticas costumeiramente desenvolvidas. Como exemplo, as práticas costumeiras como o longo “pousio” para a recuperação do solo passaram a ficar cada vez mais limitadas. A lógica se inverteu: mais importante que apenas possuir o gado, agora era indispensável possuir a terra como bem privado.

Essa situação difícil de reprodução social, somada às difíceis condições de vida no campo, o acesso precário ao ensino e as oportunidades que muitos acreditavam que poderiam ter na cidade provocaram a migração, principalmente a partir da década de 1980.

Novamente, com a decadência das grandes fazendas, com as cercas que passaram a limitar o acesso aos recursos naturais para o manejo de gado na forma extensiva, realizado dentro de uma lógica de uso comum dos recursos naturais, tem-se encontrado dificuldade em se reorganizar dentro de sua “economia moral” costumeira.

Do perfil socioeconômico: renda e infraestrutura domiciliar

No quadro apontado, as condições de vida dos determinantes da saúde/doença estão relacionadas à dimensão espacial de ocupação do espaço, à morbidade, à densidade populacional, às condições de alimentação, habitação, saneamento, transporte e meio ambiente, como também às relações entre saúde e trabalho^{28,29}.

A renda das famílias é garantida principalmente pelas aposentadorias, que são pagas no pró-

prio distrito, o que movimenta o comércio local e a produção caseira. A criação de gado mostra-se cada vez mais difícil, e poucas são as famílias que conseguem criar mais de uma dúzia de cabeças; são os classificados como “fortes” e se opõem aos “fracos”, que têm sua atividade econômica mais voltada para uma agricultura de subsistência e a criações de galinhas, porcos e, geralmente, algumas poucas vacas. As famílias entrevistadas se classificam como de baixa renda familiar, pois 77% delas recebem até dois salários mínimos.

Em relação à condição de atividade e ocupação, 27% são autônomos (lavoura, gado) e 15,6% são donas de casa. Nas questões sobre lavoura e criação de gado, 52,3% e 32,1%, respectivamente, disseram que se envolvem nesses afazeres, embora não considerados como atividade de trabalho, uma vez que mulheres e crianças participam para “ajudar” no trabalho da lavoura. A pesca foi relatada como sendo praticada em 30,1% dos casos. A população é predominantemente masculina (56,25%).

As mulheres, não tendo perspectivas de desenvolver seus estudos no local, migram ainda muito jovens para estudarem e, também, contribuir para o orçamento familiar. Para isto, geralmente vão trabalhar em casas de família, como empregadas domésticas. E tanto residem com familiares, trabalham em casas de família ou conseguem um emprego que possibilite o pagamento de seus estudos. Algumas conseguem ingressar em universidades, sobretudo particulares. A diferença entre o percentual de homens e mulheres reflete a crise na reprodução da população de Joselândia.

O fato de haver uma escola estadual na localidade até o segundo grau e a maioria dos professores morar no local pode explicar o alto índice de alfabetização, pois se observou que 78,4% dos entrevistados afirmavam que sabiam ler; destes, 37% frequentavam a escola e 49,4% apresentavam primeiro grau incompleto.

Com o estabelecimento da unidade de conservação que englobou quatro grandes fazendas da região, muitos perderam a possibilidade de aumentar a renda trabalhando temporariamente nelas e o local para o gado em épocas de cheia. Verifica-se uma contínua saída de moradores para “tentar a vida na cidade”; após alguns anos, e dado ao aumento do desemprego urbano, retornam ao local. A RPPN-Sesc Pantanal contrata temporariamente 15 moradores por ano para a Brigada de Incêndio, por seis meses (de junho a dezembro), e, permanentemente, cerca de 10 moradores como guardas parque, com um salário de cerca de R\$ 350,00.

Verificou-se que, em relação às condições de moradia e equipamentos individuais, 92,2% dos moradores têm casa própria geralmente feita de barro (51,95%). A maioria das casas tem três cômodos, sendo uma sala (que vira dormitório também à noite) e um quarto. Em outra peça, em separado, encontra-se a cozinha. O piso em 46,75% delas é de terra batida; 100% não possuem forros e 40,26% têm cobertura de palha. Eventualmente, observa-se no quintal um cercado de palha para o banho.

A comunidade não tinha energia elétrica até 2006; só alguns possuíam motor a *diesel*. A água para consumo é de poços, com frequência salobra e com sedimentos; em épocas de cheia podem sofrer desmoronamento. Não há saneamento, e os dejetos humanos são depositados nos fundos dos quintais dos moradores, ou em fossas negras, que em época de inundação sofrem infiltração. Aqui se apresenta um problema de saúde ambiental coletiva para essas comunidades, passível de ser enfrentado somente com o envolvimento da população e sua conscientização a reivindicar soluções dos órgãos de governo.

A comunidade serve-se de poços rasos (100%), descobertos e com uma pequena proteção contra o desmoronamento por uma manilha de concreto, geralmente construídos próximos das casas; destes, 44,2% não possuem encaimento interno, sendo a água armazenada em tambores. Para a ingestão, em 79,2% das unidades familiares os moradores filtram a água. Geralmente quando as cheias são muito intensas e invadem as casas, os moradores passam um período na casa dos parentes em Poconé ou Cuibá, ou possuem casa em outra localidade.

A situação de saneamento básico no local não difere da situação geral da zona rural do estado de Mato Grosso³⁰, e mesmo na zona urbana a ausência de sistema de coleta e tratamento do esgoto tem trazido graves consequências para a poluição das águas dos rios que formam o Pantanal.

A dinâmica de inundação do Pantanal, um momento de exuberância da natureza, quando se dá a explosão da vida, com grande oferta de nutrientes para plantas e animais pelo aumento e o espargimento da água, implica para essas populações a escassez de água saudável para o consumo humano; constitui um veículo transmissor de doenças que interliga sistemas de abastecimento e armazenagem de água com pocilgas, dejetos de animais e de aves criados soltos pelas redondezas das residências, inclusive cemitérios e currais, entre outros locais.

Do processo saúde e doença: sobre a religiosidade e as práticas de cura

Podemos afirmar que uma das marcas mais expressivas na cultura local é a religiosidade, cuja tradição está ancorada no catolicismo popular que, mais que oposição ao saber religioso clerical, com ele dialoga e o transforma, mantendo em seu interior entrecruzamento de múltiplas experiências religiosas, principalmente de releituras do Cristianismo. Essa religiosidade se manifesta de várias maneiras, tanto cotidianamente – e os altares caseiros são testemunhas – como nos festejos em homenagem aos santos familiares e comunitários. A construção da Igreja de São Pedro, em 1932, constitui-se em um importante marco da memória local e expressa um sentimento de pertencimento à comunidade.

Os festejos em homenagens aos santos se constituem na demonstração da forma de viver o religioso, em que o que é sagrado e profano para a religião oficial converte-se na totalidade do sentimento dos devotos, na reza, nos cultos, nos ritos, nas bebidas, nas danças, nos namoros etc. Em São Pedro, a festa em homenagem ao seu padroeiro é o momento mais aguardado do ano, quando se atualizam os laços de solidariedade e a relação entre a comunidade e sua fé em São Pedro: ela une as comunidades Mocambo, Pimenteira, Retiro São Bento, Colônia Santa Isabel, Capoeirinha e Lagoa do Algodão, reafirmando a territorialidade do povo de Joselândia e mantendo em sua teia “os filhos da terra”, isto é, permitindo que os que não mais moram no lugar continuem a pertencer ao local.

Essa religiosidade não se restringia às missas, às rezas e às festas, mas a todo o universo de relações sociais, no trabalho agrícola, com os animais, na caça e na pesca. A religião mistura-se com os conhecimentos da natureza para dar legitimidade às práticas cotidianas. Em defesa das pragas que destroem as lavouras, muitos agricultores benzem suas plantações e plantam na “lua certa” para plantio, e ainda têm os cuidados na colheita. A religião também se misturava ao universo mítico de lendas e mistérios dos rios e das matas.

Nesse universo, esse “mundo” e o “outro”, o sobrenatural, não possui uma separação rígida, pois se intercambiam. No modelo geral de percepção desses sertanejos, o modelo de explicação do mundo é altamente complexo e refinado. Nele o homem não é pensado dissociado da natureza e isolado do resto da criação e, muito menos, de sua existência espiritual.

Através da religião o ser humano é levado a aceitar o sofrimento e até a morte, na medida em que isso tem um significado convincente para os momentos cruciais de sua vida³¹. Na comunidade de Joselândia, observou-se que religiosidade marca tanto as manifestações coletivas quanto os processos de cura individual das doenças e outras manifestações de sintomas mal definidos, sendo que a fé é um elemento primordial para o processo de cura.

A prática de cura das doenças, nesse universo, se dá através das benzeções, e o seu ritual – que envolve benzedor/benzido, gestos, espaços e objetos sacralizados – está imerso nessa religiosidade popular. Para as pessoas inseridas nesse modelo, o mundo e o sujeito são concebidos como totalidades. A ruptura dessa totalidade instaura a desordem contra a qual é preciso reagir pelo auxílio das forças sobrenaturais (no caso, principalmente os santos e anjos). Benzer é garantir o funcionamento da normalidade desejada e conter o mal. A perspectiva de estar doente representa apenas uma forma específica de adversidades e é parte integrante das dimensões psicológica, moral e social de uma cultura particular que está ligada ao estado de desordem ou de quebra da harmonia nas relações do indivíduo com o mundo, consigo mesmo e com seus semelhantes^{32,33}.

Em entrevistas realizadas com quatro benzedoras da comunidade, a relação de cura tanto se relaciona com a fé de quem benze quanto de quem é benzido: *A benção o que manda é a fé, né, a senhora benze sem fé num adianta, tanto da pessoa, como minha, né, se a senhora benze uma coisa e a senhora não tem a fé, num vale nada (D).*

Alguns sinais, tais como a “arca caída” (abertura no externo e nos arcos costais) e “mau-olhado” (fraqueza, sonolência), acredita-se que somente são curados pela benzeção, pois são atribuídos a intenções maléficas de terceiros. Benze-se para picada de cobra, “cobreiro” (erupções na pele provocadas por uma diversidade de agentes biológicos), “arca caída”, “mau-olhado”, “zipelá” (processo inflamatório com rubor em membros inferiores), dor de dente, e para cada um destes faz-se uma reza diferente, geralmente transmitida a cada geração.

Sobre a representação do processo saúde doença, verificou-se que esta mantém uma relação direta e interdependente com as questões sociais e ambientais da comunidade. Devido à prática da lavoura, o trabalho braçal é de extrema importância, e ficar doente na concepção da comunidade está relacionado à impossibilidade de não poder executar o trabalho. Desta forma,

as respostas quanto ao significado do que é ter saúde associaram-se, com muita frequência, ao fator trabalho, bem-estar, ter serviços médicos, ter uma boa alimentação, estudo e conforto. Ao indagarmos sobre qual o fator mais importante para se ter uma vida boa, obtiveram-se as seguintes respostas: ter tranquilidade, união, saúde, escola, dinheiro e trabalho.

Observa-se que, nessa lógica, a saúde pode ser definida como um estado de equilíbrio entre os diversos elementos, contraditórios e antagônicos, do homem com seu meio natural, com o seu meio social, com agentes sobrenaturais e com ele mesmo, e a doença é um processo de desequilíbrio entre eles.

Em relação à representação das doenças, observou-se que esta se dá através de um conjunto de sensações desagradáveis e sintomas (cansaço, fraqueza, dor, mal-estar, febre), sendo o corpo (signo) veiculador de mensagens que, ao serem apropriadas pelos indivíduos ou médicos, conduzem ao significado da doença³⁴.

Para Helman³², a definição de doença (*illness*) pelos indivíduos e grupos sociais se refere aos sintomas que estão sentindo enquanto se dirigem ao consultório médico; e enfermidade (*disease*), para o que eles têm ao retornar, para casa, do consultório.

A doença é considerada a resposta subjetiva do paciente – e de todos que o cercam – ao seu mal-estar. Particularmente é como eles interpretam a origem e importância do evento, baseados na experiência pessoal e no significado atribuído ao problema.

O inquérito apontou que 38,77% das residências possuem um ou mais membros da família portador(es) de sintomas referentes a doenças classificadas como crônicas, diagnosticadas, em tratamento, ou apenas pré-diagnosticadas ou referidas. Eles apresentam também sintomas relacionados a doenças agudas infecciosas e/ou contagiosas e/ou parasitárias (gripe; infecções urinárias; hanseníase; pneumonia; parasitoses intestinais etc.) sem tratamento médico supervisionado. Em relação aos sintomas mais referidos, abre-se destaque para as “diarreias inespecíficas” e com “câibras de sangue” e queixas referidas por eles como “doença respiratória”, “dores nas costas”, “dores de cabeça”, “fraqueza” e “problema nos rins”, entre outras. Em relação à mortalidade, a ausência de causa básica nos atestados de óbito não nos permite relacioná-la com fatores locais e sim constatar o total abandono dessas populações em relação à assistência médica oficial.

Nesse universo em que predomina uma religiosidade marcada fortemente na comunidade, a procura de tratamento para sinais e sintomas de doenças cotidianamente se faz através das benzedeiras/rezadeiras e das ervas/plantas medicinais, que 71,73% usam concomitantemente com os remédios alopáticos (comprados em farmácias).

O uso de ervas e plantas medicinais é incorporado nas práticas cotidianas de tratamento e recomendado tanto pelas benzedeiras como pelo agente comunitário de saúde e pelos moradores mais velhos em geral, uma vez que o conhecimento sobre seus efeitos e identificação na flora natural é passado oralmente de geração a geração.

No entanto, a demanda mais visível da comunidade é o atendimento médico oficial e os remédios alopáticos, considerados mais “fortes” para o tratamento das doenças. Não há uma hierarquia entre os procedimentos e os conhecimentos oriundos da medicina popular e da medicina científica. As necessidades para a resolução da dor ou das doenças são procuradas nas diversas formas disponíveis na comunidade; dependendo da gravidade, quando não resolvidas pela benzeção e/ou plantas medicinais, vão-se procurar os hospitais/prontos-socorros da região. No caso de acidentes, a prontidão se dá através do aluguel de um avião, cotizado entre os moradores ou através da ajuda do Sesc, que eventualmente atende a essa demanda.

A localidade dispõe de um posto médico (uma sala) e um agente comunitário de saúde, morador do local e que há dezesseis anos exerce a função. O atendimento médico na localidade é feito geralmente duas vezes ao ano (mutirão), quando uma equipe se desloca para o local (médico, enfermeira e dentista). A medicação distribuída geralmente é insuficiente, como também o resultado dos exames não é informado à população (segundo os moradores). O único medicamento que ainda não foi interrompido foi para os casos de hanseníase (fornecidos por Poconé). Observou-se que a maioria dos moradores entrevistada (55,65 %) procura hospitais e ou pronto-socorro quando está doente. A localização desses serviços também se concentra nos municípios de Cuiabá e Várzea Grande. A dificuldade de acesso a esses centros, tanto financeira quanto de deslocamento, torna-se pior em época de cheia.

Nesse grupo populacional específico, observou-se a introdução dos valores e conceitos e das práticas que acompanham o aporte de novas tecnologias. Ter saúde é também poder consumir tais serviços, verificados pela demanda local com abaixo-assinados da comunidade para atendimento

médico local através de mutirões, da disponibilidade de medicamentos no posto e da procura por atendimento em hospitais e prontos-socorros. Os mutirões de assistência à saúde realizada por uma equipe médica são pontuais e não resolve as demandas cotidianas da população, que conta com o auxílio das benzedeiras e remédios caseiros como a diversidade de chás. Nas doenças agudas e ou emergências (acidentes), não há uma estruturação de um serviço de referência nem sequer um sistema público de transporte, deixando a comunidade à mercê para deslocamento e pagamento particular de consultas e atendimento médico.

Considerações finais

Os laços de solidariedade entre os moradores no trabalho através do “muxirum” têm mantido o modo de vida desse grupo, sendo considerado o elemento principal de resistência à pressão do poder e dinheiro ou através de atos difusos, como as festas aos santos e as práticas populares de cura. A fragilidade, dada pelas doenças, e a falta de infraestrutura sanitária e acesso aos serviços aparecem como demandas a serem equacionadas pelo poder público, que, no caso em questão, não se traduz em lutas organizadas da comunidade, mas como “troca de favores” entre os “fortes” da comunidade e os políticos da região, com medidas pontuais e descontínuas. A experiência local com promessas e não efetivação das medidas de caráter coletivo tem gerado uma descrença em relação aos serviços públicos, e as saídas encontradas para tal são demandadas aos comerciantes (fortes) com pagamento de transporte particular (tanto em veículos automotores e aviões como em barcos)

ou ao Sesc – proprietário da unidade de conservação. Os alimentos processados e não produzidos no local são colocados à disposição em pequenas vendas, onde praticamente são gastas as aposentadorias. Acresce-se o gasto referido com assistência médica como um dos itens de maior aplicação da renda local. Nesses casos, a solidariedade familiar é acionada – principalmente no caso de emergência, acidentes e ou doenças agudas.

O estabelecimento da unidade de conservação no local proporcionou a visibilidade desse grupo populacional específico que, apesar de não estar incluso nas políticas públicas, resiste como pode às inúmeras dificuldades encontradas e potencializadas pelo ciclo das águas do Pantanal.

O agravante nessa questão é a restrição no consumo de “bens naturais”, tais como caça, pesca e retirada de madeiras para a confecção de casas e barcos, além de diminuição do emprego temporário e restrição do espaço necessário para o gado. A estratégia para a conservação da biodiversidade tem provocado intensos debates sobre os modelos adotados em relação às populações moradoras nas áreas, geralmente expulsas para o entorno da reserva, e a riqueza natural e estética sendo apenas apreciada pelo visitante.

Mais do que um retorno simplista das práticas de antigamente, as novas práticas científicas e sociais devem fortalecer a aparição de novos polos de valorização – como resistência ao sistema de valorização capitalista e reinvenção em nível local de mecanismos que tratem a saúde de forma ampliada e no plano individual. A busca da integralidade e da humanização do cuidado à saúde pode e deve constituir-se em novas práticas de saúde, tanto para os profissionais de saúde como para os moradores do distrito de Joselândia.

Colaboradores

MG Pignatti trabalhou na concepção do artigo, na coordenação da pesquisa sobre qualidade de vida e saúde, na metodologia e na redação final. SP Castro trabalhou na concepção do artigo, na coordenação da pesquisa sobre representações sociais com ênfase na memória local e religiosidade, na metodologia e na redação final.

Agradecimentos

Aos moradores do Distrito de Joselândia que, apesar das dificuldades da vida, nos recebem sempre com carinho. Aos nossos bolsistas de iniciação científica pela participação no levantamento de dados.

Referências

1. Chauí M. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular no Brasil*. São Paulo: Brasiliense; 1986.
2. Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 15-38.
3. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 37-82.
4. Herculano S. A qualidade de vida e seus indicadores. In: Herculano S, Porto MFS, Freitas CM, organizadores. *Qualidade de vida & riscos ambientais*. Niterói: EdUFF; 2000. p. 219-245.
5. Manfredi HC, Velasquez AGC. *Ecología/conservación/desarrollo: calidad de la vida*. Caracas: Mapaxima; 1982.
6. Uchoa E, Rozemberg B, Porto MFS. Entre a fragmentação e a integração: saúde e qualidade de vida de grupos populacionais específicos. *Informe Epidemiológico do SUS* 2002; 11(3):115-128.
7. Canesqui AM. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Cien Saude Colet* 2003; 8(1):109-124.
8. Tambellini AM, Câmara VM. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. *Cien Saude Colet* 1998; 3(2):47-59.
9. Bourdieu P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus; 1996.
10. Castro SP. Representações sociais, habitus, experiências do mundo da vida das populações camponesa e ribeirinha. [relatório de pesquisa]. Cuiabá: Biblioteca Setorial ISC, UFMT.PELD/UFMT; [2006]. (Programa de Estudo Pantanal Norte: Estudos Integrados sobre os Processos Ecológicos e Sociais com vistas à Conservação. Convênio 521130/018 UFMT/CNPq-MCT/Sesc Pantanal; 2003, 2004, 2005. PELD/UFMT: site 12)
11. Pignatti MG. Qualidade de vida e saúde nas comunidades do entorno da RPPN Sesc Pantanal [relatório de pesquisa]. Mato Grosso, Cuiabá: UFMT, Biblioteca Setorial ISC; [2006]. (Programa de Estudo Pantanal Norte: Estudos Integrados sobre os Processos Ecológicos e Sociais com vistas à Conservação. Convênio 521130/018 UFMT/CNPq-MCT/Sesc Pantanal; 2003, 2004, 2005. PELD/UFMT: site 12)
12. Bourdieu P. *A economia das trocas simbólicas*. 3ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1992.
13. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Lisboa: Difel; 1989.
14. Bourdieu P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico: Mato Grosso*. Rio de Janeiro: IBGE; 2000.
16. Iadansa EES. *Produção camponesa nos pantanais de Mato Grosso: estudo de comunidade de São Pedro, município de Barão de Melgaço* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1993.
17. Costa MF. *A história de um país inexistente: Pantanal entre os séculos XVI e XVIII*. São Paulo: Estação Liberdade, Kosmos; 1998.

18. Aleixo LHG. *Vozes do silêncio: subordinação, resistência e trabalho em Mato Grosso – 1883-1930*. Cuiabá: EdUFMT; 1995.
19. Siqueira EM. *História de Mato Grosso: da ancestralidade aos dias atuais*. Cuiabá: Entrelinhas; 2002.
20. Reynaldo NI. *Comércio e navegação no Rio Paraguai (1870-1940)*. Cuiabá: EdUFMT; 2004.
21. Basto URA. *Expansão territorial do Brasil colônia no vale do Paraguai (1967-1801)*. São Paulo: EdUSP; 1972.
22. Borges FTM. *Do extrativismo à pecuária: algumas observações sobre a história econômica de Mato Grosso: 1870 a 1930*. São Paulo: Scortecci; 2001.
23. Castro CA. Pantanal Norte: formação social e processos socioambientais. [relatório de pesquisa]. Mato Grosso, Cuiabá: UFMT, Biblioteca Setorial ISC; 2005. (Programa de Estudo Pantanal Norte: Estudos Integrados sobre os Processos Ecológicos e Sociais com vistas à Conservação. Convênio 521130/018 UFMT/CNPq-MCT/Sesc Pantanal; 2005. PELD/UFMT: site 12.)
24. Yokoo E. Morbimortalidade nos municípios do entorno da RPPN-Sesc Pantanal. [relatório de pesquisa]. Mato Grosso, Cuiabá: UFMT, Biblioteca Setorial ISC; 2003. (Programa de Estudo Pantanal Norte: Estudos Integrados sobre os Processos Ecológicos e Sociais com vistas à Conservação. Convênio 521130/018 UFMT/CNPq-MCT/Sesc Pantanal; 2003. PELD/UFMT: site12)
25. Castro CA, Costa MF. Bacia do Alto Paraguai/MT: reocupação recente e transformação socioambiental. In: Anais do IV Seminário Nacional Universidade e Meio Ambiente; 1990; UFSC, Florianópolis. p.165.
26. Sahlins M. *Sociedades tribais*. Rio de Janeiro: Zahar; 1970.
27. Woortmann E. *Herdeiros, parentes e compadres*. São Paulo: Hucitec; 1995.
28. Possas C. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 1989.
29. Samaja J. *A reprodução social e a saúde: elementos metodológicos sobre as questões das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2000.
30. Mato Grosso. *Anuário estatístico*. Mato Grosso: Secretaria do Planejamento; 2004.
31. Minayo MCS. Representações da cura no catolicismo popular. In: Minayo MCS, Alves PC. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p. 57-71.
32. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
33. Oliveira FA. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6(10):63-74.
34. Ferreira J. O corpo signo. In: Minayo MCS, Alves PC. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p. 101-112.