



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA, SAÚDE E SOCIEDADE

CINTHIA DE CASTRO SANTOS

“EU REZO E TOMO MEUS BANHOS DE ERVAS”
Narrativas ribeirinhas de padecimento e cuidado em saúde mental na Ilha do Combu –
Belém/ Pará

Belém-Pará
2024



CINTHIA DE CASTRO SANTOS

“EU REZO E TOMO MEUS BANHOS DE ERVAS”

Narrativas ribeirinhas de padecimento e cuidado em saúde mental na Ilha do Combu –
Belém/ Pará

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Psicologia da Universidade Federal do Pará, como
requisito para obtenção do grau de Doutora em
Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia, Sociedade e Saúde

Orientador: Prof^o. Dr. Márcio Mariath Belloc

Belém-Pará
2024



FICHA CATALOGRÁFICA



CINTHIA DE CASTRO SANTOS

“EU REZO E TOMO MEUS BANHOS DE ERVAS”

Narrativas ribeirinhas de padecimento e cuidado em saúde mental na Ilha do Combu –
Belém/ Pará

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Psicologia da Universidade Federal do Pará, como
requisito para obtenção do grau de Doutora em
Psicologia.

Linha de pesquisa: Psicologia, Sociedade e Saúde

Orientador: Prof^o. Dr. Márcio Mariath Belloc

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Conceito:

Banca examinadora:

Prof.^o Dr. ^o Márcio Mariath Belloc
Presidente / PPGP – UFPA

Prof.^a. Dr^a. Károl Veiga Cabral
Membro interno / PPGP – UFPA

Prof.^o Dr.^o Alcindo Antônio Ferla
Membro interno / PPGP – UFPA

Prof.^o Dr.^o Martín Correa-Urquiza
Membro externo / Universitat Rovira I Virgili – URV

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani
Suplente / PPGP – UFPA

Belém-Pará
2024

À Maria Helena.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da Universidade Federal do Pará (UFPA) pelo interesse e acolhimento pela pesquisa aqui desenvolvida e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo à realização dessa pesquisa.

Ao Márcio Mariath Belloc pela parceria acadêmica e amizade, desde o início.

À Károl Veiga Cabral, pelo acolhimento, troca e tantas gentilezas acadêmicas.

Ao Prof^o. Dr. Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira I Virgili / URV) e ao Prof. Dr. Julio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz / FIOCRUZ) pelas estimadas contribuições, quando do exame de qualificação desta pesquisa.

Aos amigos do Mestrado, que seguiram o caminho comigo no Doutorado e com os quais compartilhei as dores e as delícias de quem escolhe a pesquisa e a vida acadêmica.

Aos amigos do Doutorado, com os quais vivenciei os desafios de fazer pesquisa em meio à todas as vicissitudes da pandemia de COVID-19 e ainda, resistindo a um (des)governo que desvalorizou e descreditou a ciência de todas as formas. Ninguém soltou a mão de ninguém.

Aos amigos de dentro e fora do meio acadêmico, que foram pontos de apoio, amparo, incentivo e muitas vezes de refúgio em todo o processo do doutoramento, e que não nomearei por temer uma possível injustiça da minha memória.

À comunidade ribeirinha do Igarapé do Piriquitaquara, em especial à Giselle, pelo acolhimento e aprendizado.

À Edinete e Carlos, por serem vida e lar. Sem eles nada disto seria possível.

Flanar pela cultura amazônica, deter-se aqui e ali, recorrer aos passado, reenviar-se ao presente, distrair-se minunciosamente num lugar, apressar-se atentamente noutro, em suma, caminhar sem a obrigação imediata de um fim. Uma flânerie de viagem labiríntica em um mundo em que os deuses ainda não estão ausentes, as pessoas são capazes de prodígios diante da natureza e da vida, em que ainda não se deu o desterro no numinoso. Um mundo no qual as significações não desapareceram e antes de a indústria do consumo se apodere inteiramente dos homens, transformando-os em coisas. Enfim, numa vida cultural em que o “ainda” é uma palavra-chave seja de pesar, seja de esperança.

(Loureiro, 1991 [2015], p. 33).

RESUMO

Esta tese de doutorado em psicologia parte do interesse em compreender os processos de interação envolvidos nas experiências de padecimento e cuidado em saúde mental, de comunidades ribeirinhas na Ilha do Combu, situada na cidade de Belém do Pará, que constroem o repertório de narrativas dos modelos explicativos de padecimento e cuidado. Quando o padecimento é olhado apenas pelo lado biológico, quando não há o reconhecimento dos significados de forma ampla para o usuário e seus familiares, há uma interferência no reconhecimento de problemas que podem ser perturbadores, mas potencialmente tratáveis no modo de vida do usuário. O padecimento é polissêmico, as experiências são variadas e por isso vale à pena examinar cada um dos sentidos, tanto em uma perspectiva clínica como também antropológica. Assim, a interpretação do que é o adoecimento também pode contribuir para um trabalho mais efetivo de cuidado dentro de uma lógica territorial. Em concordância com os pressupostos da antropologia médica optou-se por usar o termo “padecimento”, pois fazemos referência à compreensão e experiência popular sobre doença e/ou sofrimento, tal qual nos aponta a definição de *illness*. Outro conceito que também utilizaremos ao longo do trabalho é o de modelos explicativos, entendidos pelas formas como se entende científica e popularmente um processo de saúde/adoecimento/atenção, incluindo as formas de prevenção, tratamento, controle, alívio ou cura de uma determinada condição. O trabalho dá visibilidade às formas de entendimento, explicação e cuidado das questões relacionadas à saúde mental dessa comunidade, e pelas narrativas da própria comunidade e da observação participante, busca conhecer como estas compreensões foram construídas. Conhecer o que está posto e adentrar no campo do não posto. Assim, o estudo inicia por uma pergunta: como se dão os processos que decorrem da experiência de padecimento e cuidado em saúde mental destas comunidades ribeirinhas? Reconhecer e permitir a mediação entre os saberes técnicos, populares e tradicionais nos ajuda na compreensão dos itinerários terapêuticos percorridos por uma determinada população. A etnografia que nos convocou a uma imersão no campo da pesquisa, a vivenciar o campo e estar junto aos sujeitos da pesquisa, estabelecer uma relação com os sujeitos para que possibilitássemos o protagonismo destes no processo. Como resultados desse estudo identificamos que os modelos de padecimento e as práticas de autocuidado em saúde mental da comunidade ribeirinha foram construídos a partir de experiências pessoais e de grupo que foram passados de geração em geração de famílias de origens quilombolas e indígenas, além das práticas biomédicas. Os efeitos de encantamentos também estão presentes e as narrativas são atravessadas pelo saber da instituição psiquiatria, havendo uma dupla possibilidade de explicar o padecimento localizado entre a loucura e misticismo, além de uma ativa influência das religiões neopentecostais nas narrativas de padecimento e autocuidado. Seria uma narrativa que se repete e se reconta sobre a colonização da história de vida das comunidades tradicionais deste território? Propomos com isto uma reflexão sobre a interveniência sobre os modelos explicativos ribeirinhos efetivada tanto pelo modelo biomédico hegemônico quanto por práticas religiosas cristãs neopentecostais.

Palavras-chave: saúde mental; modelos explicativos; população ribeirinha; etnografia

ABSTRACT

This doctoral thesis in psychology is based on the interest in understanding the interaction processes involved in the experiences of illness and care in mental health, in riverside communities on Combu Island, located in the city of Belém do Pará, which build the repertoire of narratives of the explanatory models of illness and care. When the illness is seen only from the biological side, when there is no recognition of the meanings in a broad way for the users and their family members, there is an interference in the recognition of problems that can be disturbing, but potentially treatable in the user's way of life. Illness *is* polysemic, experiences are varied and therefore it is worth examining each of the senses, both from a clinical and anthropological perspective. Thus, the interpretation of what illness is can also contribute to more effective care work within a territorial logic. In accordance with the assumptions of medical anthropology, it was decided to use the term “illness”, as we refer to the popular understanding and experience of illness and/or suffering, as indicated by the definition of illness. Another concept that we will also use throughout the work is that of explanatory models, understood by the ways in which a health/illness/care process is scientifically and popularly understood, including forms of prevention, treatment, control, relief or cure of a certain condition. The work gives visibility to the ways of understanding, explaining and caring for issues related to mental health in this community, and through the narratives of the community itself and participant observation, it seeks to understand how these understandings were constructed. Knowing what is in place and entering the field of what is not in place. Thus, the study begins with a question: how do the processes that result from the experience of illness and mental health care occur in these riverside communities? Recognizing and allowing mediation between technical, popular and traditional knowledge helps us understand the therapeutic itineraries followed by a certain population. Ethnography called us to immerse ourselves in the field of research, to experience the field and be with the research subjects, establishing a relationship with the subjects so that we could enable them to play a leading role in the process. As a result of this study, we identified that suffering models and self-care practices in mental health in the riverside community were constructed from personal and group experiences that were passed down from generation to generation of families of quilombola and indigenous origins, in addition to biomedical practices. The effects of enchantments are also present and the narratives are permeated by the knowledge of the psychiatric institution, with a double possibility of explaining the illness located between madness and mysticism, in addition to a lofty influence of neo-Pentecostal religions in the narratives of illness and self-care. Would it be a narrative that is repeated and retold about the colonization of the life history of the traditional communities of this territory? With this, we propose a reflection on the intervention in riverside explanatory models carried out both by the hegemonic biomedical model and by neo-Pentecostal Christian religious practices.

Keywords: mental health; explanatory models; riverside people; ethnography

RESUMEN

Esta tesis de doctorado en psicología parte del interés en comprender los procesos de interacción en las experiencias de padecimiento y cuidado en salud mental, de comunidades ribereñas en la Isla del Combu, situada en la ciudad de Belém del Pará, que construyen el repertorio de narrativas de los modelos explicativos de padecimiento y cuidado. Cuando la mirada hacia el padecimiento es sólo biológica, cuando no hay el reconocimiento de los significados de forma amplia para el usuario y sus familiares, hay una interferencia en el reconocimiento de problemas que pueden ser perturbadores, pero potencialmente tratables en el modo de vida del usuario. El padecimiento es polisémico, las experiencias son diversas y por ello vale la pena examinar cada uno de los sentidos, tanto en una perspectiva clínica como una perspectiva antropológica. Así la interpretación de lo que es el enfermar también puede contribuir para un trabajo más efectivo de cuidado dentro de una lógica territorial. En acuerdo con los presupuestos de la antropología médica, se ha optado por el término “padecimiento”, haciendo referencia a la comprensión y experiencia en el sentido común sobre enfermedad y/o sufrimiento, tal cual nos apunta la definición de *illness*. Otro concepto utilizado a lo largo del trabajo son los modelos explicativos, entendidos por las formas como se entiende científicamente y/o popularmente un proceso de salud/enfermedad/atención, incluyendo las formas de prevención, tratamiento, control, alivio y/o cura de una determinada condición. El trabajo da visibilidad a las formas de entendimiento, explicación y cuidado de las cuestiones relacionadas a la salud mental de esta comunidad, por las narrativas de la propia comunidad y de la observación participante; busca conocer como estas comprensiones han sido construidas. De esta forma, el estudio inicia por una pregunta: ¿cómo se estructuran los procesos vinculados a la experiencia de padecimiento y cuidado en salud mental de esas comunidades ribereñas? Reconocer y permitir la mediación entre los saberes técnicos, populares y tradicionales nos ayuda en la comprensión de los itinerarios terapéuticos recorridos por una determinada población. La etnografía que nos ha convocado a una inmersión en el campo, a vivenciar el campo y estar junto a los sujetos de la investigación, establecer una relación con los sujetos para que posibilitásemos su protagonismo en el proceso. Como resultados del estudio identificamos que los modelos de padecimiento y las prácticas de cuidado y autocuidado en salud mental de la comunidad han sido construidos a partir de experiencias personales y de grupo, pasadas de generación a otra de familias de orígenes quilombolas e indígenas, además de las prácticas biomédicas y religiosidad cristiana. Los efectos de encantamientos están presentes, pero las narrativas son atravesadas por el saber psiquiátrico, habiendo posibilidad explicativa diversa sobre el padecimiento, localizado entre locura y misticismo, además de una alta influencia de las religiones neopentecostales en las narrativas de padecimiento y cuidado. ¿Sería una narrativa que se repite y se recuenta sobre la colonización de la historia de vida de las comunidades tradicionales del territorio? Proponemos con ello una reflexión sobre la intervención tanto del modelo biomédico hegemónico cuanto por prácticas religiosas cristianas neopentecostales.

Palabras clave: salud mental; modelos explicativos; población ribereña; etnografía

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário De Saúde
AP	Atenção Primária
APA	Área De Proteção Ambiental
CAPS	Centro De Atenção Psicossocial
CID	Catálogo Internacional De Doenças
CNSM	Conferência Nacional De Saúde Mental
CNS	Conferência Nacional De Saúde
COVID-19	Doença Causada Pelo Corona Vírus 19
DABEL	Distrito Administrativo De Belém
DABEN	Distrito Administrativo Do Bengui
DAENT	Distrito Administrativo Do Entroncamento
DAGUA	Distrito Administrativo Do Guamá
DAICO	Distrito Administrativo De Icoaraci
DAMOS	Distrito Administrativo De Mosqueiro
DAOUT	Distrito Administrativo De Outeiro
DASAC	Distrito Administrativo Da Sacramenta
CEP	Comitê De Ética Em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde Da Família
ESFR	Estratégia Saúde Da Família Ribeirinha
ESFF	Equipes De Saúde Da Família Fluviais
EUA	Estados Unidos Da América
FHCGV	Hospital De Clínicas Gaspar Vianna
DABEL	Distrito Administrativo De Belém
DABEN	Distrito Administrativo Do Bengui
DAENT	Distrito Administrativo Do Entroncamento
DAGUA	Distrito Administrativo Do Guamá
DAICO	Distrito Administrativo De Icoaraci
DAMOS	Distrito Administrativo De Mosqueiro
DAOUT	Distrito Administrativo De Outeiro
DASAC	Distrito Administrativo Da Sacramenta
IT	Itinerário Terapêutico

IURD	Igreja Universal Do Reino De Deus
MT	Medicina Tradicional
MC/A	Medicina Complementar/Alternativa
NASF	Núcleo De Apoio À Saúde Da Família
OMS	Organização Mundial De Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana Da Saúde
PICS	Práticas Integrativas E Comunitárias
PNSIPCF	Política Nacional De Saúde Integral Das Populações Do Campo E Da Floresta
PSF	Programa Saúde Da Família
RAPS	Rede De Atenção Psicossocial
RT	Residência Terapêutica
SESMA	Secretaria Municipal De Saúde De Belém
SIC	Segundo Informações do Cliente
SUS	Sistema Único De Saúde
UBS	Unidade Básica De Saúde
UBSF	Unidades Básicas De Saúde Fluviais

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE UM (NÃO)MÉTODO.....	24
2.1	Do estranhamento ao conhecimento: a etnografia como ferramenta de investigação.....	24
2.2	Saúde, doença e cultura: uma abordagem antropológica.....	34
2.3	A função social das narrativas no contexto da saúde e da doença.....	38
3	OS CONCEITOS GUIA.....	43
3.1	A perspectiva polissêmica do padecimento: modelos explicativos, narrativas e experiências.....	43
3.2	Autocuidado: pluralidades e polifonia	48
3.3	Racionalidades médicas: uma antípoda ao modelo das práticas integrativas e complementares.....	52
4	COMUNIDADES RIBEIRINHAS E O CUIDADO EM SAÚDE.....	57
4.1	Comunidades tradicionais e as narrativas de padecimento e cuidado.....	57
4.2	Território e saúde: as comunidades ribeirinhas da ilha do Combu.....	61
5	CAMINHOS ETNOGRÁFICOS DO CAMPO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS NARRATIVAS RIBIERINHAS.....	66
5.1	Narrativas de padecimento e cuidado enviesados pelo saber médico hegemônico.....	68
5.2	Narrativas de padecimento e cuidado pelo olhar dos saberes tradicionais, indígenas e das religiões católica e afro religiosas.....	75
5.3	Narrativas de padecimento e cuidado no campo minado da neopentecostalização.....	84
6	CONSIDERAÇÕES PARA ANTES DO FIM.....	91
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	109
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	111

1 INTRODUÇÃO

Esta tese de doutorado partiu do meu interesse em compreender os processos de interação envolvidos nas experiências de padecimento e cuidado de comunidades ribeirinhas na Ilha do Combu, situada na cidade de Belém do Pará, que constroem o repertório de narrativas dos modelos explicativos de padecimento e cuidado em saúde mental. Importa dizer que este tema me é muito caro e me implica diretamente a partir de algumas experiências de vida. Bisneta e neta de pessoas que nasceram e cresceram às margens de rios no estado do Pará, precisamente nos municípios de Ponta de Pedras e Muaná, filha de quem passou a infância vivenciando a vida ribeirinha nestes municípios, bem como, a minha própria infância no interior do estado do Pará, no município de Abaetetuba, às margens do Rio Maratauíra.

Cresci cercada de histórias sobre a vida na beira dos rios, a sobrevivência com recursos do rio e da mata, sobre encantarias, práticas de cuidado criadas e repassadas de geração em geração na figura de parteiras, benzedeiras, uso de ervas, e explicações de toda ordem sobre adoecimento, cura, vida e morte. E, ainda que católica por criação e com acesso à serviços de saúde pública e particular, passava regularmente por benzedeiras e fazia uso das ervas por chá de infusão ou banhos, imposição de mãos pelo passe ou benzimento, para afastar e curar toda ordem de padecimento que pudesse ser explicado ou não como “mau agouro”, e para proteger o corpo e o espírito. O rio era a minha rua e meu acesso à Belém do Pará. À cada viagem deixava a curiosidade seguir o caminho do barco, admirando as ilhas, a distância entre elas, se a maré estava baixa ou alta, as palafitas, sempre curiosa em saber como viviam as pessoas que ali moravam, se tinham a mesma experiência de vida que aprendi ouvindo as minhas avós.

Já adulta e na vida acadêmica e profissional, o curso de Psicologia me permitiu ter acesso à explicação biomédica de adoecimento e cura dos transtornos e sofrimento mental, mas foi ao trabalhar nos serviços de saúde mental da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município de Belém e no distrito da Ilha de Mosqueiro que ouvi, pela primeira vez, discursos conflitantes sobre os padecimentos em saúde mental.

Em minhas passagens como profissional pela Unidade Básica de Saúde (UBS), no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), nas Residências Terapêuticas (RT) e na Clínica Psiquiátrica do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), nos setores de emergência e internação, pude ouvir toda a sorte de explicações sobre a origem do padecimentos em saúde mental atendendo usuários e familiares, como a desobediência em entrar na mata ou no rio sem pedir permissão às entidades protetoras, mas também de tratamento e cura através da pajelança

cabocla, principalmente no CAPS da Ilha de Mosqueiro e na Clínica Psiquiátrica do FHCGV, onde o perfil dos usuários é, em sua maioria, de pessoas que moram nos interiores do Pará, muitas delas vivendo ou se aproximando de uma realidade ribeirinha.

Estas experiências profissionais como psicóloga, a experiência de ser cuidada em um centro espírita, a prática de canoagem nos rios que banham a cidade de Belém e o contato mais de perto com comunidades ribeirinhas na ilha do Combu, no furo do Maracujá, entre outros, me levaram para um lugar de memória afetiva de minha infância e me implicaram neste lugar de pesquisadora. Memórias que me fizeram questionar as minhas próprias experiências de padecimento e a minha relação com as práticas de cuidado de sabres populares e com as práticas biomédicas, pois ainda hoje vivo entre as duas.

Quando usuários e seus familiares chegam nesses serviços, já no momento do acolhimento e a primeira escuta da queixa, é possível identificar que há casos em que, para o profissional da saúde, esta denotaria um sofrimento mental (se levarmos em consideração a descrição de sinais e sintomas dos manuais nosográficos, como o Catálogo internacional de Doenças – CID), para eles é vivenciado como sofrimento, mas também como uma experiência de vida, uma provação, ou até mesmo a descoberta de um dom. Porém, estes discursos são registrados em prontuários apenas (quando o são) como “Segundo Informações do Cliente (SIC)”, caracterizados como queixas e sintomas do tipo “delírios místicos”, desconsiderados no momento dos cuidados prescritos, mas considerados como possível persistência de sintomas positivos para uma psicopatologia (“paciente refere escutar seu guia espiritual todas as noites, às 22h”, por exemplo). Em outras palavras, a percepção das pessoas, as suas queixas de padecimento sobre o que lhes acontecem são, invariavelmente, validadas apenas sob a forma de um discurso sintomático de algum transtorno mental grave e persistente e, apagado como possibilidade inclusive de responsabilização pelo seu tratamento em um viés de autocuidado e entendimento sobre o seu padecimento.

Posto isso, destaco de antemão alguns termos que foram utilizados no decorrer deste trabalho, para fim de esclarecimento sobre a escolha de uso. O psiquiatra e antropólogo estadunidense e um dos principais nomes dentro da antropologia médica, Arthur Kleinman (1988), propôs uma diferença importante para o que, em português, conceituamos como “doença”: os termos *illness*, *sickness* e *disease*. Segundo ele (1988) *Illness* refere-se à percepção que o sujeito doente e sua família, ou quem mais enquadrado nas relações sociais do sujeito, têm em relação à doença, como vivem com isto, seus sintomas e incapacidades. Os profissionais conhecem a doença a partir de uma leitura teórica e das suas práticas particulares e isto é o que Kleinman (1988) chamou de *disease*. *Sickness* refere à compreensão de um padecimento em

um contexto macrossocial, que inclui fatores econômicos, políticos e institucionais, por exemplo, e que influenciam no surgimento, percepção e práticas de cuidado de uma população.

É por esta razão que, neste trabalho, em concordância com os pressupostos da antropologia médica optei por usar o termo “padecimento”, pois faço referência também à compreensão e experiência vivida sobre doença e/ou sofrimento, tal qual nos indica a definição de Kleinman.

Desta forma, pensar sobre a produção dos processos de padecimento em territórios amazônidas, nos impõe a necessidade de um olhar também sobre sua cultura. João de Jesus Paes Loureiro (1991 [2015]), escritor e poeta paraense natural de Abaetetuba, nos conta sobre as populações tradicionais da Amazônia a partir das influências das águas, matas e encantarias, nas quais o imaginário e o vivido se entrelaçam nas histórias, constroem e nos ajudam na compreensão da relação entre a natureza e estes povos, em seus modos de vida e produção de saberes. Essa relação de trocas entre o homem e o espaço em que vive é permanente na Amazônia, onde o espaço físico é feito de rios e florestas, onde há “[...] uma geografia do esplendor da tropicalidade, da qual emana o sentido do sublime, do imediato, da exuberância cósmica” (Loureiro, 1991 [2015], p.136).

Lima (2008), em um estudo realizado à respeito dos saberes dos povos da floresta Amazônica na região norte do país, relata que as comunidades ribeirinhas observam a natureza e elaboram os saberes de forma não linear, intuitiva, mas também de maneira racional que se confirma ou não nas experiências que vivenciam. A construção desse saber não categoriza o pensamento em razão ou emoção e nos possibilita uma via de análise que possui um método próprio de elaboração do conhecimento, que não valida ou invalida o chamado conhecimento cartesiano científico, mas: “baseia-se num processo de observação, repetição, experimentação e comprovação, conforme o jeito desses povos de prestarem atenção à vida” (Lima, 2008, s/p). Por isso, ambos os conhecimentos devem ser considerados em suas formas e características específicas quanto aos resultados teóricos e práticos.

Estes primeiros pontos são de suma importância para a discussão empreendida neste trabalho. A proposta foi de adentrar o universo particular de comunidades ribeirinhas amazônicas, conhecer seus saberes sobre saúde e doença e entender como estes saberes transitam dentro dos espaços dos serviços de saúde.

No que diz respeito às condições balizadas pelas políticas públicas de saúde, temos uma direção possível para iniciar a caminhada. Após as resoluções da 14ª Conferência Nacional de Saúde / CNS (2011), o Ministério da Saúde instituiu, no mesmo ano, a “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta” (PNSIPCF) através da Portaria nº

2.866/2011, como garantia de reconhecimento dos determinantes sociais nos processos de saúde e doenças destas populações (Brasil, 2013), e em cumprimento ao princípio do SUS que versa sobre a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, à assistência integral e à igualdade de assistência à saúde sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie (Brasil, 1990).

É a partir desta portaria que as comunidades ribeirinhas são instituídas como comunidades tradicionais, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011), caracterizadas como “povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução sociais relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo” (Brasil, 2011, p. 2). A portaria também inclui como comunidades tradicionais: camponeses; agricultores familiares; trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo; trabalhadores rurais assentados e acampados; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações atingidas por barragens; dentre outros.

No entanto, quando falamos do processo de saúde/adoecimento/atenção (Menéndez, 2018) no campo da saúde mental, estas peculiaridades das comunidades ribeirinhas tornam o estudo, a assistência e a gestão em saúde mental ainda mais desafiadores. Primeiro porque o território geográfico apresenta heterogeneidades e complexidades peculiares. Estas comunidades (bem como as indígenas e as quilombolas) têm diferentes necessidades e especificidades culturais. O próprio componente da prevenção e promoção da assistência, a atenção básica em saúde, por exemplo, é precária e subfinanciada (Rocha *et al.*, 2021).

Segundo porque, tecnicamente, não há uma diretriz específica para a população ribeirinha dentro da Rede de atenção Psicossocial (RAPS), o que nos permite inferir que isto facilitaria a generalização da assistência e um certo silenciamento – e porque não dizer um negligenciamento, dos saberes populares sobre suas próprias experiências sobre o padecimento em detrimento de um saber hegemonicamente biomédico, nos serviços da RAPS.

Com os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica em sua contínua implementação, como princípio, o cuidado em saúde deveria passar a ser pensado e executado respeitando o território ao qual o sujeito pertence, um cuidado igual nas diferenças (Brasil, 1990; Brasil, 2001). Esse território, que é híbrido e se constrói com a história, mas também é ativo em relação à ela, não é, portanto, o território em si, mas o território usado constituído de “[...] objetos e ações, sinônimo de espaço humano e espaço habitado” (Santos, 1998, p. 16). É resultado de um meio contruído e de um meio que se movimenta com a sociedade, do trabalho

vivo e do trabalho morto, que nos convoca a compreender a constituição de um território que, como um todo, se desenvolve de determinada forma organizada (Viana *et al.*, 2008).

Desta forma, o cuidado em saúde deve ser feito respeitando as peculiaridades do espaço geográfico, mas também o espaço das narrativas sobre como as pessoas de uma determinada comunidade compreendem, se relacionam, assistem e buscam assistência, buscam formas de cura, se relacionam entre si sobre as suas experiências doença e de padecimento, compreendendo então o território de maneira sistemática.

Sobre isto, Kleinman (1988) nos ensina que há um problema quando o padecimento é olhado apenas pelo lado biológico, pois não reconhecer os significados de forma ampla para o usuário e seus familiares interfere no reconhecimento de problemas que podem ser perturbadores, mas potencialmente tratáveis no modo de vida do usuário. O padecimento em sua dimensão *ilness* é polissêmico, as experiências são variadas e por isso vale à pena examinar cada um dos sentidos, tanto em uma perspectiva clínica como também antropológica. Assim, a interpretação do que é o adoecimento também pode contribuir para um trabalho mais efetivo de cuidado (Kleinman, 1988) e, portanto, dentro de uma lógica territorial.

Essa breve aproximação às especificidades das comunidades dos povos tradicionais e a proposta de entendimento e abordagem a partir dos padecimentos já nos permitiu algumas problematizações preliminares. Até que ponto as manifestações culturais presentes no processo saúde/adoecimento/atenção destas populações são colonizadas pelos profissionais de saúde e transformadas em nosografias dentro de uma perspectiva biomédica e/ou psicopatológica? Como garantir as ações no âmbito da saúde que não somente possam respeitar essa cultura, mas também utilizá-la na construção das práticas de cuidado?

A partir disto, podemos nos familiarizar a outro conceito que foi utilizado ao longo do trabalho: Modelos de Cuidado, os quais segundo Menéndez (2018) caracterizam todas as formas de prevenção, tratamento, controle, alívio ou cura de uma determinada condição. Todas as sociedades conhecidas têm experiência de doenças (a partir de modelos explicativos de doença) e cada uma destas sociedades construiu formas específicas de cuidado e prevenção para reduzir ou conviver com as condições que eles reconhecem como sendo condições de doença e, portanto, estes modelos de explicação de padecimento são construídos a partir das diferentes formas de autocuidado do padecimento (Menéndez, 2018).

Vilas Boas (2016), em pesquisa realizada com comunidades ribeirinhas do Baixo Madeira, em Porto Velho, constatou que o saber popular praticado pelo ribeirinho privilegia uma terapêutica natural que envolve ervas medicinais e aspectos psicossociais tais quais crenças e religiosidade e que constituem seus processos de rituais de cura e promoção de saúde na

comunidade. A comunidade lança mão de chás de ervas, rezas, garrafadas que são administradas por especialistas locais como rezadores, benzedores, curandeiros, pajés e parteiras. As comunidades ribeirinhas constroem saberes e normativas para vivência e manutenção do grupo, engendrando subjetividades próprias e nelas está incluído o cuidado em saúde que é adaptado ao contexto sociocultural e, portanto, que caracteriza-as (as comunidades) como um “conjunto social específico”.

Um bom exemplo disto foi demonstrado no estudo de Maués (2014) em uma comunidade de pescadores do litoral do Pará, Itapuá, no município de Vigia, na qual a pajelança cabocla é uma das várias medicinas populares da Amazônia e na qual o pajé é um dos especialistas locais no tratamento de doenças juntamente com o “experiente”, a parteira, o benzedor ou benzedeira, o espírita (alguém da doutrina kardecista que atende aos doentes), e o que chamam de “farmacêutico” (por ser o dono da farmácia, mas quem também receita as medicações), além das igrejas pentecostais que utilizam do exorcismo e do poder do Espírito Santo para a cura de doenças.

Silva (2007) disserta dizendo que

A vida do homem ribeirinho amazônico é perpassada pela subjetividade e sincretismo, colocadas pela sua cultura e meio social. Há uma projeção, criação e recriação do seu imaginário, constituindo o mundo que o circunda. Mesmo sua vivência advinda de um tempo próprio, seja mítico ou cíclico, essas comunidades também vivem um tempo linear e contemporâneo. Ainda que venha de um processo de invisibilidade, é interessante desvelar suas identidades, suas ambiguidades e diferenciações sociais. Esta última responsável pelo entrave quanto à emancipação social e política (p. 63).

As várias formas de autocuidado e de atendimento interagem com as chamadas experiências de padecimento (*illness experience*) e estas também incluem passar para o grupo social, de maneira categorizada e explicativa, as angústias vivenciadas pelos processos fisiopatológicos, o julgamento de quando procurar ajuda em serviço de saúde ou um tratamento, quando iniciá-lo, a melhor forma de lidar com as questões que a doença (*sickness*) pode trazer, decidir mudar hábitos alimentares, usar de medicações prescritas ou não ou, buscar tratamentos alternativos, as questões emocionais que envolvem esse processo, entre outros (Kleinman, 1988).

Assim os problemas de padecimento (*illness problems*) estão relacionados aos sentimentos de incapacidade que criamos em nossas vidas. Em outras palavras, eles são sempre resultado da experiência da doença e isto tem relação com orientações culturais e sociais que temos nos nossos locais de vida. A maneira como aprendemos a pensar, como compreendemos e como tratamos uma doença é sempre modelada pela cultura, e, por esta razão, existem formas de adoecimento “normais e anormais”, pode-se assim dizer. No entanto, a maneira como cada

um adoecer é sempre distinta porque dela depende a nossa própria história de vida (Kleinman, 1988).

Já as queixas de padecimento se referem ao que usuários e familiares levam ao profissional, e quando os “idiomas de padecimento” (o do paciente e o do profissional) são compartilhados ali há uma melhor possibilidade de entendimento neste encontro, pois o profissional também foi socializado em uma experiência coletiva particular da doença, a partir de uma leitura teórica e de suas práticas particulares (Kleinman, 1988).

Segundo Piani *et al.* (2014), quando se fala de processos de saúde e doença deve-se considerar que uma matriz de práticas de saúde já era vivenciada por uma comunidade, em uma determinada região, antes que um serviço de saúde fosse oferecido. Em outras palavras, naquela comunidade já haviam sido criados modelos explicativos de padecimento e modelos explicativos de cuidado.

Importa falar que, embora as comunidades tradicionais tenham suas próprias formas de autocuidado, Menéndez (2018) relata como nas sociedades latino-americanas atuais, incluindo os povos originários, existem várias formas de cuidado e atendimento de doenças nas quais o modelo biomédico aparece de forma mais hegemônica, mas também, está em processo de expansão. Esta é uma questão importante para se questionar a respeito dos estudos de olhar antropológico que eram dominantes em alguns países sobre o processo “saúde/adoecimento/atenção/prevenção [s/a/a/p]” e que foram produzidos sobre comunidades indígenas latino-americanas, que se ocupavam em descrever as atividades de autocuidado popular (a busca por curandeiros, por exemplo) e não consideravam que as questões biomédicas também estavam presentes dessas formas de autocuidado e ganhavam cada vez mais espaço dentro das comunidades (Menéndez, 2018).

É uma questão importante também para este trabalho porque seria um erro não considerar a ideia de que a comunidade do estudo tem acesso (ainda que mínimo ou não) aos serviços de saúde e saúde mental do município onde estão, e, portanto, seus modelos explicativos de padecimento e de cuidado podem incluir de alguma forma conceitos biomédicos, ainda que explicados à sua maneira, por isto continuam dentro da noção de padecimento.

Como já citado anteriormente, utilizei neste trabalho conceitos propostos pela antropologia médica. A antropologia nasce, segundo Peirano (2014) da etnografia, e assim, para nos auxiliar com a possibilidade de responder nossos questionamentos, seguiremos o percurso proposto pela mesma.

O estudo pretendia dar visibilidade às formas de entendimento, explicação e cuidado das questões relacionadas ao adoecimento mental em comunidades ribeirinhas da Ilha do Combu, mas, para além disto, conhecer, a partir da fala da própria comunidade e da observação participante, como estas compreensões foram construídas, e suas relações. Conhecer o que está posto e adentrar no campo do não posto. Assim, iniciaremos o estudo como uma pergunta: como se dão os processos que decorrem da experiência de padecimento e cuidado em saúde mental destas comunidades ribeirinhas?

As descrições dos serviços de saúde da RAPS que estão disponíveis (ou não) para os sujeitos da pesquisa, a questão do acesso a estes e/ou a prática dos profissionais de saúde destes serviços e a compreensão destes modelos explicativos da comunidade para os profissionais podem ser úteis ou necessárias de acordo com as nuances e os desdobramentos da pesquisa.

De acordo com Nakamura (2009), desde o final do século XIX, saúde, doença, formas de tratamento e cura têm sido objetos de estudo para a antropologia, que, através da descrição e análise dos estudos etnográficos possibilitaram a esta ciência um conhecimento acumulado das diferentes experiências sobre estes fenômenos nas diversas sociedades e grupos sociais, como mencionaremos no subcapítulo sobre Antropologia médica e Antropologia da saúde.

Em outro trabalho, a mesma autora (2011) também reflete criticamente sobre as contribuições teóricas e metodológicas do referencial antropológico para as pesquisas em saúde e constrói algumas orientações em cima destas críticas. Isto nos ajudará a pensar nosso percurso metodológico, juntamente com a contribuição de outros autores e autoras já aqui mencionados.

Em relação à observação, é preciso que o pesquisador se afaste do etnocentrismo e da relativização e para isso é exigido que o mesmo possa

[...] contatar os pesquisados (os “nativos” das pesquisas em saúde, usuários de serviços de saúde, trabalhadores ou gestores da saúde, entre outros) e despir-se de seus preconceitos e valores para compreender os de outros. Essa última condição refere-se principalmente ao risco de que os conhecimentos adquiridos nas ciências biomédicas e a visão científica sobre saúde, doença e formas de tratamento e cura se sobreponham a outros sentidos que esses fenômenos possam adquirir para os “nativos” (Nakamura, 2011, p. 100).

Para auxiliar na compreensão e na análise do que está proposto no estudo, lancei mão dos conceitos da antropologia médica a partir das narrativas de padecimento destas comunidades. O que pretendia era permitir um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde mental das comunidades ribeirinhas, em especial da Ilha do Combú, na Amazônia brasileira. Assim, como relevância destacou-se que a pesquisa contribui para o incentivo à outros estudos sobre modelos explicativos de padecimento, pois o reconhecimento de um “problema” de forma ampla e não somente biomédica afeta diretamente a efetividade e eficiência do cuidado; ao

incentivo à estudos sobre o uso de saberes populares e biomédicos nos serviços de saúde mental e como estes transitam nestes espaços; bem como para ampliação de possibilidades de estudo em saúde mental sobre o universo particular das comunidades ribeirinhas amazônicas; tornando-se instrumento para discussão sobre a implementação de uma diretriz específica para esta população dentro da Política Nacional de Saúde Mental Brasileira e, as discussões sobre a implementação dos saberes ribeirinhos (comunidades tradicionais) nas Práticas Integrativas e Comunitárias (PIC's) no SUS e; que seus resultados reiterem a importância da equidade do cuidado a partir da noção de território e uma melhor gestão e assistência de recursos e serviços de baixa a alta complexidade, destinados às comunidades ribeirinhas da Amazônia.

De tal forma, neste trabalho parti da evidência pela experiência no campo de que os modelos explicativos de padecimento e cuidado em saúde mental das comunidades ribeirinhas são colonizados pelo saber biomédico dos profissionais da RAPS. Isto posto, questionei como foram construídos os modelos de explicação de padecimento e de autocuidado em saúde mental, nas comunidades ribeirinhas do estudo. Havia um papel direto e indireto do saber biomédico na construção destes modelos? Quais eram formas de autocuidado? As narrativas locais eram validadas nos serviços de saúde mental? As respostas dos profissionais de saúde silenciavam as experiências de padecimento destas comunidades?

Realizei um estudo etnográfico que também incluiu a intenção de conhecer e descrever, a partir das narrativas da comunidade, os processos de autocuidado destas, e é exatamente quando uma pesquisa se constrói principalmente na perspectiva da etnografia, que o campo se torna uma aposta com a qual deixamos que ele nos direcione por todo o percurso do estudo.

Os resultados mostraram que o campo também pode ser inesperado. Estes estão organizados em três capítulos: No primeiro capítulo, fiz algumas considerações sobre o (não)método da pesquisa a partir da Etnografia, da Antropologia da Saúde e das Narrativas. Optei por iniciar por aqui a fim de localizar o leitor para os capítulos que seguirão, e, importa destacar, que nem a Etnografia e nem a Antropologia da saúde são modelos sistemáticos de pesquisa. No decorrer do texto e da leitura sobre o campo da pesquisa, isto se confirma.

No segundo capítulo, apresentei os “conceitos guia” que auxiliaram a melhor compreensão e análise do campo. Foram eles “modelos explicativos, narrativas e experiências de padecimento e cuidado”, “autocuidado” e “racionalidades médicas”.

No terceiro capítulo, caracterizei as comunidades tradicionais reconhecidas pelo Ministério da Saúde e narrativas de padecimento de comunidades tradicionais e povos originários, descritas em outras pesquisas e as comunidades ribeirinhas, e apresento ao leitor a Ilha do Combu.

No quarto capítulo, dissertei sobre os caminhos no campo da pesquisa, através da minha narrativa sobre as visitas que fiz à Ilha do Combu, as análises que fiz destas narrativas a partir da minha observação participante e do meu diário de campo, e, os resultados desta pesquisa.

2 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE UM (NÃO)MÉTODO

2.1 Do estranhamento ao conhecimento: a etnografia como ferramenta de investigação

A etnografia é um processo e se baseia essencialmente no senso questionador do pesquisador, do etnógrafo. Por esta razão, os procedimentos são construídos de acordo com o que se torna questão para o etnógrafo no caminho percorrido dentro do contexto social do campo de investigação, bem como, dos instrumentos de coleta de análise que são sugeridos ou (re) formulados para atender o que se encontra no campo como demanda (Mattos, 2011). Uma diferenciação breve entre etnologia e etnografia se faz necessária, para continuar esta assertiva. De acordo com Mattos (2011), a palavra etnologia composta de dois termos na qual a palavra grega “*etno*”, do grego *etnoe*, designa os outros povos que não eram gregos (persas, latinos, egípcios) e da palavra “*log (o)*”, significa saber sobre. Assim, etnologia é o termo usado para o estudo sistemático, científico e comparativos sobre outro povo diferente do nosso e surgiu através dos estudos antropológicos ingleses, pelo menos 50 ou 60 anos antes da etnografia, juntamente com a arqueologia, teoria geral da evolução em biologia, linguística oral e a paleontologia por exemplo. A etnologia é, portanto o “[...] ramo da antropologia cultural que estuda a cultura dos povos naturais, é o estudo e o conhecimento, sob o aspecto cultural, das populações primitivas” (p. 52).

A etnografia, por sua vez, é uma especialidade da antropologia que acontece através da observação, documentação e monitoramento dos grupos sociais e das pessoas de forma mais holística, em seus modos de vida cotidianos, e compreender o sentido destes é o que se faz etnografia (Mattos, 2011). Significa “escrever sobre algo em particular”, sobre uma sociedade em particular, pois antes dos investigadores iniciarem a pesquisa de uma forma mais sistemática eles escreviam todas as informações necessárias sobre o grupo social que pretendiam conhecer. Portanto, etnografia, é o “[...] estudo e a descrição dos povos, sua língua, raça, religião, e manifestações materiais de suas atividades, é parte ou disciplina integrante da etnologia é a forma de descrição da cultura material de um determinado povo” (*Ibid.* p. 53).

Destarte, Mattos (2011) destaca três pontos que caracterizam a etnografia como uma abordagem de investigação científica que traz grandes contribuições para as pesquisas qualitativas, quais sejam: 1) a questão dialética com que trata os processos culturais, como um “[...] sistema de significados mediadores entre as estruturas sociais e as ações e interações humanas.”(p.50); 2) inclui os atores sociais como participantes ativos nos processos que

modificam as estruturas sociais e; 3) o sujeito da pesquisa como atores sociais ativos no processo contribui de forma direta no que diz respeito à construção dos significados dos achados no campo de pesquisa, “[...] exigindo a constante reflexão e reestruturação do processo de questionamento do pesquisador” (p. 51).

A Etnografia pode ser então descrita como:

[...] observação participante, pesquisa interpretativa, pesquisa hermenêutica, dentre outras. Compreende o estudo, pela observação direta e por um período de tempo, das formas costumeiras de viver de um grupo particular de pessoas: um grupo de pessoas associadas de alguma maneira, uma unidade social representativa para estudo, seja ela formada por poucos ou muitos elementos [...] (Mattos, 2011, p. 51).

Através da observação, documentação e monitoramento dos grupos sociais e das pessoas como um todo, em seus modos de vida cotidianos, compreender o sentido destes (Mattos, 2011), nos locais onde acontecem, possibilitando que os dados coletados estejam sempre em revisão e novos caminhos para a pesquisa possam surgir (Cabral *et al.*, 2020).

A etnografia surgiu no final do século XIX e início do século XX com o objetivo de melhor descrever o modo de vida das pessoas e foi encontrada primeiramente em livros de viagem descrevendo sociedades exóticas. Assim, etnografia é uma palavra que vem do grego graf(o) que significa escrever sobre um tipo particular, e etn(o) – que significa uma sociedade em particular, portanto:

Etnografia é a especialidade da antropologia, que tem por fim o estudo e a descrição dos povos, sua língua, raça, religião, e manifestações materiais de suas atividades, é parte ou disciplina integrante da etnologia é a forma de descrição da cultura material de um determinado povo (Mattos, 2011, p. 53).

De acordo com Martínez-Hernández e Correa-Urquiza (2017), a etnografia em sua origem é um modo de pensar em que interessa muito mais um objetivo antropológico da investigação e teorização sobre como as coisas são ou como se naturalizaram a ser o que são, em não normatizar ou normalizar as coisas e seus opostos, que dizer como tais coisas deveriam ser, pois é preciso compreender o todo a partir de um olhar crítico de que tudo é constituído no jogo social.

Então, a etnografia é a escrita do que é visível porque se preocupa em descrever da forma mais aprofundada possível sobre o que um grupo particular de pessoas de um determinado local faz e os signos e significado imediato que eles têm sobre o que eles fazem, descrevendo de forma holística o que se propõe a estudar, sempre com uma comparação etnológica em mente – etnologia é o saber sobre outros povos, porque de tal forma “o objeto da etnografia é esse conjunto de significantes em termos dos quais os eventos, fatos, ações, e

contextos, são produzidos, percebidos e interpretados, e sem os quais não existem como categoria cultural” (Mattos, 2011, p. 54).

Estas afirmações de Marínez-Hernáez e Correa-Urquiza (2017) e de Mattos (2011) ratificam a aposta de Geertz ([1926] 2008) sobre a etnografia ser um ato de descrever. Disse ele

O que o etnógrafo enfrenta, de fato — a não ser quando (como deve fazer, naturalmente) está seguindo as rotinas mais automatizadas de coletar dados — é uma multiplicidade de estruturas conceptuais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e implícitas, e que ele tem que, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar. E isso é verdade em todos os níveis de atividade do seu trabalho de campo, mesmo o mais rotineiro: entrevistar informantes, observar rituais, deduzir os termos de parentesco, traçar as linhas de propriedade, fazer o censo doméstico... escrever seu diário (Geertz, [1926] 2008, p. 07).

Cabral *et al.* (2020), ressalta que quem se utiliza da etnografia para realizar uma pesquisa precisa estar inteiramente envolvido (e por que não dizer, imerso) com ela do início ao fim, desde o projeto de pesquisa, idas e vindas ao campo, encontro com os informantes, valer-se das observações, analisar hipóteses e testar os dados até a publicação do trabalho final com os resultados da pesquisa.

Destarte, a etnografia, numa perspectiva dialética, procura sempre a descrição dos fenômenos locais e as relações entre estes fenômenos, que nunca devem ser compreendidos de forma isolada, conferindo também um modelo qualitativo de tratamento de dados sem excluir o modelo quantitativo, desde que este último seja feito de maneira sensível (Mattos, 2011).

Neste sentido, a metodologia etnográfica é umas das mais apropriadas para conduzir pesquisas em saúde, pois é uma ferramenta menos contraditória no que diz respeito às investigações cujo objetivo é dar voz aos protagonistas da história que almejamos contar, pois a etnografia permite um melhor estabelecimento de vínculos com eles, facilitando inclusive os passos da pesquisa, através de uma relação baseada na simetria e na transversalidade (Cabral *et al.* 2020).

Martín-Hernáez e Correa-Urquiza (2017) trazem a ideia de que a saúde mental e a saúde coletiva, por exemplo, pensadas construídas e praticadas pelo viés etnográfico, caminham nesta perspectiva que Cabral *et al.* (2020) nos diz, e que conversa, portanto, com esta pesquisa. Para estes autores (2017) a saúde mental coletiva traz uma possível estrutura e um fator histórico sobre o que causaria os padecimentos¹ mas também cria contextos que promovam a singularidade e um espaço que acolha o diverso e o disperso, sendo, como uma possibilidade

¹ O termo utilizado pelos autores originalmente é “aflição”, mas optei por utilizar padecimento em consonância com esta pesquisa.

aberta, na qual os sujeitos possam reconstruir suas próprias narrativas e atribuir significados próprios e com os quais pensarão o mundo e eles mesmos.

[...] En definitiva, de la lateralidade del asombro en aquellos que se constituyen como interlocutores y de una cierta predisposición a la reciprocidad nace la posibilidad de lo permeable, del encuentro, de la coalescencia. Y, desde allí, deviene posible la generación de contextos para el rescate o la producción de la singularidade [...] (Martín-Hernández; Correa-Urquiza, 2017, p. 277).

O etnógrafo descreve os fatos através das narrativas o mais próximo possível dos atores sociais, apresenta-os como eles se descrevem dentro de suas próprias perspectivas, como eles mesmos se vêem, no entanto, como aponta Mattos (2011), isto constitui uma grande ironia da abordagem etnográfica posto que é possível que, à priori, nunca consigamos fazê-lo ainda que utilizemos instrumentos tal qual vídeos, e é o mais próximo que conseguimos de descrever fielmente o ator.

Ao tentarmos escrever sobre o outro, o ethnoe, de uma maneira em que o ponto de vista dele seja considerado, estamos tocando num ponto frágil da utilização da abordagem etnográfica: a tentativa de fazer sentido, das maneiras de organização dos outros de um modo que não seja comprometedor, não seja invasor, não seja discriminatório, não seja opressor, ou não seja excludente (Mattos, 2011, p. 64-65).

Geertz ([1926] 2008), caracteriza bem estes apontamentos na descrição etnográfica quando nos diz que “[...] ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o "dito" num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis.” (p. 15), além de uma quarta característica que ele reforça, praticava: ela é microscópica. Para exemplificar, Geertz ([1926] 2008) chama a atenção que o sistema de comércio *kula* ainda existe na descrição feita por Malinowisk em “*Argonautas do Pacífico Ocidental*” (1922), ainda que possa ter desaparecido ou alterado ao longo do tempo.

Clifford ([1994] 2002) comparou as folhas de rosto de dois importantes livros considerados dentro a etnografia. No primeiro livro, “*Moeurs des Sauvages américains*” (1974), Padre Lafitau retrata a figura do etnógrafo através de uma mulher sentada em sua escrivaninha, acompanhada de querubins que lhe ajudam em sala tarefa, olhando para um conjunto de nuvens onde estão Adão, Eva e a serpente e onde repousa em sua pena a escrita da verdade. No segundo, “*Argonautas do Pacífico Ocidental*” (1922), mostra uma fotografia intitulada “Um ato cerimonial de *kula*”, na qual todos estão com os olhos voltados para o cerimonial, mas há um trobiandenses que ainda que voltado com o corpo para a cerimônia, seus olhos estão direcionados para a câmera do fotógrafo.

Para Clifford ([1994] 2002), a verdadeira essência do etnógrafo não está posta na mulher que escreve sobre o que vê, mas do ponto de vista da percepção do observador que junto com o etnógrafo, sua câmera e os leitores, compartilham da cena de uma cerimônia tradicional dos trobiandenses. Assim, “O modo predominante e moderno de autoridade no trabalho de campo é assim expresso ‘Você está lá... porque eu estava lá’” (*Ibid.*, p. 18).

Quanto ao delineamento da pesquisa, Mattos (2011, p.67) orienta que indução e dedução caminhem juntas na análise, pois o pesquisador delinea os temas no corpo do trabalho, mas estes temas podem mudar em razão de algo que no campo difere quando se vai a campo e por esta razão a autora sugere algumas questões que precisamos ter em mente no trabalho etnográfico:

1) o que está acontecendo, especificamente, numa ação social que ocorre num lugar ou situação particular?; 2) o que estas ações significam para os atores envolvidos nelas, no momento em que estas ações aconteceram?; 3) como os acontecimentos são organizados dentro dos padrões sociais de organização e dos princípios culturais aprendidos para a conduta no dia-a-dia?; 4) são as pessoas envolvidas no local onde a ação ocorreu consistentemente presentes uns para os outros constituindo ambiente significativo um para o outro?; 5) como o que está acontecendo num lugar, se relaciona com acontecimentos ocorridos em outros níveis do sistema, fora ou dentro deste local (escola, família da criança, o sistema escolar, federal, estadual)? e, 6) como as ações rotineiras da vida num local determinado é organizado comparado com outras ações ou modos de organização social de vida numa abrangência maior de lugares no tempo e no espaço?

Ainda de acordo com o autor, a etnografia se interessa mais pela proposta da pesquisa que os instrumentos de coleta de dados, pois o trabalho precisa ser visualizado em sua totalidade, com propósitos bem definidos. No trabalho de campo precisamos lançar mão da indução e da dedução sobre o que deve ser importante para a pesquisa, e, portanto, categorias e temas podem vir a ser escolhidos conforme a observação no campo, e não necessariamente escolhidas previamente, constituindo assim o que Hammersley ([1983] 2007) chamou de método de hipóteses progressivas: “[...] pois a cada momento de reflexividade sobre o trabalho de desempenho no trabalho, modifica-se o caminhar e cria-se um movimento próprio aos dados e como de eles refletem as nossas questões” (Mattos, 2011, p. 66).

Sobre o trabalho de campo e práticas das representações interculturais, Clifford ([1994] 2002, p. 20) afirmou que o trabalho de campo etnográfico se mantém sensível pois:

A observação participante obriga seus praticantes a experimentar, tanto em termos físicos quanto intelectuais, as vicissitudes da tradução. Ela requer um árduo aprendizado linguístico, algum grau de envolvimento direto e conversação, e frequentemente um “desarranjo” das expectativas pessoais e culturais. É claro que há um mito do trabalho do campo. A experiência real, cercada como é pelas contingências, raramente sobrevive a esse ideal; mas como meio de produzir

conhecimento a partir de um intenso envolvimento intersubjetivo, a prática da etnografia também mantém um *status* exemplar.

Esta assertiva faz sentido se pensarmos no que Martín-Hernández e Correa-Urquiza (2017)² alertam que a etnografia coloca o pesquisador num lugar de não saber; não saber inclusive sobre as necessidades dos sujeitos para os quais nos propomos ouvir. Cabral *et.al.* (2020, s/p) corrobora dizendo que modelo etnográfico sempre permite construir uma demanda transversalizada e:

[...] Mais do que horizontalizar as relações, que nivelaria todos ao mesmo, o que também pode se produzir como violência, trata-se de garantir a validade e a singularidade de cada experiência e o saber e conhecimento produzidos. Construir uma relação transversal, assim, é garantir o comum como um espaço de garantia de exercício da singularidade e de reconhecimento mútuo, de intersubjetividade.

Clifford ([1994] 2002), citando Thorton (1983), relata que foi na década de 1920 que um novo teórico-pesquisador de campo desenvolveu um método ao mesmo tempo científico, mas também, literário. Este método legitimou a figura do pesquisador como pública e como profissional pois, a etnografia, baseada em uma observação participante precisava inovar institucional e metodologicamente sobre as dificuldades em se conhecer um rápido conhecimento sobre outras culturas.

Além da legitimação da *persona* do pesquisador, outras inovações foram: a) a estadia do etnólogo raramente excedia dois anos e frequentemente era bem mais curta, e agora podia “usar” com eficiência a língua nativa, ainda que não as dominasse, enquanto estivesse em campo evitando assim interpretes (aspas do autor); b) uma maior ênfase no poder da observação (assim, surge também uma nova norma de pesquisa: a observação participante); c) a possibilidade de buscar dados que ajudam na construção de arcabouço inicial do todo cultural, ou um certo atalho, ao invés de levar anos para conhecer os nativos locais, sua cultura, língua; d) conhecer uma cultura como um todo em um período de curta duração parecia mais improvável, o novo etnógrafo podia então focar em alguns temas específicos, e assim chegar ao todo por uma ou mais partes e; e) os todos pretendiam ser produto de uma pesquisa de curta duração, sincrônicos e com a possibilidade de traçar um perfil chamado “presente etnográfico” como um certo período do ano, padrões de comportamentos típicos ou uma série de rituais (Clifford, [1994] 2002).

Peirano (2014) traz uma discussão bastante pertinente sobre o que ela chamou de instinto etnográfico, a partir da sua experiência em um dia de cadastramento eleitoral biométrico e seus questionamentos acerca dos processos de cadastramento pessoal sob a forma

² Tradução minha

de números, dados pessoais, e-mails, fotos etc. bem como toda a questão política envolvida nisto, toda a questão burocrática de armazenamento de dados pessoais e de outras ordens que não nos parece visíveis em um primeiro momento e que a levaram a buscar dados sobre isto no Brasil e outros países. O que parecia um simples ato burocrático civil e obrigatório passou se tornou uma questão de pesquisa para a autora, como ela descreve:

Esses momentos são arbitrários por definição e dependem, hoje que abandonamos as grandes travessias para ilhas isoladas e exóticas, da potencialidade de estranhamento, do insólito da experiência, da necessidade de examinar porque alguns eventos, vividos ou observados, nos surpreendem. E é assim que nos tornamos agentes na etnografia, não apenas como investigadores, mas nativos/etnógrafos (p. 379).

Com este episódio, Peirano (2014), chegou a questionar a etnografia como um método, partindo da pergunta sobre em qual momento aprendemos que o estranhamento é o ponto central de uma pesquisa em antropologia, já que a etnografia é a “ideia-mãe” da antropologia - porque sem antropologia, não há pesquisa empírica - (grifo da autora).

Segundo Geertz ([1926] 2008), o que fazemos em antropologia é etnografia e ao entendermos sobre a prática em etnografia podemos começar a entender o que representa uma análise antropológica como forma de conhecimento, mas sem que isso seja uma questão sobre métodos práticas que comumente são ditas etnográficas, tais como “[...] estabelecer relações, selecionar informantes, transcrever textos, levantar genealogias, mapear campos, manter um diário, e assim por diante [...] [não] definem o empreendimento.”, mas risco elaborado para uma descrição densa, que é o que o esforço intelectual na prática etnográfica representa (p.04).

Voltando à ideia de Peirano (2014) toda monografia, por exemplo, é sempre uma formulação teórico-etnográfica que sempre possibilitará o diálogo além das fronteiras e um diálogo que dê estabilidade entre dois falantes. Por esta razão, as monografias não são resultados de um método etnográfico e etnografia não é método porque “[...] toda etnografia é também teoria. [...] Se é boa etnografia, será também contribuição teórica; mas se for uma descrição jornalística, ou uma curiosidade a mais no mundo de hoje, não trará nenhum aporte teórico” (*Ibid.*, p. 384).

Assim, se utilizarei a etnografia nesta pesquisa não posso me furtar de deixar que outros instrumentos de coleta possam ser úteis, pois, como diz Mattos (2011, p. 50): “Os instrumentos de coleta e análise utilizados nesta abordagem de pesquisa, muitas vezes, têm que ser formuladas ou recriadas para atender à realidade do trabalho de campo.” E, desta forma, o processo de pesquisa etnográfica é muitas vezes determinado de maneira explícita ou implícita nas questões que o pesquisador propõe esclarecer.

Embora a etnografia seja um método essencialmente qualitativo, o uso de métodos quantitativos para auxílio e complemento de dados não é descartado sendo possível, então, o uso de várias fontes e instrumentos, o que caracteriza a coleta de dados desta pesquisa como uso de métodos mistos.

Segundo Cardoso e Santos (2015), do ponto de vista metodológico, os métodos mistos são diferentes e fornecem diferentes tipos de dados sobre um mesmo objeto, e, do ponto de vista dialético, as diferenças pragmáticas existentes são relevantes para uma melhor compreensão do objeto de estudo. Desta forma, para estas autoras, os métodos qualitativos trabalham com diferentes representações, permite descrições detalhadas sobre relações e permite observar os processos dinâmicos das intervenções e execuções da pesquisa, e desta com outras intervenções.

Os métodos quantitativos, por sua vez, permitem mensurar efeitos à longo prazo, o grau de implementação das atividades e possibilitam testar hipóteses explicativas destas implementações, além da efetividade e do rendimento. Nos métodos qualitativos, a coleta de dados incluem observação, análise documental e entrevistas individuais e/ou coletivas e nos métodos quantitativos, levantamento de registros e inquérito (Cardoso; Santos, 2015).

Malinowski ([1922] 1978) foi o primeiro etnógrafo a sair do seu mundo para adentrar em outro desconhecido. Sua pesquisa de campo foi realizada na Malésia, nas Ilhas Trombriand, onde usou de diário para registrar toda a sua experiência.

Sobre o uso de diário de campo, Carneiro (2015), recorda sobre a polêmica envolvendo a publicação do diário de Malinowski, feito por sua esposa após sua morte, obra intitulada “*Um diário no sentido estrito do termo*” (1997), em que conta na íntegra todo o registro do trabalho de campo de Malinowski. A autora defende que a discussão é pertinente no que diz respeito à pergunta: o que se escrever então em um diário de campo?, assim como, que o diário de campo de um pesquisador ou pesquisadora pode ser um misto de diário pessoal e diário de viagem, pois nele há sim espaço para questões mais pessoais, como o preparo para ir a campo, desafios, limites, como foi a sua entrada no local da pesquisa, o cotidiano pessoal da pesquisadora, emoções, impressões de alguém que se coloca como estrangeira, e, propõe que isto possibilite uma reflexão sobre a presença desta estrangeira ali, quais impactos, se houve alterações, mas:

No limite, um diário de campo legitima um percurso investigativo; ao ali registrar todo o percurso de uma pesquisa, a pesquisadora corrobora o seu passo a passo, seus acordos, negociações e *modus operandi*, suas estratégias e, inclusive, toda a sua dimensão ética. Nesse sentido, ele tem também essa importante função: operar como prova cabal do vivido, pensado e interpretado. Por isso, mais uma vez, a importância de que em suas páginas registremos todo o ocorrido em campo (p. 152).

De acordo com Clifford ([1994] 2002), foi Malinowski o grande responsável por legitimar cientificamente o método etnográfico e revolucionar a abordagem antropológica ao elaborar um rigoroso método de análise dos fenômenos sociais no qual o pesquisador também faz parte, por estar no ambiente onde a pesquisa acontece, e não mais dentro do seu gabinete sendo guiado pelo que já havia sido escrito por viajantes e missionários – o que era comum na época. A análise era feita a partir dos escritos no diário de campo do próprio pesquisador, juntamente com o que já havia de escritos teóricos. Santos (2013, p. 97), corrobora com Clifford ([1994] 2002), afirmando que Malinowski: “[...] revolucionou os métodos e técnicas de pesquisa da etnografia antropológica ao atentar principalmente para a necessidade da sistematização da experiência de forma científica”.

Malinowski ([1922] 1978), defendia um intenso trabalho de campo, pois os dados assim seriam coletados diretamente da fonte, pela perspectiva da linguagem nativa, possibilitando ao pesquisador se familiarizar com a cultura local, partilhar do cotidiano do local a partir do convívio *in loco* “[...] sem privilegiar ações que lhe parecessem exóticas, em contraposição ao que faziam os evolucionistas ao refletir somente sobre alguns fenômenos dos povos ditos ‘primitivos’” (Santos, 2013, p.99-100).

A meu ver, um trabalho etnográfico só terá valor científico irrefutável se nos permitir distinguir, claramente, de um lado, os resultados da observação direta e das declarações e interpretações nativas e, de outro, as inferências do autor, baseadas em seu próprio bom senso e intuição psicológica (Malinowski, [1922] 1978, p. 18).

De acordo com Santos (2013), Geertz propôs uma linha mais interpretativa, baseando-se na hermenêutica, e defendia que era necessário fazer uma interpretação das culturas locais, pois, somente desta forma, seria possível fazer uma tradução das diversas e diferentes culturas pela interpretação que o próprio grupo faz sobre a sua cultura.

Em trabalho sobre etnografia e educação em saúde, Martínez-Hernández (2010), conta que a partir de estudos com populações indígenas e camponeses do chamado terceiro mundo, o método etnográfico tornou-se útil como um instrumento descrição de determinantes sociais em saúde, desenvolvimento e avaliação de programas de educação em saúde e promoção de medidas sanitárias e para trazer à tona os desafios locais da saúde e: “A razão dessa proliferação é a evidência de que toda intervenção em saúde pública, que deseje contar com a participação ativa das populações, deve apoiar-se nos saberes e práticas locais” (2010, s/p)³.

Para o autor, todos os procedimentos de análise que renunciam à etnografia e desvalorizam os conhecimentos e as práticas locais constituem o que ele chamou de “modelo

³ Tradução minha

monológico”⁴, e assim: “[...] é constituída uma representação passiva dos grupos sociais, pois seus saberes e atitudes são considerados leigos e suas condutas são vistas como resultado da falta de informação” (Martínez-Hernández, 2010, s/p).

O “modelo monológico”, segundo este autor, possui três princípios epistemológicos: 1) Princípio da unidimensionalidade: A educação em saúde, e a promoção em saúde, no campo acadêmico da medicina tende a priorizar um enfoque exclusivamente biológico sobre os processos de saúde e doença, pois é comum, por exemplo, a ausência de conhecimento sobre ciências sociais e aplicação de modelos individualistas, na compreensão de fenômenos sociais e culturais; 2) Princípio da unidirecionalidade: a comunicação se direciona sempre dos profissionais (sujeitos que sabem) para o “público-alvo” (sujeitos que não sabe), partindo do princípio de que os conhecimentos locais são leigos e por esta razão não são necessários para intervenção; 3) Princípio da hierarquia: Foucault e os pensadores da escola de Frankfurt nos deixaram dito que toda forma de saber também é uma forma de poder e por esta razão os discursos populares são colocados à prova como imprecisos ou supersticiosos, denotando uma forma mais ou menos sutil da dominação a partir dos discursos cientificistas.

A etnografia pode então ter um papel relevante tanto na investigação quanto na intervenção da realidade local a partir de um modelo de comunicação dialógico e, seguindo a ideia de Geertz (2008), hermenêutica, possibilitando uma negociação entre os diferentes tipos de sistemas de conhecimento (Martínez-Hernández, 2010). Este modelo também possui três princípios, a saber: 1) Princípio de multidimensionalidade: trata-se de uma ampliação de repertório sobre os fatores que interferem nos processos de saúde e doença, de que a soma dos fatores sociais, culturais, psicológicos etc. modificam a natureza de uma teoria explicativa existente, que a dimensão social destes processos é determinada pela dimensão psicológica e que esta está sujeita à dimensão biológica; 2) Princípio de bidirecionalidade: é um intercâmbio de mensagens, ideias, representações, informações entre os profissionais e os grupos sociais no qual irá intervir, no qual a etnografia torna possível a tomada de contato e uma ponte de estabelecimento da comunicação com a comunidade local fazendo do etnógrafo invista-se de uma papel de “não-saber” e de informante, e não o contrário e; 3) Princípio da simetria: os diversos atores envolvidos (no caso da pesquisa, o pesquisador e comunidade local) devem estar numa posição de maior reciprocidade entre eles, e em ações de saúde por exemplo isto possibilitaria a co-responsabilização e o empoderamento dos diversos atores e grupos sociais.

⁴ Grifo do autor

2.2 Saúde, doença e cultura: uma abordagem antropológica

De acordo com Uchôa e Vidal (1994, p. 497) “o discurso antropológico aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica quando se trata de mudar de forma permanente o estado de saúde de uma população”, e nos revela que o universo social cultural e o modo de vida de uma população estão diretamente associados ao estado de saúde desta e, portanto, é possível dizer que a antropologia médica complementa os estudos da epidemiologia e da sociologia da saúde.

Estes mesmos autores explicam que a epidemiologia se ocupa da distribuição das doenças (ou de condições relacionadas à saúde) em populações e busca os determinantes dessa distribuição a partir de métodos quantitativos. A sociologia entende que os problemas de saúde devem ser estudados e compreendidos em sua dimensão social e não individual. A sociologia da saúde ajuda na compreensão da determinação que exercem os contextos social e institucional sobre as enfermidades e os comportamentos delas decorrentes e a antropologia “considera que a saúde e o que se relaciona a ela são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados” (Nichter, 1989 *apud* Uchôa; Vidal, 1994, p. 498).

Assim, integrando uma apreensão da dimensão cultural, a antropologia médica vem, ao lado da sociologia da saúde e da epidemiologia, contribuir para ampliar o contexto que deve ser levado em consideração na leitura dos processos patológicos (*Ibid.*, p. 498).

Dentro da antropologia médica destacam-se os estudos do grupo Harvard e, tendo como seus principais nomes e representantes da corrente interpretativa da antropologia médica os professores Arthur Kleinman e Byron Good, que reúnem em seus trabalhos os elementos-chave para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde à partir de uma perspectiva teórica e também metodológica (*Ibid.*).

Kleinman (1978,) sugere que todas as práticas de cuidado em saúde são respostas socialmente organizadas, obtidas por experiências de padecimento, e, portanto, podem ser estudadas como um sistema cultural e como um sistema de cuidado em saúde (*healthcare system*), construídas a partir dos setores profissional, tradicional e popular onde cada um destes traz normas e crenças inerentes e específicas, bem como legitima outras diferentes alternativas terapêuticas.

É a partir destas considerações que Kleinman (1978)⁵ constrói a ideia de modelos explicativos (*explanatory models*) para um melhor entendimento do que se conhece a respeito

⁵ Tradução minha

das práticas em saúde e os problemas de comunicação relacionados a elas e, portanto, todo modelo explicativo é constituído a partir de noções elaboradas sobre os episódios de doenças e cuidados que foram dispensados.

No entanto, há uma diferença entre os modelos explicativos dos profissionais e os narrados pelos usuários e seus familiares, pois são construídos de maneira específicas dentro da comunidade médica, crenças e valores, mas ainda assim, permitem um olhar ampliado e uma abordagem sistemática da pluralidade e da dinâmica dessas crenças, valores, normas presentes no campo da saúde (Uchôa;Vidal, 1994).

O estudo de modelos explicativos empregados por diferentes categorias de pessoas (profissionais, doentes, famílias e outros) permite uma avaliação da distância que separa os modelos médicos e não médicos, o exame da interação entre eles e a análise dos problemas de comunicação que surgem do encontro entre modelos culturais e modelos médicos durante as atividades clínica, educativa ou de pesquisa. O conhecimento dos modelos explicativos, que predominam em um grupo, facilita a comunicação com os indivíduos desse grupo e permite a realização de intervenções que sejam compreensíveis e aceitáveis para eles, duas condições essenciais para o sucesso de qualquer programa de saúde (*Ibid.*, p. 501).

O modelo de análise das redes semântica (*semantic network analysis*) desenvolvido por Good (1977) e Good e DelVecchio Good (1980; 1982) permite compreender os diferentes fatores que constroem as “realidades médicas”, pois estes autores discutem que toda a prática terapêutica é antes de tudo interpretativa. Neste sentido, a construção sobre o significado das situações identificadas como patologias se produz a partir de redes semânticas e, por meio destas redes semânticas de padecimento, elementos experienciais, afetivos ou mesmo cognitivos se articulam sobre as configurações culturais sobre o universo das relações sociais das culturas em questão.

Estes autores citados acima, basilares da antropologia médica, ensinam então que em uma dada cultura é justamente essas redes semânticas, vinculadas a processos de saúde e adoecimento específicos, que são seriam a base utilizada na interpretação do vivido e a articulação da experiência, bem como sua legitimação social.

O que determina, portanto, a causa de um problema e a sua possível terapêutica, ou a prevenção dele é para os profissionais baseado hegemonicamente em questões biomédicas, mas para o sujeito e sua comunidade é construída a partir da articulação da rede de símbolos biomédicas e culturais. Assim, os estudos de Arthur Kleinman, Good e Delvecchio Good são importantes porque questionam o naturalismo biomédico como modelo explicativo único, ou hegemonicamente superior, para os processos de saúde e doença.

Correa-Urquiza (2018) corrobora com esta ideia reforçando que é cada vez mais necessário que se reconheça que há pelo menos dois grandes campos de referência na

construção de saberes sobre o sofrimento: o da experiência vivida e suas viscosidades e o das disciplinas e ecossistemas epistemológicos que, entre outras coisas, tenta neutralizá-lo e extingui-lo.

Estes estudos também permitem que se discutam outras práticas em saúde, formas de agir e pensar diante de um adoecimento, e que se reconheçam os processos culturais que também constroem as representações e comportamento em saúde (Uchôa; Vidal, 1994). Em uma perspectiva antropológica e também clínica, a doença é polissêmica (Kleinman, 1988).

De acordo com Buchillet (1991), foi somente na década de 60 que o termo “antropologia médica” começou a ser utilizado com o objetivo de agrupar as diversas pesquisas e estudos em saúde humana a partir do olhar antropológico. Nos EUA foram incluídos então quatro grandes eixos do que se chamou genericamente de “antropologia médica” (concebida como uma subdivisão da antropologia geral): 1) O estudo da relação entre a incidência e a distribuição das doenças (epidêmicas ou endêmicas) e as variáveis ambientais e/ou sócio-culturais, a epidemiologia ou “ecologia médica”; 2) O estudo dos cuidados em instituições médicas (*health care delivery systems*); 3) O estudo dos problemas de saúde em geral: sejam os problemas de saúde de populações específicas (como pessoas idosas ou pessoas que convivem com HIV) e; 4) a Etnomedicina (Buchillet, 1991, p. 23).

Esta última merece nossa maior atenção porque de acordo com Buchillet (1991), é a mais antropológica da categoria antropologia médica pois “[...] tenta estabelecer uma relação entre as representações ligadas às doenças ou ao seu tratamento com a cultura e a organização social das populações consideradas” (p.23). *Folk medicine* e *popular health culture* foram considerados sinônimo de etnomedicina, no EUA, pois desenvolveu-se e passou a se interessar pelo estudo de práticas médicas de comunidade camponesas ou pela cultura das sociedades ocidentais.

Canesqui (1994) registra que, aqui no Brasil, nas duas décadas anteriores à década de 90, particularmente na década de 80, foram desenvolvidas pesquisas antropológicas nas áreas da alimentação, saúde, doença, especialmente com as classes trabalhadores e minoritárias, saberes de prática e cura, instituições e especialistas de diversas regiões do país, inclusive sobre práticas da medicina que chamou de “oficial” bem como as tentativas de reformulações nos modelos assistenciais tradicionais e asilares da loucura, práticas corporais, e ainda questões relacionadas à discussão sobre as formas de cuidado biomédica ou “complementares”, e autora cita aqui especialmente as ligadas à religiosidade como Umbanda, espiritismo kardecista, pentecostalismo.

Canesqui (1994) ressalta que o interesse e o estudo dos antropólogos sobre as instituições e práticas psiquiátricas na década de 80 contribuíram substancialmente para o movimento da reforma psiquiátrica, como no excerto a seguir:

A novidade na década de 80, no que se refere aos estudos da medicina popular ou dos demais sistemas de cura, consolidados ou não nas diferentes religiões, foi a superação das dicotomias (tradicional/moderno, sagrado/profano, lógico/ilógico) que estiveram presentes nas análises influenciadas pelo funcionalismo culturalista americano do passado, por referenciar a superioridade da medicina alopática. Tratava-se, agora, de colocá-las em relação de complementaridade e/ou subordinação num campo de relação de poder. Desde fins da década de 70, em recusa aos pressupostos anteriores da alienação das classes trabalhadoras, como produto da interpretação marxista mais ortodoxa ou dos pressupostos da exclusão ou da precária inserção daquelas classes no sistema produtivo, algumas leituras marxistas passaram a valorizar a questão da cultura e da ideologia (p. 26)

A autora também ressalta que a antropologia, desde que se aproximou do tema da saúde na década de 80, tem refletido sobre as questões da sociedade até mesmo quando resiste em recortar objetos específicos, pois muitos estudos já demonstraram que os fenômenos da doença, saúde e cura vão além de questões biológicas e portanto a Antropologia sempre reservou especial interesse nos saberes e práticas tradicionais e/ou populares:

[...] Talvez, mesmo diante dos novos saberes e práticas de cura que se mesclam, recriam ou se impõem, restem ainda desafios à pesquisa, tanto quanto das multiplicidades - nuances dos distintos saberes e práticas consolidados no sistema médico alopático - e das novas modalidades de cura recriadas em nossa sociedade (p. 27).

Minayo (1998) disserta a partir do estudo de Nunes (1985), que a partir da década de 70 organizações internacionais importantes como a OMS e OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) passaram a investir no fortalecimento entre a Antropologia e a Medicina, principalmente através da etnomedicina.

O estranhamento das culturas indígenas e subdesenvolvidas pelos sanitaristas de formação campanhista, e as resistências das populações locais em adotarem normas de conduta não condizentes com sua cosmologia, exigiram investimentos antropológicos no sentido de buscar pontos de consenso e de legitimação, e também a utilização dos líderes comunitários e tribais como mediadores das relações entre a medicina oficial e as sociedades alvo (Minayo, 1998, p. 32).

Assim, entre as décadas de 50 a 70, a antropologia médica se desenvolveu e independente de suas origens e tradições americanas ou inglesas dentro de categorias como ciência da conduta, ao lado da sociologia e da psicologia social e no campo da saúde pública; ou seja, as ciências da conduta eram elaboradas dentro da corrente funcionalista da sociologia,

voltadas para a adequação de normas, saberes e linguagem médica aos diferentes contextos leigos, em particular ao dos povos colonizados e subdesenvolvidos (*Ibid.*, p. 32).

Segundo Minayo (1998), há discussões acerca da hegemonia americana sobre a antropologia médica, encabeçadas pela antropologia francesa. Segundo a autora, primeiro do ponto de vista teórico-conceitual a contribuição de Lévy-Strauss quanto a relativização das culturas quanto na descoberta do pensamento lógico na cultura selvagem foram importantes nesta discussão principalmente frente às tentativas de desqualificação de sistemas médicos tradicionais. Além disso, a autora (1998), a partir das ideias de Boltanski (1979), Herzlich (1984) e Laplatine (1986) afirma que a antropologia francesa questionou e problematizou o sentido do conceito de antropologia médica, discutindo que a sua concepção era reduzida e sujeitava disciplinar e instrumentalmente à medicina passando então a trabalhar com termo Antropologia da Saúde e da Doença, e, dentro de uma perspectiva comparativa dos fenômenos de saúde, doença e cura.

Minayo (1998, p.38) aponta que já na década de 80 havia muitos trabalhos que utilizaram a metodologia qualitativa, e para ela se estas metodologias são domínio comum da sociologia e da antropologia, quando utilizadas incluem, de forma geral, todo o instrumental antropológico do trabalho de campo:

Considero que esta é uma das formas que a área da saúde descobriu de se aproximar das abordagens compreensivas, delas se apropriando seja para humanizar a medicina, seja para encontrar respostas ou fazer ainda mais perguntas sobre as crises e dificuldades que o setor atravessa.

De acordo com Alves e Rabelo (1998), os trabalhos sobre representações e práticas em saúde/doença já eram inúmeros nas décadas de 70 e 80 e a contribuição destes é de grande valor porque permitiu um olhar ampliado do entendimento das matrizes culturais sobre os quais os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e doença foram construídos em diferentes grupos sociais. Também trouxeram um contraponto aos estudos epidemiológicos que têm tendência a tratar a doença e a cultura como se em uma relação externa e “[...] passível de formulação na linguagem de “fatores condicionantes”” (p. 107).

2.3 A função social das narrativas no contexto da saúde e da doença

Segundo Castellanos (2014), vivemos imersos em grandes e pequenas narrativas. As grandes estão em sistemas explicativos do mundo de ordem religiosa, científica, filosófica e etc, ordenam, mas também são reafirmadas ou transformadas através de ações e eventos de que

afetam o tempo (por exemplo, o iluminismo). Já as pequenas narrativas encontram-se em diferentes contextos do nosso cotidiano (família, amigos, trabalho...) e são histórias curtas ou biográficas, e em ambos os casos, há representação da relação eu/mundo. “Aliás, a partir da modernidade, a dimensão biográfica torna-se uma forma central de organização narrativa de experiências pessoais e sentidos de ser e estar no mundo, de maneira mais ampla na sociedade” (Castellanos, 2014, p. 1066).

O narrador possui em seu repertório de eventos experiências que incluem não somente a sua experiência, mas principalmente a experiência do outro (e dos outros), o que lhe permite ser conselheiro em muitos casos, como um sábio e portanto, verdadeira natureza de uma narrativa é ser sempre útil mesmo que de forma latente e que pode consistir “[...] seja num ensinamento moral, seja numa sugestão prática, seja num provérbio ou numa norma de vida – de qualquer maneira um narrador é um homem que sabe dar conselhos” (Benjamin, [1985] 1987, p.198).

Em sua obra Benjamin ([1985] 1987) relata que as narrativas estavam entrando em desuso por ocasião do romance e da informação. Esta segunda é o que nos importa neste texto, pois, para Benjamin ([1985] 1987) a imprensa no alto do capitalismo como um dos seus instrumentos mais importantes influencia diretamente a partir da informação. Ele conta que o fundador do Figaro, Villemessant, caracterizava que a essência de uma informação era sempre a de privilegiar o que estava em um nível mais próximo de onde a informação era disparada julgava que era mais importante informar aos seus leitores sobre um incêndio em um bairro de Paris que falar sobre a revolução de Madri. Isto denotava que o saber que vinha de longe era menos ouvido que o que o saber que vinha “da casa”, pois uma informação precisa aspirar a uma verificação imediata, compreensível em si para si. E ainda que muitas vezes não seja mais exata que relatos antigos, que recorram ao que é da ordem do miraculoso, e é indispensável que a informação seja plausível e isto, segundo o autor, não condiz com a natureza de uma narrativa:

Cada manhã recebemos notícias de todo o mundo. E, no entanto, somos pobres de histórias surpreendentes. A razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações. Em outras palavras: quase nada do que acontece está a serviço da narrativa e quase tudo está a serviço da informação. Metade da arte narrativa está em evitar explicações (Benjamin, [1985] 1987 p. 203).

Contando o relato sobre o Rei Psammenit, de Heródoto o primeiro narrador grego, Benjamin ([1985] 1987) exemplifica a principal diferença entre uma informação e uma narrativa: a primeira só vive quando é contada pela primeira vez e precisa fazer sentido naquele

mesmo momento, se explicar nele, enquanto a narrativa se conserva e mesmo com o passar do tempo ainda é possível de se desenvolver.

As ciências sociais e da saúde se interessaram pelas narrativas de adoecimento a partir das críticas a medicalização e quadros macro-conceituais (em particular o funcionalismo), e a partir disto estas narrativas passaram a ser exploradas sob a ótica das pesquisas qualitativa (Castellano, 2014).

Para Belloc (2021), o histórico biomédico obviamente não é desnecessário para o tratamento, contudo, não deveria ser o único saber constituído e atuante sobre o processo de saúde/adoecimento/atenção, de forma tão ditatorial e excludente de outros saberes, como a verdade única quase que revelada, exercendo o papel de colonizador da experiência do sofrimento.

DiGiacomo (2013) fez algumas reflexões acerca dos significados tanto pessoais quanto etnográficos que atribuímos às narrativas, a partir de sua própria experiência como paciente e antropóloga. Citando Anspach (1988) a autora diz que o discurso biomédico aborda o paciente sempre de maneira indireta e isto é facilmente identificado no uso de construções impessoais e verbos na voz passiva e não da pessoa enferma, no processo do cuidado e como se o único objeto legítimo de intervenção médica é o sujeito da oração da escrita. Assim:

La narrativa del paciente en torno a su enfermedad es sistemáticamente desautorizada e nel discurso biomédico mediante el uso de marcadores del tipo «afirma que», «se que ja de» (um síntoma) y «sostiene que», todo local tiene la función de enfatizar la naturaleza subjetiva (como opuesto a factual) de las intervenciones del enfermo. El uso de «niega que» (tiene um síntoma) lleva este proceso um paso más allá, al poner en tela de juicio la validez del relato de los pacientes (*Op. Cit.*, p. 57-58).

Segundo a autora, a voz passiva utilizada no uso da apresentação de casos médicos sugere que o conteúdo poderia ser encontrado em relatos diferentes, de novo desautorizando a explicação subjetiva paciente dos seus próprios padecimentos, e da mesma forma, estas construções verbais na voz passiva “ajudam” o médico quando precisam tomar uma decisão a respeito do paciente, justificando muito mais pela fala do paciente. Desta forma, o paciente só se torna ativo quando algo negativo acontece, e assim primeiro o paciente é pouco protagonista e depois, totalmente responsável por si.

As ciências sociais passaram então a utilizar as narrativas para análise da cultura, da ação social e da experiência pessoal e social e, desta forma, nos diz Castellanos (2014, p. 1068): “[...] a narrativa é considerada uma forma universal de construção, mediação e representação do real que participa do processo de elaboração da experiência social, colocando em causa a natureza da cultura e da condição humana”; e Bejamin ([1985] 1987, p. 198) “A experiência

que passa de pessoa a pessoa é a fonte a que recorrem todos os narradores”, reforçando que as melhores narrativas escritas são as que se aproximam mais fielmente às histórias contadas por narradores anônimos.

Trazendo a discussão para o contexto da antropologia da saúde, Hydén (1997) propôs três tipologias da narrativa de doença e que enfocam nos efeitos da posição do narrador sobre a elaboração narrativa. São elas: “a doença como narrativa” (*illness as narrative*) que diz respeito à experiência de doença, pois doença e narrativa combinam-se em uma só pessoa; “narrativa sobre a doença” (*narrative about illness*) na qual a narrativa é principalmente sobre a doença, quando, por exemplo, os profissionais de saúde falam sobre a doença do paciente e; “narrativa como doença” (*narrative as illness*) que são situações em que a narrativa ou uma narrativa insuficiente geram uma doença, quando por ex, um paciente que sofre de uma lesão cerebral que impede de conectar experiências com eventos particulares através da narrativa, ou seja, uma doença que envolve algum distúrbio de narração.

As narrativas sempre trazem os contextos de produção e os processos de legitimação de diferentes interpretações que estão nos contextos sociais nos quais são produzidas (Castellanos, 2014). Belloc (2021), nos conta que o “homem sem história” é aquele que destituído da possibilidade de narração e transmissão da sua própria experiência, que está preso a um diagnóstico de saúde mental e cuja sua história tornou-se meramente clínica contada a partir de um discurso biomédico, marcado então pela questão da linearidade criticada por Walter Benjamin:

Não obstante, o exemplo do diagnosticado também é válido para outras formas de alienação que provocam o aparecimento do homem-sem-história, sempre que haja um impedimento e uma destituição da capacidade narrativa, em que a pessoa está presa ao discurso único de uma possibilidade linear de história, seja pela formulação que se embasa em um progresso cientificamente controlado e previsto, seja pela formulação que busca reviver um passado a partir da identificação afetiva com o mesmo (p. 27).

Esta ideia corrobora com a de Castellanos (2014) de que a narrativa como uma ação social precisa sempre ser analisada nos contextos de interação onde foram produzidas e, devem-se considerar as relações de poder que estão em jogo no contexto das narrativas. Assim,

A narrativa não deve ser colocada em oposição ao domínio da ação social, como se as interpretações nela engendradas estivessem inscritas em uma instância reflexiva completamente separada dos demais tipos de agenciamentos sociais. Se, por um lado, os relatos obtidos em entrevistas não equivalem à observação direta de eventos e ações; por outro lado, toda observação pressupõe a instância interpretativa (muitas vezes, narrativamente organizada) e performances narrativas que sustentem a posição de observador naqueles contextos de interação e que orientem as interpretações dos eventos observados (p.1070).

Para este autor, a narrativa se caracteriza: 1) Pela ordenação sequencial de ações e eventos; 2) Pela configuração de personagens e cenários em que essas ações e eventos são agenciados, colocando em causa a sua relação com os contextos diegéticos (espaços narrativamente estruturados ou internos à narrativa) e; 3) Pelo enredamento desses elementos em histórias (que conformam um todo ou um universo temporal diegético).

No entanto, ele ressalta, que mais importante que caracterizar as narrativas é compreendê-las como uma forma de estabelecer-se no mundo, de dar sentido ao “ser-no-mundo”, pois ela situa os eventos e as ações em “dramas” que são instruídos em uma ordem temporal do vivido:

[...] Nesse sentido, as narrativas são modos de elaboração da experiência social. Isso ocorre não somente nas narrativas autobiográficas ou em primeira pessoa, mas também nas narrativas que descrevem situações vivenciadas por personagens que não representam o narrado (Castellano, 2014, p. 1071).

Para Benjamin ([1985] 1987), quanto mais o ouvinte se distancia de uma análise psicológica ao ouvir uma narrativa mais fácil é a memorização, a implicação em sua própria existência, e mais à vontade se sente em recontá-la um dia. Benjamin reforça que narrar histórias sempre foi a arte de contá-las novamente e elas se perdem se não são conservadas ou não se deixam ser ouvidas ao natural, pois o ouvinte que não esquece de si mesmo ao ouvir uma história não a deixa gravada em si, como poeticamente descreve Benjamin ao comparar o trabalho de ouvir ao da tecelagem:

A narrativa, que durante tanto tempo floresceu num meio de artesão – no campo, no mar e na cidade –, é ela própria, num certo sentido uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o “puro em si” da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso (p. 205).

Gagnebin (2013), considerada uma das mais profundas intérpretes de Benjamin, reforça a questão da narração como importante para a constituição do sujeito, importância esta que sempre foi reconhecida como rememoradora da palavra do passado que cairia no esquecimento e desapareceria com ele. Parafraseando Belloc (2021), podemos dizer que a narração se torna um meio de recuperar uma história de um passado que possibilita o protagonismo na criação de um futuro e, se a etnografia possibilita dar a voz aos que são protagonistas de fato e de direito da sua história, então a interação destas duas ferramentas pode ser uma grande aliada na superação da racionalidade médica clássica.

3 OS CONCEITOS GUIA

3.1 A perspectiva polissêmica do padecimento: modelos explicativos, narrativas e experiências

Arthur Kleinman, um dos nomes mais importantes da antropologia médica foi pioneiro na ideia de pensar o termo “doença” como polissêmico, a partir dos termos *illness*, *disease* e *sickness*. *Illness* é entendido a partir da perspectiva da experiência do sujeito sobre a doença e seus desdobramentos, e por isso, Kleinman (1988, p.3-4)⁶ prefere chamar de padecimento:

Illness is the lived experience of monitoring bodily processes such as respiratory wheezes, abdominal cramps, stuffed sinuse, or painful joints. Illness involves the appraisal of those processes as expectable, serious or requiring treatment. The illness experience includes categorizing and explaining, in common-sense ways accessible to all lay persons in the social group, the forms of distress caused by those pathophysiological processes.

Segundo Kleinman (1988), é a partir da queixa do paciente e dos familiares que o profissional reconfigura as informações recebidas de uma maneira mais técnica, portanto, “Disease is the problem from the practitioner’s perspective, In the narrow biological terms of the biomedical model, this means that disease is reconfigured only as alteration in biological structure or functioning” (p. 6).

Outro termo incluído por Kleinman (1988) nesta discussão é *sickness*: “[...] define it as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces” (p.6). Um exemplo de *sickness* é dizer que há um maior risco da tuberculose em comunidade mais pobre e com problemas nutricionais, então *sickness* é uma questão ainda maior que reflete opressões políticas, privações econômicas e tantas outras questões de ordem social ligadas à miséria humana. Correa-Urquiza (2018) corrobora com Kleinman (1998) ao dizer que:

[...] si existe un saber biomédico, *psi*, etc. como resultado de una aproximación concerniente a un ámbito y cultura, podemos reconocer que existe también una experiencia subjetiva, una forma de vivir e interpretar ese sufrimiento, de entender el dolor y buscar opciones para serenarlo, que surge desde el interior mismo de la aflicción (p. 570).

Segundo Kleinman (1988), há evidências que podem indicar que examinando os significados particulares do adoecimento de uma pessoa, é possível interromper os ciclos viciosos que amplificam o sofrimento. Interpretar os significados da doença também pode

⁶ Tradução minha

contribuir para que os cuidados em saúde sejam mais eficazes e consequências frustrantes da incapacidade de cuidado possam ser reduzidas.

Saúde, doença e os cuidados em saúde devem ser entendidos como um sistema cultural, aspectos que se relacionam entre si e o que ele chamou de “*cultural systems*” e que se assemelham a outros sistemas culturais e, ao examinarmos um isoladamente um sistema do outro, o nosso conhecimento sobre cada um deles e como cada um funciona no contexto de um sistema de saúde fica prejudicado, distorcido, inclusive induz a erros nas comparações interculturais:

Such cultural systems, which I shall call health care systems, are, like other cultural systems, e.g. kinship and religious systems, symbolic systems built out of meanings, values, behavioral norms, and the like. The health care system articulates illness as a cultural idiom, linking beliefs about disease causation, the experience of symptoms, specific patterns of illness behavior, decisions concerning treatment alternatives, actual therapeutic practices, and evaluations of therapeutic outcomes. Thus, it establishes systematic relationships between these components (*Ibid.*, p. 86).

Tanto a análise semântica quanto a análise simbólica destes mostraram como é a organização dos aspectos de saúde da sociedade como um sistema cultural e, a maioria dos sistemas de saúde contém três “arenas sociais” (*social arena*) nas quais a doença é experimentada: populares, profissionais e folclóricas (*folk arenas*). Nas arenas populares a doença e cuidados são feitas no contexto familiar, redes sociais e ações comunitárias e tanto nas sociedades ocidentais quanto nas orientais, 70% e 90% do gerenciamento da doença é feita nestes domínios; as arenas profissionais e arenas folclóricas (*folk arenas*). As decisões sobre quando procurar em outras arenas e quem consultar, além de outras avaliações leigas de eficácia de tratamento também são feitas neste domínio (Kleinman, 1978).

As arenas folclóricas são compostas pelos chamados especialistas em cura, e que não são considerados profissionais, mas muitas vezes classificados pelos etnógrafos como algo da ordem do sagrado ou de grupos seculares e, as profissionais (ocidentais ou “cosmopolitas”) são a medicina e as tradições de cura indígena profissionais – como a medicina chinesa, ayurvédica e quiroprática (Kleinman, 1978).

Todas essas arenas ajudam a construir uma realidade social porque elas organizam subsistemas de crenças e expectativas socialmente legitimadas, funções, relacionamentos, configurações. Para Kleinman (1978) a cura é então, de certa forma, a soma das tarefas deste sistema de saúde e, portanto, é o sistema cultural como um todo é que cura.

Em qualquer setor de saúde os modelos explicativos podem ser obtidos com paciente, familiares ou profissionais, e eles contêm explicações (uma única ou todas elas) sobre a

etiologia, início de sintomas, fisiopatologia, evolução da doença e tratamento. Cada modelo explicativo está vinculado a um sistema específico de conhecimento e possuem valores centrados em diferentes setores sociais e subsetores dos sistemas de saúde.

Thus they are historical and socio-political products. Health care relationships (e.g. patient-family or patient-practitioner relationships) can be studied and compared as transactions between different EMs and the cognitive systems and social structural positions to which they are attached. On the cultural level, we can view these transactions as translations between the different idioms into which the separate health care system sectors articulate illness as psychocultural networks of beliefs and experiences (*Ibid.*, p. 88).

A comunicação satisfatória e apropriada mostrou ser a principal determinante na adesão do paciente aos cuidados em saúde porque as influências culturais sobre a comunicação, quando não consideradas, sugerem problemas no atendimento ao paciente e impedem os cuidados em saúde e até uma discrepância no status e poder entre os participantes do relacionamento do cuidado em saúde, pois os modelos explicativos constroem diferente realidade clínicas do mesmo episódio de uma doença.

Por exemplo, Lazare, Eisenthal e Wasserman (1975), discorrendo sobre a implementação e a importância clínica da “abordagem do paciente” por parte de quem atende, no campo da clínica psiquiátrica, diz que o processo de negociação entre o paciente (ou o paciente em potencial) e aquele que lhe atende se baseia na suposição de que o paciente tem algo que deseja e em geral, ele diz, e, portanto, se o clínico (ou quem estiver no lugar de quem atende) não reconhece a queixa do paciente, este processo de negociação ficará invariavelmente prejudicado.

Retomando o conceito polissêmico de padecimento proposto por Kleinman (1978), *disease e Illness* são formas diferentes de explicar os processos de saúde e adoecimento, diferentes construções sociais da realidade. *Disease*, está mais associada aos modelos explicativos dos profissionais formados por teorias especiais de causalidade da doença, nosologia, técnicas e geralmente com “idiomas” impessoais e, apesar de frequentemente segregados da população em geral, esses modelos explicativos também são usados por leigos. *Illness* é principalmente associado aos modelos explicativos da arena da cultura popular de cuidados de saúde, onde a doença (*sickness*) é mais pessoal, não técnico, que falam de problemas de vida resultantes de doenças e são usados pelas famílias, terapeutas familiares e profissionais populares (mesmo que estes usem também um idioma mais técnico, tendem a colocá-los em um idioma da cultura popular para melhor compreensão).

In the language of our model, disease denotes a malfunctioning in or maladaptation of biological and/or psychological processes. Illness, on the other hand, signifies the experience of disease (or perceived disease) and the Societal reaction to disease. Illness is the way the sick person, his family, and his social network perceive, label, explain, value, and respond to disease (Kleinman, 1978, p. 88).

Para Correa-Urquiza (2018), a aflição (ou o padecimento como estamos chamando) não é apenas um relato do sofrimento, mas o a partir de onde se constrói o sentido do vivido e as estratégias para um melhor bem-estar. Existe uma capacidade de agenciamento dos indivíduos, derivada de um certo *habitus* que define e articula práticas de autoatendimento e essas práticas podem ser entendidas como parte dos itinerários de recuperação, e assim, o sofrimento e a aflição são fundamentais na construção de sentidos e estratégias para enfrentar adversidades e promover a saúde. É isto o que constitui o que este autor chama de saberes profanos.

Sobre os saberes profanos no campo do que denominam loucura, Correa-Urquiza (2018) disserta:

La palabra “profano” nos permite así evidenciar y analizar la realidad de esos saberes velados pero existentes en las subjetividades individuales y colectivas de la llamada locura; saberes que se desenvuelven o que residen latentes bajo circunstancias de negación y ocultamiento y que, de alguna manera, se constituyen como una dimensión del conocimiento que pone en evidencia el carácter, en ciertos aspectos, sacro del pensamiento científico (p. 571).

Os saberes como profanos de certa forma podem ser entendidos em uma dimensão herege porque se opõe ao saber institucionalizado e naturalizado usualmente praticado e, portanto, o profano aparece para de alguma forma neste contexto. O profano questiona as práticas assistenciais cotidianas sempre de forma a superá-las, ousar ser outras, mas não são apenas os que subvertem a ordem dessas práticas: elas também são as que resistem e encontram para além do modelo biomédico um contexto decolonizador, outros contextos possíveis para seu desenvolvimento (Correa-Urquiza, [2018] 2023).

Para Kleinman (1988), é através das narrativas que o paciente molda e dá voz ao seu sofrimento. Segundo Hydén (1997, p.53), retratar a doença na forma de narrativas é uma forma de contextualizar a doença eventos e sintomas de doença, reunindo-os em um contexto biográfico:

By weaving the threads of illness events into the fabric of our personal lives, physical symptoms are transformed into aspects of our lives, and diagnoses and prognoses attain meaning within the framework of personal life – what Early (1984) calls the ‘customisation’ of the illness. Narrativising illness enables other people to comment on the narrative and to offer new interpretations and suggestions. Thus, narratives serve as arenas or forums for presenting, discussing,

and negotiating illness and how we relate to illness. By means of the narrative mode it becomes possible to articulate various events and to discuss their meaning.

A narrativa da doença é uma história que o usuário conta e outras que reconta para dar coerência aos eventos distintos de um longo tempo de sofrimento. Então, a narrativa pessoal não reflete apenas a experiência de doença (*illness*), mas também contribui para a experiência dos sintomas e dos sofrimentos. Nas palavras de Hydén (1997, p. 54): “The illness narrative makes it possible to integrate the symptoms and the consequences of the illness into a new whole. This whole becomes part of a new social reality, a new world of illness”.

Podemos relacionar esta assertiva de Hydén (1997) sobre as narrativas de doença à afirmação de Correa-Urquiza (2018) de que os saberes profanos não são compreendidos como verdadeiro ou falso, nem se configuram como uma verdade ou mentira absoluta, pois este saber está relacionado a um sentido próprio, pessoal e subjetivo e que só pode ser compreendido desta forma, e que manifesta tanto nos aspectos simbólicos de construção e interpretação dos eventos ao redor do sujeito quanto nos aspectos práticos e específicos em que o indivíduo toma decisões e age conforme aquilo que acredita, sabe ou considera adequado para seu bem-estar. Ou seja

[...] puede pensarse que existe un saber (profano) como construcción simbólica propia que contribuye a la construcción de sentido alrededor de un determinado acontecimiento o de una determinada realidad/contexto/universo/imaginario; pero, por otra parte, existe un saber profano que se evidencia como práctica vinculada a la experiencia y al hacer en relación al propio sufrimiento y/o a la propia circunstancia compleja de existencia. Ambos se entrelazan, coexisten (Correa-Urquiza, 2018, p. 578).

Achei pertinente a lembrança que Correa-Urquiza (2018) faz em seu texto, ao falar sobre as experiências e narrativas sobre a desinstitucionalização da loucura em que Franco Basaglia⁷ e Paulo Amarante⁸, em momentos distintos, já falava sobre a importância de colocarmos a doença entre parêntese e forcarmos na experiência do sofrimento daquele que fala sobre ela, a fim de que outros sentidos e significados sobre ele possam existir, que isto não significa negar a existência de uma doença (ou um padecimento, para seguir fieis ao que me proponho aqui), mas entender e questionar diagnósticos que são construídos a partir da onipotência do saber psiquiátrico; e completa dizendo que hoje é temos experiência de fatos o suficiente para colocar a doença ao menos entre aspas para evidenciar que um conceito como de doença é resultado de

⁷ “Coloquemos, por um instante, entre parênteses, o problema da doença mental, isto é, da “especificidade” (no sentido ao qual aludíamos) das formas de terapia que tornam necessárias as instituições psiquiátricas como tais. Nesta perspectiva é possível examinar a estrutura da assistência psiquiátrica como forma de controle repressivo” (Basaglia, 1985, p. 255) - aspas e parênteses do autor.

⁸ Colocar a doença entre parênteses é permitir que se veja o sujeito coberto, é questionar qual o real valor da psicopatologia quando esta é quem fala deste sujeito. É ocupar-se do doente e compreender a doença mental como um conceito produzido pelo saber psiquiátrico (Amarante, 2007; 2010).

uma construção cultural específica e que um diagnóstico não é uma realidade objetiva. Assim: “[...] uno de los pasos previos a las posibilidades de emergencia de lo profano radica en las opciones del sujeto para construir y producir un campo propio de significados alrededor de su experiencia y mundo vital que vaya más allá del nombramiento clínico y las pautas expertas” (Correa-Urquiza, 2018, p. 575).

3.2 Autocuidado: pluralidades e polifonia

Segundo Menéndez (2018), as principais formas de atendimento de cuidado que atuam em nossos países são: a) biomédicas b) medicina tradicional; c) medicamentos alternativos ou paralelos; d) acumulado de tradições acadêmicas não ocidentais e; e) autocuidado. Outros estudos revelaram as transformações de cuidado do padecimento onde os sujeitos e os microgrupos são os principais atores deste processo. Significa dizer que, embora os chamados curandeiros tradicionais, pajés, xamãs, parteiras possam intervir no processo, o trabalho é realizado de maneira naturalizada na vida cotidiana dos sujeitos.

No entanto, a maioria dos trabalhos (de qualidade inquestionável, porém limitados) se concentrou nestas figuras que culturalmente em uma determinada sociedade são os que detêm o conhecimento no processo de “saúde/adoecimento/atenção/prevenção”, como os curadores tradicionais, e falhou em não fazer uma etnografia sobre os processos interativos que são construídos na experiência de sofrimento dos sujeitos e micro grupos. Esta mesma autora aponta que estes estudos geraram uma antropologia dos processos de s/e/a/p em comunidade indígenas e não indígenas ignorando a crescente influência direta e indireta biomédica nos modelos de explicação dos padecimentos que na verdade são construídos a partir das formas de autocuidado do padecimento.

Menéndez (2018) define ainda o autocuidado como estrutura-processo. Para ele, se os antropólogos não se preocupassem em entrevistar apenas parteiras, pajés, xamãs e entre outros, sobre mau olhar, medo etc., e conversassem com a comunidade em geral sobre outras doenças como HIV, câncer, diabetes e os cuidados biomédicos, eles saberiam que estas e outras doenças acometem uma boa parte da população e que para o cuidado eles lançam mão não somente de seus conhecimentos tradicionais como também de conhecimentos e produtos biomédicos.

E afirma que isso levaria os estudiosos a compreenderem porque, por exemplo, há incompatibilidade entre as visões tradicionais e biomédicas de sofrimento, doenças, forma de cuidado e cura e porque os povos tradicionais parecem não ter problema em utilizar estas duas formas de autocuidado de seus padecimentos, e autocuidado é isso; é juntar ou pelo menos

articular diferentes formas de cuidado aparentemente incompatíveis para dar conta do padecimento:

La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención. Así, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de tratamientos de manera total o relativamente autónoma, incluso si ya han sido indicados por curadores de las distintas formas de atención (Menéndez, 2018, p. 106).

O autocuidado não é somente decisivo, mas também uma das formas de atenção mais comuns e constantes e em alguns casos, essas auto prescrições trouxeram autonomia aos sujeitos ou a um determinado grupo social.

De acordo com a mesma autora, o autocuidado pode ser pensado em dois níveis: I- busca garantir a reprodução ou a sobrevivência biológica do sujeito e micro grupo, como por exemplo, a partir de normas e regras pré-estabelecidas pelo grupo e de acordo com cada cultura (preparação e distribuição de alimentos, obtenção e uso da água, preparação de casa e do ambiente ou mesmo o que fazer em caso de morte e o processo de enlutamento); e II- é processo s/a/a-p, embora este autor admita que seja difícil apontar uma diferença clara entre este e o primeiro nível.

O processo de autocuidado se fundamenta em vários aspectos como a frequência, recorrência e a continuidade com que ocorrem ao longo de nossas vidas e por esta razão o processo s/d/c-p é um dos campos, e para alguns o principal, em que as sociedades criam representações e práticas sociais. No caso de deficiências e doenças crônicas, como por exemplo, o HIV, os padecimentos assumem cada vez mais expressão da identidade de um sujeito e/ou grupos sociais (Menéndez, 2018).

É também importante reconhecer que em todas as sociedades conhecidas a saúde e não a doença é o que constitui o estado “normal” do sujeito, e isso é por conta de um aumento na expectativa de vida. É como se as pessoas aprendessem a conviver com o fato de alguém poder desenvolver uma doença crônica e isto faz com que se crie ou não formas de autocuidado com padecimentos que fazem parte ou não da sua identidade social e sua trajetória de vida (Menéndez, 2018).

Outra questão é que, em função dessa presença cotidiana, os sujeitos e seus microgrupos de todas as classes sociais precisam sempre realizar ações imediatas e permanentes para solucionar de maneira radical ou profissional os problemas de saúde que querem amenizar, da detecção e todo o tempo em que o padecimento durar, pela via do autocuidado. Alguns estudos

demonstraram que a procura por serviços de saúde é reduzida se comparada ao número de episódios das doenças que ocorrem na população, porque a maioria ou é atendida ou negligenciada pelo próprio sujeito ou grupo familiar (Menéndez, 2018).

Dadas estas condiciones, la mayoría de los microgrupos, en particular el doméstico, necesita generar saberes para explicar, atender, contener y resolver las situaciones cotidianas de enfermedad, incluida la decisión de consultar a un curador profesional o no atenderse. Así, en toda sociedad, la autoatención constituye el primer nivel real de atención, prevención y comprensión (*Ibid.*, p. 107).

Desta forma, o autocuidado inicialmente não inclui buscar um profissional de saúde, mas a decisão de procurar ajuda em um serviço profissional também é uma forma de autocuidado, decisão esta que é sempre tomada em grupo, não de maneira isolada ou autônoma, mas como um processo transicional entre eles e as diversas formas de autocuidado que operam entre eles em função de suas experiências vividas. Assim, o autocuidado é sempre o processo que articula as formas de cuidado, além de ter um pouco de cada um (Menéndez, 2003).

La mayoría de las formas de atención, incluida la biomédica, permanece frecuentemente ignorante de una carrera del enfermo que articula diferentes formas y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Esto es en gran medida debido a que la realidad social es pensada y analizada como acto y no como proceso; la autoatención es potencialmente siempre parte de un proceso que incluye no sólo los actos de los sujetos y microgrupos, sino de los diferentes curadores que intervienen en dicho proceso (*Ibid.* p. 201).

A ideia de autocuidado corrobora com a discussão de Franco e Merhy (2005) sobre novas formas de produzir cuidado através da chamada transição tecnológica, compreendido como “[...] um processo de radical mudança no modo de produção do cuidado, que tem seu núcleo de definição na inversão das tecnologias de trabalho, isto é, no núcleo tecnológico do processo de trabalho em saúde” (Franco; Merhy, 2005, p. 90), valorizando a tecnologia do trabalho vivo e incorporando na assistência sentidos de cuidar diferentes dos existentes no modelo médico hegemônico, isto é, voltado então para a valorização do usuário como protagonista do seu cuidado, possibilitando a o incentivo ao cuidado de si mesmo e a interação entre saberes técnicos e ditos do “senso comum”, e a valorização das tecnologias leves.

Em uma perspectiva antropológica, modelos de cuidado referem-se à todas as atividades que se relacionam com a atenção aos padecimentos de forma intencional, seja decidir prevenir, buscar atendimento, tratamento, controlar, aliviar ou curar um padecimento. Reconhecer essa diversidade de forma de cuidado não apenas em termos de eficiência, eficácia e qualidade mas também da ordem da sua existencia é legitimar o que normalmente a biomedicina nega, ignora

ou marginaliza, apesar de serem modelos que frequentemente são utilizados por diversas populações (Menéndez, 2003)⁹.

De acordo com Luz (2013), onde a chamada racionalidade médica esqueceu-se que para além de um saber científico a medicina era também a *arte de curar sujeitos doentes*¹⁰, deixando assim a ação terapêutica em segundo plano, novas paradigmas de cuidado em saúde – centradas na singularidade do paciente e neste como um todo, surgiram.

Estas diversas formas de cuidado, que coexistem em uma determinada sociedade, têm relação com as condições étnicas, religiosas, políticas, econômicas, científicas desta sociedade e teriam levado ao desenvolvimento de práticas de cuidado antagônicas ou diferenciadas entre a biomedicina e outras formas de cuidado, porém alguns autores defendem que formas de cuidado como as da medicina tradicional americana se opõe às concepções e valores da biomedicina e que estes também sustentariam valores da chamada medicina científica por respeito à maioria dos usos populares e especialmente de certas atividades de autocuidado.

Embora essas diferenças existam, diz Menéndez (2003), elas geralmente são analisadas e estudadas por pesquisadores por meio das representações sociais, porém nem tanto pelo viés das práticas sociais nestas comunidades que utilizam destas práticas de autocuidado. Isto reflete em um reforço de que são práticas antagônicas, ao invés de tentar integrá-las. O reconhecimento destas formas de autocuidado são mais bem aceitas, integradas e utilizadas pelos grupos sociais que as desenvolvem, sem negar ou excluir as outras possibilidades.

Há também em nossa sociedade atual o chamado “pluralismo médico” que significa que a maioria da população utiliza de várias formas de cuidado não apenas para diferenciar os problemas de saúde, mas também para tratar o mesmo problema (Menéndez, 2003).

Para a autora, se olharmos as fichas e prontuários de atendimento dos pacientes, perceberemos que é pela “carreira de paciente” que tomamos conhecimento das diversas formas de cuidado existente em nossas sociedade, que por razões diversas, não obteríamos através do profissional. Estes normalmente não consideram na fala do usuário as formas de cuidado descritas ou estigmatizam, colocando a história do mesmo pelo seu ponto de vista biomédico, como se traduzisse a fala do usuário. Mas é exatamente através desta perspectiva de diferentes atores que se pode compreender a variedade de articulações feitas em relação às diferentes formas de cuidado e que tem potencial uso em determinado.

Considero que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar,

⁹ Tradução minha

¹⁰ Grifo da autora

describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud. Por supuesto que esto no supone que reduzcamos la identificación de los padeceres ni de las formas de atención sólo a los que reconocen los conjuntos sociales, sino que este es el punto de partida para establecer la existencia de los padeceres y de las formas de atención que los grupos no sólo reconocen sino que sobre todo utilizan (Menéndez, 2003, p. 188).

Menéndez (2003) defende ainda que este tipo de abordagem ajudaria a identificar e construir perfis epidemiológicos e estratégias de cuidado que são desenvolvidas a partir de um conhecimento particularmente biomédico, do conhecimento de “curadores tradicionais”, o saber dos grupos alternativos e o saber dos grupos sociais, o que tornaria possível observar e identificar não somente as divergências e convergências na construção deste perfil epidemiológico dominante, mas quais formas de cuidado são utilizadas em determinadas situações específicas. E foi utilizando desta abordagem, que Menéndez (2003) produziu o que ele chamou de “uma epidemiologia de comportamentos” em relação ao processo s/d/c (saúde/doença/cuidado) em sua pesquisa “*Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*” realizada em 1981; e em pesquisa conjunta com Ramirez nas comunidades rurais e urbanas em Yucatán e em Guanajuato, intitulada “*Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/ enfermedad en una comunidad yucateca*” e realizada em 1984.

3.3 Racionalidades médicas: uma antípoda ao modelo das práticas integrativas e complementares

Na discussão deste texto cabe inserir também a categoria “Racionalidade Médica”, cunhada e caracterizada por Luz (2013) como “[...] um sistema médico complexo específico estruturado em cinco dimensões” (p. 139), a saber: 1) uma morfologia humana (na medicina ocidental, anatomia, e que define a forma e estrutura dos corpos); 2) uma dinâmica vital humana (fisiologia, que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio nos corpos, suas origens e causas); 3) uma doutrina médica (o que pertence ou não à clínica, o que define em cada sistema o que é o processo saúde-doença, o que é doença, adoecimento, em suas origens e causas, o que é possível de tratar ou curar, o que pertence ao corpo médico do que é tratável ou passível de cura); 4) um sistema de diagnose (se há um processo mórbido, sua origem, causa, sua natureza, fase, evolução provável); e 5) um sistema de intervenção terapêutica (que são as formas de intervenção adequadas para cada processo mórbido ou de doença que antes foi identificado pela diagnose).

Luz (2013) aponta que a dissociação entre medicina e saúde foi denotada primeiramente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1962, solicitando que fossem criadas como alternativa à medicina especializantes e tecno científicas formas de atenção mais simplificadas e mais acessíveis às populações carentes do mundo inteiro. Surgiu então a medicina alternativa como “[...] uma prática tecnologicamente despojada da medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais” (p. 38).

Após isto, a medicina alternativa passou a designar todas as práticas terapêuticas que fossem diversas da medicina científica em geral, opostas a ela, e hoje mais de cinco décadas depois ainda não alcançamos o pedido da OMS, pois vivemos um quadro de crise sanitária internacional e, por esta razão cada vez mais se verifica a necessidade pela busca por outra racionalidade em saúde e o sucesso de sistemas terapêuticos distintos da medicina científica, buscado tanto por profissionais envolvidos nas diversas terapêuticas como pessoas em cuidados médicos.

De acordo com Luz (2013), todas as racionalidades coexistem em nossa cultura seja por vezes de maneira conflituosa, seja de forma pacífica, sempre de maneira híbrida ou sincrética, tanto em termos teóricos ou empíricos construindo um conjunto integrado ou justaposto de aspectos conceituais de diversas racionalidades.

O surgimento de novos modelos em cura e saúde ocorridos nos anos 60 e ao longo dos anos 70 nos Estados Unidos da América (EUA) e na Europa compreendeu modelos e sistemas terapêuticos distintos e opostos aos da nossa racionalidade médica, aparentemente em uma rejeição cultural ao modelo estabelecido. Foi principalmente na década de 80 que a importação de sistemas médicos antigos, tal qual a medicina tradicional chinesa e aiurvédica, promoveu uma espécie de reabilitação das medicinas populares ou *folk* do país – como as xamânicas e as ligadas às religiões afro-indígenas, e atingiu principalmente os grandes centros urbanos do Brasil e dos países da América Latina (Luz, 2013).

Com isto foi possível ver aparecer nos grandes centros urbanos farmácias e lojas de produtos naturais, reaparecimento de feiras populares “urbanas” (grifo da autora), vendedores de ervas naturais como agentes de cura, propagandas sobre os efeitos curativos de práticas terapêuticas não convencionais ou tradicionais por diversas classes de pessoas e o *boom* das medicinas alternativas que passaram a disputar espaços em espaços públicos e privados mas também nos serviço de saúde, e que lhe concederam uma legitimação institucional.

Luz (2013) propõe a distinção entre três tipos de “medicinas alternativas” aqui na América Latina e com forte atuação popular: 1) A medicina tradicional indígena (ou medicinas tradicionais indígenas, pela sua variedade, mas com um mesmo paradigma básico); 2) a

medicina de origem afro-americana (plural, mas mais homogênea que a medicina tradicional indígena) e; 3) as medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos altamente complexos.

As medicinas tradicionais indígenas fortemente enraizadas nas culturas dos países sul-americanos sobreviveram ao massacre cultural feito pela colonização e a modernização do século XIX e se caracterizam “[...] como sistemas de cura nos quais a integração ou harmonia homem/natureza, e natureza/cultura é um sinônimo do que designaríamos, em nossa cultura, de equilíbrio para os indivíduos, e uma garantia de saúde para a comunidade.” (Luz, 2013 p. 54). O adoecimento é visto como uma desarmonia nos elementos fundamentais da vida e é pela intervenção de xamãs ou *brujos* (ou outros agentes de cura) é que se pode restaurar a saúde, reestabelecendo a harmonia entre esses termos no sujeito e entendido sempre como um todo socioespiritual.

Nas medicinas tradicionais, as concepções “tradicionais”¹¹ sobre vida, enfermidade, morte e cura sobrevivem e se conservam saberes e práticas médicas que reconhecem “males”¹² que não são equiparáveis as doenças ocidentais e cujo pensamento diferente se convencionou chamar “mágico-religioso” em antropologia clássica. Sob esta ótica, os atos terapêuticos indígenas têm sido reduzidos ao tipo xamânico, mas esta, é uma das facetas da racionalidade médica indígena (Luz, 2013).

Esta autora relata que, em muitas cosmovisões indígenas, o adoecimento é um aspecto de uma categoria mais ampla que também se inclui a morte, o azar, o mau olhado, o feitiço e outras desgraças, e a própria natureza oferece os meios que possibilitam a recuperação e a cura, como as ervas e que no mundo ocidental conhecemos como fitoterapia; também é comum o papel dos herveiros como agentes de cura, as benzedadeiras e as parteiras principalmente nos território da Amazônia ligados por florestas e rios.

A medicina de origem afro-americana também é em parte originalmente xamânica, mas marcadamente mais religiosa que a medicina tradicional indígena. Também conhecida como sistema de cura complexo enraizada nas grandes senzalas e com influência do trabalho escravo, e com fortes traços da fitoterapia ela é tem um viés mais espiritualista sobre os fenômenos de adoecimento e cura. Suas figuras mais importantes são em geral o sacerdote ou sacerdotisa, que por meio do pai ou da mãe de santo intervém terapeuticamente como guia entidades, normalmente em rituais de possessão ou exorcismo e que podem ter um papel de cura importante (Luz, 2013),

¹¹ Grifo da autora

¹² Grifo da autora

Esse sistema de cura que se encarrega do tratamento e cura de “doenças espirituais” ou de origem espiritual como as medicinas espiritualistas da Umbanda, do candomblé e dos centros kardecistas são hoje facilmente encontrados em grandes centros urbanos e utilizado muitas vezes como complemento à medicina convencional. Mau-olhado, feitiço ou doenças cujo a medicina ocidental ainda não ofereça cura ou oferece um tratamento considerado invasivo e doenças crônicas são demandas para esta medicina e os meios terapêuticos incluem “passes” espirituais, homeopatia, fitoterapia, além de uma participação mais ativa do paciente através de dietas especiais, mudança de atitude, comportamento e pensamentos que facilitem a cura, oferta de alimentos e preces às divindades, como orixás, no Brasil (Luz, 2013).

Por último, as medicinas alternativas introduzidas na cultura urbana dos países latino-americanos derivadas, em geral, de sistemas médicos tradicionais complexos e que possuem sua própria racionalidade, como a medicina chinesa, a medicina aiurvédica e até mesmo a homeopatia, são consideradas como formas mais “naturais” de tratamento e que não oferecem a possibilidade de descarte – mais sim complementariedade, à medicina convencional.

Cabe lembrar aqui também as chamadas PIC's, que segundo Soares (2021) é resultado de um redimensionamento das medicinas tradicionais que desejam um cuidado sistêmico e interdisciplinar, e que contempla recurso médicos complexos e recursos terapêuticos, também chamados de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Brasil). Assim,

Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (*Ibid.*, p.02).

A 8ª CNS, em 1986, foi o início da discussão destas práticas nos serviços de saúde no Brasil, e no ano de 1999 que o Ministério da Saúde incluiu a acupuntura e a homeopatia nas consultas médicas via SUS, mas foi somente no de 2006 que a então PNPIC no SUS foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e publicada através da Portaria nº 971/2006 (Soares, 2021).

São reconhecidas e aprovadas como PICs, até o ano de 2021, no Brasil: medicina tradicional chinesa-acupuntura; homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, termalismo social/crenoterapia e mais 25 práticas, como a arteterapia e musicoterapia.

Sobre as práticas contempladas pelo PNPIC, Moebus e Merhy (2017) nos trazem uma discussão importante no que diz respeito à não incorporação de inúmeras práticas de cuidado

tradicionais tais como a medicina tradicional indígena, a medicina africana ou ao que chamaram de a “arte de partejar”, das parteiras tradicionais. Segundo estes autores (2017), é questionável que as PICs tenham se tornado referência nacional Brasileira de incentivo às práticas integrativas de saúde deixando de fora as práticas acima mencionadas (e acrescento aqui, as práticas de cuidado ribeirinha), já que o objetivo era o de promover o reconhecimento das práticas não hegemônicas de cuidado e, sendo assim, as práticas não incluídas permanecem silenciadas e isto é uma “[...] reafirmação histórica de uma não-existência” (p. 150).

Assim, concluem os autores, as práticas validadas pela PNPIC são práticas que, de certa maneira, já haviam sido incorporadas por algumas profissões da saúde visando ofertar mais possibilidades terapêuticas e de serviços e isto traz riscos ao próprio objetivo e benefício da PNPIC que é questionar a hegemonia das práticas biomédicas nas práticas do cuidado em saúde.

4. COMUNIDADES RIBEIRINHAS E O CUIDADO EM SAÚDE

4.1 Comunidades tradicionais e as narrativas de padecimento e cuidado

Para Costa Neto e Dimenstein (2017), é um desafio para as políticas em saúde mental do SUS, tanto na atenção quanto na gestão, o estudo sobre a saúde da população ribeirinhas, pois isto envolve não só questões metodológicas, mas também políticas, levando em consideração as questões de relações sociais, culturais, econômicas, seus saberes e práticas tradicionais imbricadas e específicas destas populações e seus modos de vida. As comunidades tradicionais são camponesas (es), agricultoras(es) familiares; trabalhadoras(es) rurais assentadas(os) ou acampadas (os); trabalhadoras(es) assalariadas(os) e temporárias(os); comunidades tradicionais como quilombolas, ribeirinhas(os); pescadoras (es) artesanais e marisqueiras(os) que não são homogêneas em suas relações sociais, modos de produção, aspectos culturais e ambientais que podem estar relacionadas ao campo, floresta e ambientes aquáticos (Silva, *et al.*, 2015).

O processo saúde-doença-cuidado, segundo Costa Neto e Dimenstein (2017), deve compreender as populações e os sujeitos em sua multideterminação, considerando o contexto sociocultural em que estão inseridos e que são particularmente influenciados por uma complexa interação dos elementos macro e micro deste contexto, e é por esta razão que o território (enquanto uma categoria) torna-se fundamental e basilar para pensar o cuidado psicossocial.

A partir da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial foi considerada estratégica dentro da política de saúde mental e isto abrange não somente aumentar as possibilidades de compreensão do processo saúde-doença em saúde mental mas também todas as questões implicadas neste processo à partir de uma perspectiva de território.

Desta forma

O território não é apenas o resultado da superposição de um conjunto de sistemas naturais e um conjunto de sistemas de coisas criadas pelo homem. O território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre os quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. Um faz o outro [...] (Santos, 2001 p. 47).

De acordo com Ferla (*et al.*, 2015), o território no campo da saúde para além do conceito geográfico e de uma rede de pessoas e instituições, agora também deve ser pensado como um híbrido posto que os serviços de saúde de diversas categorias podem assumir funções diversas, e também como um território de existência no qual se constitui a partir das relações entre os serviços de saúde e os modos de existir das pessoas de uma determinada região que irão caracterizar as demandas de trabalho que se atravessam entre si, em sua constituição.

É por esta razão que Costa Neto e Dimenstein (2017) referem que ao tornar o território como um princípio ordenador das estratégias de cuidado em uma população é possibilitar a existência de uma relação íntima entre os serviços com o contexto social e reconhecimento da existência dos sujeitos que dele fazem parte. Corroborando com este pensamento, Almeida (2016) afirma que pensar o território de uma população ajuda na produção de saúde em meio às condições sociais que podem produzir adoecimento e,

[...] Nesse sentido, é inescusável ampliar a percepção e descentrar o olhar dos sistemas de cuidado fisiológicos e psicológicos em direção à complexidade movente do território, seus contextos peculiares e interações. Imprescindível, não obstante, cultivar modos de apreender as necessidades de saúde das populações e considerar os determinantes postos nas localidades por meio da mediação de saberes técnicos, populares e tradicionais (Almeida, 2016, p. 1658).

Em um estudo realizado por Cravalho (2018) em uma comunidade rural no Pará (que o autor identifica como cabocla ou ribeirinha) ele nos apresenta S. Mauro, um típico ribeirinho que se tornou uma lenda em sua comunidade através da história contada pelos seus familiares e amigos sobre o seu padecimento. Segundo contam, S. Mauro foi acometido de “mau olhado” por não ter aceitado o chamado mediúnico dos seus mestres para torna-se curador em sua comunidade. Como castigo dos mestres e por ter o “corpo aberto”, S. Mauro sofria com “mal de gota” e uma de suas saídas com a sua canoa, foi levado pelo rio e assim tornou-se um “encantado” (um espírito que morava no fundo do lago).

Carvalho conta (2018) que S. Mauro havia sido diagnosticado por um médico em Belém como epilepsia e fazia uso de medicações específicas para os sintomas que, na linguagem médica condizem com transtornos neurológicos como a epilepsia (episódios de tremores, espumar pela boca e incontinência urinária), mas o relato da esposa de S. Mauro é que os remédios não faziam efeito, que isto acontecia por “judiação dos mestres” de S. Mauro e que ele apresentava esses comportamentos nas noites em que a lua estava forte e que sintomas como agressividade, mudança de comportamento inclusive no tom de voz) e de humor eram causados pela mediunidade de S. Mauro. “[...] Mas o que é mais impressionante com respeito à aflição

de Seu Mauro é, paradoxalmente, o quanto estreitamente seu comportamento aparece associado ao papel de curador” (Carvalho, 2018, p. 170).

Em pesquisa com os indígenas Kaxinawá (Os Kaxinawá, ou 'Huni Kuin') que habitam o Acre e a nascente do Rio Purús, no Peru, McCallum (1998) nos conta que o corpo é visto como uma entidade individual formada através do conhecimento de forma material, espírita, linguísticas por pessoas que adquiriram de outras e que está socialmente fundamentada por ressonâncias de gênero, parentesco e moral. Assim, conhecimento e corpo coexistem de forma íntima e qualquer distúrbio sofrido por um pode ter consequências “calamitosas” sobre o outro e isto é o que permite uma compreensão mais ampla da visão que os Kaxinawá têm sobre doença e cura. Para eles, mudanças no estado da consciência alteram de forma grave a forma como corpo percebe e sabe, o processo de cair doente é caracterizado pelo sofrimento em estado de consciência e a morte é um processo indolor quando em um corpo inconsciente.

O estudo de Alves e Seminotti (2009), em uma comunidade tradicional de terreiro, mostrou que a origem do sofrimento psíquico e identidade cultural compreende que espíritos chamados de Egun foram mal transportados para o mundo espiritual no momento da morte, permanecendo no mundo físico, causando um desequilíbrio entre os sujeitos e o cosmos, e estes desequilíbrios são manifestados em alguns transtornos e sofrimentos. Nesta o terreiro é fundamental e cabe ao Babalorixá a “manipulação das forças” por meio de uma consulta ao oráculo, e a partir disto ele encaminha as terapêuticas para os distúrbios e sofrimentos que são resultados do desequilíbrio entre o sujeito e os mundos o cercam.

Alves e Seminotti (2009) descrevem que algumas das terapêuticas tradicionais indicadas são os ebós, os banhos de ervas, as dietas, os ritos de iniciação e que no território desta comunidade, o terreiro e suas terapêuticas tradicionais não concorrem ou conflitam como os tratamentos oferecidos pelos serviços de saúde do SUS, pois a própria comunidade entende que são terapêuticas complementares e assim, se responsabilizam pelo cuidado em saúde de sua comunidade. De outra forma, a aniquilação da identidade cultural dos africanos e seus descendentes também é uma questão importante para a compreensão da origem do sofrimento psíquico desta comunidade; assim “Do seu modo, o terreiro se auto-organiza para lidar com questões pertinentes à sua coletividade a partir do rearranjo e potencialização de recursos pautados, fundamentalmente, nas relações coletivas e interpessoais” (Alves; Seminotti, 2009, p. 90).

Em um estudo realizado com moradores do Nordeste de Amaralina, Rabelo, Alves e Sousa (1999) a partir de narrativas colhidas sobre casos concretos de transtornos mentais referem que estes eram frequentemente associados a “problemas de cabeça”, estado de

enfraquecimento ou perda de juízo, assim loucura e “nervoso”, mas também uma espécie de intervenção espiritual que sempre atravessam as explicações nas histórias contadas sobre as raízes dos padecimentos.

Estes autores ressaltaram o papel da vizinhança, pois os vizinhos não apenas dão conselhos como também acompanham e mobilizam, com frequência, toda a sua rede pessoal de conhecidos para facilitar o acesso aos centros terapêuticos, que vão desde hospitais psiquiátricos às instituições religiosas. Assim, os grupos religiosos (terreiros de candomblé e Umbanda, centros espíritas kardecistas até grupos mais sincréticos com sessões de mesa branca muito influenciada por religiões afro-Brasileiras e seitas pentecostais) constituem-se como alternativos à medicina psiquiátrica, mas não impedem o uso desta.

Batista e Rocha (2019) em estudo sobre a saúde mental em duas comunidades do Vale do Guaporé no estado de Rondônia mostraram que estas comunidades constroem os sentidos de sua experiência com base no senso comum e que sua cultura e tradições se mantêm vivas por serem passadas de geração para geração. Assim, sintomas tecnicamente associados à um transtorno psicótico foram descritos como andar de um lado para o outro, correr, gritar, adentrar a floresta; os associados à depressão como tristeza e isolamento foram associados como “banzú” e o estresse era descrito em pessoas “nervosas”. Quanto às práticas de cuidado e padecimento, a comunidade é adepta de práticas religiosas e tratamento com ervas, as segundo os autores (2019), estas práticas vêm diminuindo nos últimos anos.

Os resultados destas pesquisas corroboram com a ideia de Kleinman, Eisenberg e Good (2006), de que 70% a 90% dos casos “auto reconhecidos” como episódios de padecimento encontram nos setores populares e os chamados “folks” algum tipo de auto tratamento, como cuidado familiar, grupos de autoajuda, curandeiro, etc, e são estes que fornecem auxílio importante no cuidado em saúde e por serem estes casos em sua maioria gerenciados fora do sistema “formal” do sistema de saúde é que o sistema de saúde profissional precisa ser agregado a este e não tornar-se dominante no gerenciamento do cuidado em saúde.

Afirmar que estas práticas populares de saúde em comunidades como a ribeirinhas foram desenvolvidas pela falta da existência de um sistema oficial de saúde (e esta ideia reduz a compreensão do processo saúde-doença e as concepções sobre suas manifestações) é um engano, pois “[...] Como explicar continuidade/permanência destas práticas culturais, religiosas voltadas para o cuidado com a saúde das pessoas nos espaços em que o sistema oficial como os

seus serviços já está em funcionamento e são até reivindicados pela população?” (Piani *et al.*, 2013, p. 348).¹³

Segundo estes mesmo autores, as práticas de cuidado destas comunidades têm uma determinada função social complexa e coexistem com o sistema de saúde formal, e assim, a forma como uma pessoa ou uma família constrói um itinerário terapêutico (IT) no processo de cuidado e padecimento favorece a percepção e o registro das práticas de cuidado. Por exemplo, se a busca pelos serviços de cura por alguém da comunidade resultou na superação de um problema, é provável que este se torne uma referência no campo da saúde nesta comunidade.

Ainda sobre o IT no cuidado, de acordo com Kleinman, Eisenberg e Good (2006), o encontro com o médico ou outro profissional da saúde é só um primeiro passo na sequência do IT, porque o processo de adoecimento começa com uma consciência pessoal de uma mudança na sensação corporal e segue quando o próprio paciente ou a família dele se rotulam como “doente”. Assim:

Personal and family action is undertaken to bring about recovery, advice is sought from members of the extended family or the community, and professional and “marginal” practitioners are consulted. This sequence may or may not include registration within the legitimized health system” (*Ibid.*, p. 140).

Corroborando com este pensamento, Oliveira (2002) refere que a relação entre serviços de saúde e usuários envolve encontro físico entre médico e paciente num consultório, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente, pois a doença é uma experiência na qual, além da alteração biológica, a cultura serve como um aspecto importante a ser considerado porque inclusive, as percepções culturais superam a questão biológica no fenômeno da doença.

É por esta razão que essa pesquisa pretendeu compreender como os modelos explicativos de padecimento e cuidado em saúde mental foram construídos nas comunidades ribeirinhas do estudo e se estas experiências são silenciadas (e como são) pelos serviços de saúde em detrimento de um trabalho biomedicamente prescrito. O impacto destes silenciamentos na autopercepção do sujeito sobre o que lhe ocorre possivelmente também pode ser apagado, mas nosso trabalho pretende dar voz a estes silenciamentos.

4.2 Território e saúde: as comunidades ribeirinhas da Ilha do Combu

¹³ Colchetes meus

De acordo com Costa Neto e Dimenstein (2017), o debate sobre atenção à saúde ainda não atende às perspectivas peculiares socioculturais de outros contextos que não o urbano e isto é reflexo do colonialismo de saberes e práticas no campo da saúde. Um estudo realizado por estes autores sobre o cuidado em saúde mental nas populações rurais indica que esta é uma das razões que mantêm as “iniquidades” referentes à história das populações rurais (grifo da autora).

Em 2005 o Ministério da Saúde já havia considerado desfavoráveis as condições de saúde desta população e, visando diminuir os agravos que contribuem para uma maior taxa de mortalidade e morbidade, instituiu o Grupo de trabalho da terra com a portaria 2.460/2005 (Brasil, 2013) composto por representantes de órgãos governamentais, movimentos sociais e convidados como um dos objetivos, elaborar a PNSIPCF.

Um dos objetivos da PNSIPCF é “V – reconhecer e valorizar os saberes e as práticas tradicionais de saúde das populações do campo e da floresta, respeitando suas especificidades” (Brasil, 2013, p. 24) e ela também prevê a ampliação da atenção básica, a partir da portaria nº 2.191/2010 e revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e duas possibilidades de equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) específicas para o atendimento de População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Matogrossense, a saber: I - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR): equipes que desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial; e II -Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF): equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) (Brasil, 2011).

O município de Belém tem peculiaridades no que diz respeito tanto ao território como um processo (por pertencer à região Amazônica) quanto ao território geográfico. De acordo com o “Plano municipal de saúde de Belém 2014-2017” (Secretaria Municipal de Saúde de Belém, s/a) a área territorial tem 1.065 Km², sendo 65% de área insular e 35% continental.

Segundo Dergan (2006), Belém é constituída por 39 ilhas que foram catalogadas pela Companhia de Desenvolvimento Municipal de Belém (CODEM) e estas constituem 65% do território de Belém e são ocupadas por comunidades ribeirinhas de diferentes dimensões, seja por casas isoladas ou em pequenas aglomerações, e suas habitações à água de canais e rios permanentes (Meirelles Filho, 2014).

Do ponto de vista da Gestão, o município de Belém, através da Lei 7.682/94, foi legalmente descentralizado administrativamente em oito (8) Distritos Administrativos, do seguinte modo: Belém (DABEL), Bengui (DABEN), Entroncamento (DAENT), Guamá (DAGUA), Icoaraci (DAICO), Mosqueiro (DAMOS), Outeiro (DAOUT) e Sacramenta

(DASAC). Nossa pesquisa será realizada na Ilha do Combu, que faz parte do Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT) de acordo com a Lei Municipal nº 7603 de 10 de janeiro de 1993, que dispõe sobre a regionalização administrativa do município, delimitando os respectivos espaços territoriais e criando os distritos administrativos.

De acordo com Dergan (2006), no século XVIII a região das ilhas arredores da cidade Belém foi lugar de abrigo e fuga para os chamados fugitivos (normalmente, os negros ou qualquer grupo de pessoas consideradas marginais), muito facilitado pela grandeza das ilhas e por serem locais ausentes de civilização. Também eram pouco importantes para o mercado da época e, portanto, não estratégicas economicamente.

No século XIX, esses espaços passaram a ser fonte de renda para a província do Grão Pará e para o governo geral do império, mas também abrigo de insituições para pessoas consideradas marginais, como os chamados lazaretos – primeiro o lazareto dos bexigosos, depois o asilo dos alienados. E foi no século XX, na década de 1980 que alguns símbolos da modernidade do cotidiano, como a energia elétrica e o turismo, foram possíveis na ilha do Combu (Dergan, 2006).

A ilha do Combu está localizada a 1,5km ao Sul da cidade de Belém, ao norte pelas margens do rio Guamá, ao sul, circundada pelo furo São Benedito, a leste pelo Furo da Paciência e à Oeste pela Baía do Guajará, e é considerada a quarta maior ilha do município. Com população estimada em torno de 1.500 (mil e quinhentos) habitantes, vivem basicamente da pesca e do extrativismo dos recursos da floresta (Dergan, 2006).

Em sua obra, Loureiro ([1991] 2015) fala da importância fisiográfica e humana dos rios na Amazônia, conferindo um *ethos* à vida que acontece na região e de que dele tudo depende.

O rio está em tudo.[...] Os “furos” são simples braços de rios sem nascente próprias. Eles ramificam-se interminavelmente, entrelaçam-se, produzem verdadeiras teias, na medida em que neles desembocam vários igarapés (palavra de origem tupi significando caminho de canoa). [...] O rio é tudo [...] (p. 139).

O território da Ilha do Combu é ocupado há décadas pelas famílias que o habitam. Estas contam com um termo de posse concedido pela União, no entanto, é a permanência na terra pelo relato de vários moradores que lhes garantem a legitimidade da posse da terra. A permanência e o documento legal são os argumentos utilizados pelos moradores da ilha para fazerem frente à especulação e interesses que cercam a ilha (Piani *et al.* 2013, p. 354).

De acordo com Rodrigues (2018), na ilha do Combu há quatro comunidades – Igarapé Combu, Beira Rio, Santo Antônio ou Igarapé Piriquitaquara, e comunidade do São Benedito a

Preservar ou do Furo do São Benedito, que de acordo com dados da UBS Combu, até o ano de 2017, somavam 560 famílias, num total de 2.200 habitantes.

Em consulta ao Arquivo Público do Pará nas cartas de concessões de sesmarias e codices referentes às áreas insulares de Belém, Dergan (2006) constatou que os igarapés, rios e matas não são *terras de ninguém* ou *sem história*¹⁴, pois têm um longo passado de ocupação por pessoas que ali viveram e criaram história.

Em 1997, através da Lei Estadual nº 6.083 de 13/11/1997, a Ilha do Combu foi elevada à categoria de “Área de Proteção Ambiental” (APA) que cria regras sobre os instrumentos legais de incentivos financeiros governamentais que visam o manejo, a implantação e o funcionamento destes, com o objetivo de proteger os recursos naturais a partir do seu uso racional e impedir atividades que impliquem na degradação da qualidade de vida ambiental (Pará, 1997).

De acordo com Meireles Filho (2014), o modo de vida das comunidades ribeirinhas é diferente da vida na área urbana. Eles vivem de maneira tradicional, tanto na forma de se locomover, de relacionar-se com seus pares, e obter a sua subsistência alimentar e de saúde, e isso tem relação direta em como praticam a sua economia, suas crenças, cultura etc.

De maneira geral, a população ribeirinha de Belém é em grande parte de jovens, crianças e idosos, há um alto índice de imigração de adultos que vão para área urbana em busca de trabalho, educação e acesso aos serviços e um alto índice de pessoas que não têm interesse em permanecer nas ilhas trabalhando com pesca, coleta de açaí e etc. (Peabiru, 2005 *apud* Meireles Filho, 2014).

O acesso às ilhas é feito pelos rios que por vezes, insuficiente e precário, há problemas com água potável, saneamento básico, dificuldade com comunicação como telefone e internet, falta de Luz elétrica, lugares apropriados para descarte regular dos lixos, entre outras questões (Meireles Filho, 2014).

Importa dizer que, embora a declaração da APA tenha contribuído para a conservação da biodiversidade e a melhoria por exemplo, no fornecimento de Luz elétrica, a ilha ainda apresenta problemas com falta de água potável, tratamento de lixo e sofre com ameaças do turismo de lazer sem fiscalização adequada e do aumento do tráfego motorizados, principalmente pela proximidade da ilha com Belém (Pekka, 2020).

¹⁴ Grifo do autor

Com relação à saúde, na Ilha do Combu a Unidade Básica de Saúde tem pouco mais de 20 anos de existência e passou por uma reforma e ampliação, em 2017, onde também funciona uma Unidade de saúde da família.

O estudo de Ferreira, Mendes e Silva (2010) demonstrou que como recursos de assistência à saúde, as famílias ribeirinhas da Ilha do Combu buscam os serviços formais (profissionais) de saúde, no entanto é primeiro aos saberes populares de saúde e doença que as famílias recorrem, como chás de ervas, emplastos, banhos, e algo de crenças religiosas.

A pesquisa realizada por Piani *et al.* (2013) também em uma comunidade da Ilha do Combu reforçou a ideia de que as práticas de saúde envolvem parteiras, curandeiros, profissionais da área de saúde, benzedadeiras, pajés e conhecimento repassado entre gerações como de mãe para filhos e que criam juntos uma rede de cuidados muitas vezes baseadas em práticas culturais e religiosas e que atuam em um sistema de relações sociais dinâmicas juntamente com programas de saúde, campanhas antigas e atuais, e etc. Um dado curioso na pesquisa destes autores é que pessoas com transtornos mentais desta comunidade são encaminhadas, pela Unidade de Saúde da Família, para o FHCGV (que é um serviço componente da RAPS de Belém como estratégico em urgência, emergência e internação psiquiátrica).

5 CAMINHOS ETNOGRÁFICOS DO CAMPO: DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS NARRATIVAS RIBEIRINHAS

Em vez de seguir uma curva ascendente de achados cumulativos, a análise cultural separa-se numa sequência desconexa e, no entanto, coerente de incursões cada vez mais audaciosa [...] Cada análise cultural séria começa com um desvio inicial e termina onde consegue chegar antes de exaurir seu impulso intelectuais (Geertz, [1926] 2008, p. 18).

Este capítulo sistematizou a nossa experiência no campo de pesquisa de forma científica¹⁵, como nos orienta a etnografia. O objetivo foi identificar através das narrativas dos ribeirinhos os modelos de padecimento e cuidado em saúde mental nas comunidades ribeirinhas do Piriquetaquara, Furo São Benedito e Igarapé Combu, na ilha do Combu em Belém do Pará, mas, para além disto, conhecer a partir destas narrativas e da observação participante, como estas compreensões foram construídas, e as suas relações.

A partir destas narrativas, também me interessou compreender qual o impacto da colonização e institucionalização destes saberes a partir da biomedicina nestas referidas comunidades ribeirinhas da Ilha do Combu. O campo era uma aposta.

Havia a expectativa inicial de que a pesquisa pudesse seguir um percurso linear, considerando que havia as próprias experiências empíricas e que estas supostamente bancariam a tese. Quero dizer com isto que achei que sabia o que poderia encontrar, mas a verdade é que fui surpreendida em minha petulância de achar que sabia, contrariando inclusive a orientação da minha escolha teórica e metodológica – a etnografia, como dito nesta lição de Martínez-Hernández e Correa-Urquiza (2017): “[...] otra de las claves¹⁶ deviene, a nuestro juicio, del poder de la etnografía para sostener la incerteza como vía de conocimiento” (p. 268).

Quando uma pesquisa é construída dentro da perspectiva da etnografia somos desafiados a deixar que o campo nos direcione por todo o percurso do estudo, e os resultados me mostraram que o campo também pode ser inesperado, reiterando duas questões importantes nesta pesquisa: a primeira é, como disse Peirano (2014, p. 379) “A ideia do ‘método etnográfico’ é complexa [...] Mas pesquisa de campo não tem momento certo para começar e acabar”. Será demonstrado neste capítulo como esta assertiva se fez verdade nesta pesquisa.

A segunda é que, para Clifford ([1994] 2002), a verdadeira essência do etnógrafo não está posta em quem escreve sobre o que vê, mas do ponto de vista da percepção do observador

¹⁵ (Malinowski) “[...] revolucionou os métodos e técnicas de pesquisa da etnografia antropológica ao atentar principalmente para a necessidade da sistematização da experiência de forma científica” (Clifford ([1994] 2002).

¹⁶ Estes autores se referiam às chaves necessárias para manter o espanto, que, segundo eles citando Aristóteles, é o que origina o conhecimento.

que junto com o etnógrafo, sua câmera e os leitores, compartilham da cena de uma cerimônia tradicional dos trobiandenses. Assim: “O modo predominante e moderno de autoridade no trabalho de campo é assim expresso ‘Você está lá... porque eu estava lá’” (p. 18). As narrativas que constam neste capítulo foram colhidas não somente pela nossa escuta e registrada no diário de campo, mas também pela observação quando esta estava sendo construída.

A etnografia é a escrita do que é visível e quem se utiliza dela para realizar uma pesquisa precisa estar inteiramente envolvido (e por que não dizer, imerso) com ela do início ao fim, desde o projeto de pesquisa, idas e vindas ao campo, encontro com os informantes, valer-se das observações, analisar hipóteses e testar os dados até a publicação do trabalho final com os resultados da pesquisa (Cabral *et al.*, 2020); Fui surpreendida pelos (des)caminhos do campo a cada encontro e compreendi que a proposta da pesquisa tinha mais peso que uma data de início da pesquisa e dos instrumentos da coleta de dados e quando me desprendi disso consegui olhar a pesquisa em sua totalidade.

Durante o trabalho de campo, é necessário utilizar tanto a indução quanto a dedução para determinar o que é relevante para a pesquisa e assim, categorias e temas podem ser selecionados com base nas observações feitas no campo, e não necessariamente definidos de antemão (Mattos, 2011). Assim, construí até aqui todo o aparato teórico necessário para cumprir com o objetivo da pesquisa e descreverei os (des)caminhos do campo neste capítulo, com os dados relevantes identificados na comunidade ribeirinha pesquisada.

Seguir a escrita narrando o percurso da história, ora abrindo discussões e “finalizando”, ora abrindo e deixando abertas para as páginas seguintes foi uma escolha e uma aposta que aprendidas com a própria etnografia, mas organizei os dados relevantes em temas para fins didáticos da análise das narrativas do campo a partir das narrativas da própria comunidade, associando aos conceitos utilizados como suporte teórico e metodológico na pesquisa e que chamei de “conceitos guia”.

A etnografia convoca a uma imersão no campo da pesquisa, a vivenciar o campo e estar junto aos sujeitos da pesquisa, estabelecer uma relação com eles e elas a fim de possibilitar que estes e estas sejam de verdade e de direito aqueles atores ou aquelas atrizes no processo e, que vivem (no caso da nossa pesquisa) o objeto que elegemos para estudo e, portanto, podem falar com propriedade sobre. Desta forma: “Um etnógrafo não confia a pesquisa a intermediários, ele a realiza do princípio ao fim, passando por todas as etapas que a imersão no campo demanda” (Cabral *et al.*, 2020, s/p).

De acordo com Santos (2001), o território não é neutro e nem um ator passivo. O autor metaforicamente refere que no território produz-se uma espécie polifonia na qual os lugares

convivem com os vetores da racionalidade dominante e com a emergência de novas formas de existência e por esta razão tanto território quanto lugar tem papel ativo na formação da consciência de uma população. O campo dessa pesquisa mostrou que todas as experiências de padecimento, os modelos de autocuidado e os itinerários terapêuticos da comunidade constroem modelos explicativos de padecimento e cuidado a partir das relações criadas, das experiências e da transgeracionalidade vividas dentro do próprio território, mas também e como não poderia deixar de ser, pela dinâmica social, colonialmente atravessada, no caso pelas, hegemonias do modelo biomédico e pela religiosidade cristã como será demonstrado nas páginas seguintes.

5.1 Narrativas de padecimento e cuidado enviesados pelo saber médico hegemônico

Como disse anteriormente, as comunidades ribeirinhas se caracterizam principalmente por habitarem à margem ou dentro de rios e canais (ou furos). Apesar de habituada às idas e vindas à ilha do Combu, aquele dia foi com um primeiro dia desde a chegada ao terminal fluvial da praça Princesa Isabel¹⁷, a espera por S. Nelson¹⁸, barqueiro¹⁹ que nos²⁰ levaria à UBS. O caminho era familiar até entrarmos no Furo do Combu e, com pouco menos de 10 minutos, “atracamos” no pequeno trapiche eu dá acesso à UBS, nos despedindo do barqueiro com quem combinamos previamente hora exata da nossa volta já que na ilha o sinal da internet é ineficaz.

A UBS Combu também é cercada pela fauna e flora da ilha e foi recém reformada. Logo na entrada, nos chamou a atenção um quadro escrito, desenhado e pintado à mão com o nome “Mapa do território da ESF Combu”, com uma riqueza de detalhes na descrição que, dividida por cores e símbolos, identificava as microáreas (ao todo são 6, sendo oficialmente 3 da ilha do Combu), onde cada uma delas conta com uma agente comunitária de saúde (ACS) responsável. Nestas microáreas era possível identificar cada igarapé, furo, igreja, centro comunitário, centros de lazer, escolas, além dos restaurantes, a Casa de artesanato Ygara e a chocolateria Filhas do Combu que são os locais conhecidos pela maioria das pessoas que vistam a ilha e pelos turistas, todos de propriedade dos ribeirinhos.

Fui apresentada à gerente da unidade, a Sra. Ana, que nos levou à uma sala onde havia o mapa da “Área de abrangência da UBS Combu” e neste havia informações identificadas em cores e com o código MA (Microárea) e número para cada ACS. Chamou a atenção que cada

¹⁷ Localizado no bairro da Condor, em Belém, é o principal ponto de partida para a Ilha do Combu.

¹⁸ A partir daqui utilizaremos nomes fictícios para identificar as personagens desta pesquisa.

¹⁹ Os barqueiros e barqueiras moram, em sua maioria, nas comunidades ribeirinhas e fazer o transporte das pessoas que transitam entre as ilhas e a cidade é mais uma forma de subsistência das famílias ribeirinhas.

²⁰ Nesta primeira visita fui acompanhada pelo prof.^o Márcio Belloc, que já era conhecido pelo barqueiro, pelas técnicas da UBS e pelos ribeirinhos da comunidade do Igarapé do Piriquitaquara.

cor e figura também identificavam os seguintes padecimentos: “acamado, CA (câncer), deficiente, diabetes, diarreia, doença mental, escabiose, gestantes, hanseníase”. Esta organização da UBS é interessante, pois o mapeamento foi feito pelas próprias ACS, também a partir de sua existência na ilha, o que nos fez pensar que elas não apenas fazem parte do território como elas mesmas o são.

Inicialmente, pretendia naquela visita saber quantas e quais eram as comunidades da Ilha do Combu e fazer uma busca ativa de possíveis sujeitos da pesquisa contactando com a Unidade Básica de Saúde da Ilha. Minha intenção também era buscar informações sobre lideranças comunitárias e agentes comunitários de saúde que poderiam intermediar nossa entrada nas comunidades e nos aproximar dos ribeirinhos, para então, conhecer as comunidades em suas vidas cotidianas, sem inicialmente qualquer roteiro de entrevista mas se utilizando da observação-participante, pois esta é imprescindível para nos auxiliar no conhecimento dos comportamentos de uma comunidade e, com a entrevista, que é uma ferramenta para obtermos as narrativas de quem vive aquele espaço, de acordo com Cabral *et al.* (2020).

Os mapas que observei já davam notícia de que um trabalho também cartográfico me ajudaria a traçar um percurso destes primeiros objetivos, além de uma breve conversa com 05 das ACS da UBS e com as quais identificamos que apenas 03 delas tinham a ilha do Combu como seu território de trabalho.

Na segunda visita à UBS fiz uma conversa com estas ACS responsáveis pelas microáreas do Igarapé Piriquitaquara, do Furo São Benedito e do Igarapé Combu. Elas explicaram como funcionavam suas rotinas de ACS e expliquei a elas sobre a minha pesquisa, que pareceu interessante para elas primeiro porque me identifiquei como psicóloga que trabalha com a política de saúde mental e porque em poucas palavras descrevi o conceito de padecimento em saúde e esclareci objetivo da pesquisa.

Observei para elas que no quadro “Área de abrangência da UBS Combu” há uma área em verde identificada como “doença mental” e elas contaram que há muitos casos de pessoas com “depressão, ansiedade, tentativa de suicídio, uso de álcool e outras drogas entre os jovens da comunidade”.

Um recente caso que chamou a atenção de uma das ACS foi o de uma pessoa que “mudou após uma queda”. A narrativa era de que um jovem rapaz ribeirinho da ilha sofreu o acidente caindo do açazeiro em que estava tirando açaí, bateu a cabeça e passou a ver e falar com os encantados da ilha. Segundo Leonel *et al.* (2002) os encantados são seres visíveis ou não aos olhos de pessoas comuns e se apresentam ou se manifestam nelas de diversas formas;

São também chamados de Caruanas, entidades espirituais que se manifestam principalmente na pajelança cabocla e são pessoas comuns, que, sem passar pelo processo de morte material, vão para um mundo espiritual, que não é o mesmo do cristianismo, mas um mundo encantado, subaquático ou em lugares ocultos nas matas. É, ao mesmo tempo, um plano espiritual e natural e por isso os elementos da natureza, como terra, flora e água, estão intimamente ligados às representações das moradas desses seres espirituais (Maués, 1995; Maués, 1999 *apud* Silva, 2014).

Loureiro (2015) refere que os encantados foram se constituindo ao longo do tempo como uma espécie de vetor mitológico na Amazônia e a eles “[...] foi reservado um *locus* próprio: as encantarias, espécie de limbo onde as entidades dessa diversificada teogonia²¹ estariam reunidas” (p. 107);

Esta narrativa das ACS já apontou para pensar que elas consideram outros modelos explicativos de padecimento e saúde que não apenas o modelo biomédico.

A organização do trabalho perto e de mãos dadas com a comunidade favorece, segundo as ACS, o conhecimento de casos como este e fizeram uma estimativa de aproximadamente 10 casos de adoecimento mental (termo utilizado por delas) na comunidade do Igarapé Piriquitaquara, 8 na comunidade Igarapé Combu e 4 na comunidade do Furo São Benedito.

Para minha pesquisa estes dados eram suficientes para iniciarmos a busca ativa na comunidade para conhecer estas pessoas, por intermédio de cada uma das ACS, mas também era do meu interesse acompanhá-las ACS em suas visitas domiciliares para uma melhor ambientação na comunidade.

No entanto, questões burocráticas e administrativas dentro da UBS fizeram como as visitas fossem adiadas – posteriormente retomarei a este ponto. Quando se tornou oportuno, inicialmente apenas a ACS Joana do território do Furo São Benedito estava disponível para que acompanhássemos as suas visitas.

Como dito anteriormente, o rio é a rua das comunidades ribeirinhas e a natureza é quem dita as regras do jogo. No mês de março vivenciamos o inverno amazônico com muitas chuvas e o fenômeno das marés altas. Por orientação de Joana, suspendemos a visita, pois não era seguro que atravessássemos o rio e ela também não se sentiu segura para sair no seu casquinho²². “[...] É no ritmo das vazantes e das enchentes, das marés diárias ou fenômenos semestrais – como no alto e médio Amazonas – que os rios se constituem no relógio e no

²¹ Narrativa clássica da origem do cosmos, dos deuses e dos heróis na mitologia grega.

²² Nome dado à uma pequena embarcação feita de madeira.

calendário regionais. A vida olha o rio, os homens regulam seu cotidiano pelo movimento das águas. [...]” (Loureiro, 1991 [2015], p. 233).

Importa fazer um parêntese aqui de que a UBS Combu dispõe de apenas 1 lancha pequena disponibilizada pela Secretaria da Saúde de Belém (SESMA) para realizar todos os trabalhos fora da unidade; isso significa que as ACS costumam utilizar também seus próprios casquinhos ou lanchinha para as visitas domiciliares, a mesma que é muitas vezes o único meio de transporte da família e que é utilizada também por outros membros da família, como aqueles que fazem trabalhos na cidade. Outra situação implicada é que as lanchinhas são movidas à combustível fóssil, e o custo é alto tanto para quem custeia com recursos próprios as suas lanchas quanto para quem espera pelas visitas domiciliares das ACS que não são realizadas quando o repasse do auxílio do combustível para a lancha oficial da UBS não é feito, como já havia sido questão na pesquisa de Piani *et. al.* (2013).

Saindo desta vez do Porto da Palha²³ enfim consegui acompanhar em outro dia uma visita e iniciamos em uma casa na Comunidade Beira do Rio. A casa tinha um bar em sua entrada e é propriedade da família, como muitos ali da ilha do Combu, e Joana já me esperava enquanto checava o cartão de vacina de uma criança e de D. Rosa, de quem também aferiu pressão e perguntou sobre sua alimentação diária. Joana verificou que faltavam algumas vacinas para serem atualizadas, D. Rosa se queixou que a Joana “andava sumida”, ao que Joana justificou que havia muitas tarefas dentro da unidade que estavam tomando tempo das visitas. Mais um dado para guardar para a análise que seguirá.

Conversamos brevemente e seguimos a visita a outros membros da família, atrás desta primeira casa, e chamou nossa atenção o fato de que havia outras casas cuja ligação entre elas não era apenas os laços sanguíneos e consanguíneos, mas também tabuas fazendo a vez de pequenas pontes, de uma igreja em construção e que pertencia à um dos membros da família, e pastor. Outro dado importante para pensarmos a análise do campo que virá em seguida, pois durante nossas idas e vindas à ilha vimos várias construções sendo erguidas, muitas seriam restaurantes ou igrejas, segundo os barqueiros que nos acompanhavam.

Visitamos apenas 1 casa e acompanhei a conversa de Joana a jovem Rita, grávida, e que estava com o acompanhamento do seu pré-natal em atraso, e para a qual Joana conta que é parteira, mas não pode utilizar seus conhecimentos dentro da UBS, porém não entrou em detalhes sobre a razão.

²³ “O Porto da Palha se materializa por meio do funcionamento de uma feira, um porto que funciona como entreposto de embarque e desembarque de pessoas e produtos como, açaí, palha, madeira, farinha, carvão, dentre outras coisas” (Silva, 2009, p. 03)

Em ambas as visitas sondei se havia algum caso que fosse caracterizado como um padecimento em saúde mental e Joana e as moradoras nos contaram que houve muitos casos de ansiedade e depressão principalmente durante e após a pandemia de Covid-19.

Nossa terceira visita, saindo da Praça Princesa Isabel teria sido na comunidade do Furo São Benedito, porém, o barqueiro que nos levaria estava trabalhando em outro local e nenhum outro barqueiro aceitou me levar até o Furo pelo valor normalmente cotado, com a justificativa de que para o Furo São Benedito o caminho é bem mais longo e não compensava a quantidade de passageiros. Cabe contar que em geral, o valor da passagem para visita da ilha do Combu é R\$10 cada trecho (ida e volta), mas também paguei R\$20 (cada trecho) para as visitas da pesquisa em razão da quantidade de pessoas por embarcação (inferior ao usual) e, fui levada muitas vezes de forma exclusiva até a ilha.

Já relatei que as embarcações são movidas à combustível e que estas são não apenas o meio de transporte dos ribeirinhos como também seus meios de trabalho e subsistência, o que justifica inclusive os valores cobrados por passageiro, porém a pesquisa tinha um orçamento previsto; outra informação relevante é de que há uma espécie de disputa entre barqueiros que residem nas ilhas e fazem o transporte de passageiros como fonte de renda. Barqueiros que residem ou não nas ilhas são gerenciados por terceiros também residentes ou não da ilha e que ditam as regras do transporte de passageiros (para onde, hora, ordem de saída de cada embarcação, quantidade de passageiros, valores, entre outros). Não incluírei nesta discussão o transporte realizado pela prefeitura como turismo.

Nas duas semanas seguintes fiz outras tentativas de visita acompanhando Joana e as ACS das comunidades Igarapé Combu e Igarapé Piriquitaquara, sem sucesso, pois todas estavam em tarefas administrativas dentro da UBS e as visitas domiciliares não estavam sendo realizadas. Este dado é relevante quando da importância de ACS no cuidado à atenção primária e que recentemente foi reconhecida e regulamentada como profissão da área de saúde através da Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023 (Brasil, 2023). De acordo com o Art. 3º da Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018, os ACS

[...] tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde, a partir dos referenciais da Educação Popular em Saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS que normatizam a saúde preventiva e a atenção básica em saúde, com objetivo de ampliar o acesso da comunidade assistida às ações e aos serviços de informação, de saúde, de promoção social e de proteção da cidadania [...] (Brasil, 2018).

Em 2019, foi instituído o Programa Previne Brasil, através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 com um novo modelo de financiamento federal da Atenção Primária

(AP), para os municípios, a partir de, segundo o Art. 9º da referida Portaria: “I - capitação ponderada; II - pagamento por desempenho; e III - incentivo para ações estratégicas” (BRASIL, 2019). O Previne tem por objetivo aumentar o acesso das pessoas aos serviços de AP e fortalecer o vínculo entre a população e as equipes de saúde e, para isso, são utilizados mecanismos que promovem a responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem (Brasil, 2019) e o financiamento pelo Previne Brasil é distribuído com base no número de pessoas efetivamente cadastradas nas equipes de Saúde da Família (ESF) e de AP, no desempenho assistencial das equipes e em incentivos específicos, entre outras coisas (Brasil, 2019).

De acordo Morossini, Fonseca e Baptista (2020), na prática as mudanças na alocação dos recursos públicos, a criação de novas formas de relação entre o Estado e empresas privadas e a adaptação do modelo de atenção às particularidades da gestão de mercado tornam viável a reconfiguração do SUS para um sistema onde agentes públicos e privados podem atuar de forma indistinta, tornando mais possível a ruptura com o compromisso constitucional de que a saúde é um dever do Estado, além da desvalorização do trabalho comunitário e o cuidado integral e multidisciplinar.

Esta é a razão pela qual iniciei este ponto de discussão. As ACS estavam sendo convocadas pela gerência da UBS a fazer levantamento de prontuários, número de pessoas e famílias cadastradas na unidade e nos programas, entre outros serviços mais administrativos, o que impactou diretamente no trabalho diário destas junto à comunidade e consequentemente na nossa pesquisa no campo pois ainda não tínhamos autonomia o suficiente para realizar as visitas às comunidades sem a mediação das ACS. O que eu faria sem o acesso às ACS, aos prontuários, à comunidade e às pessoas que seriam nos indicadas para as entrevistas? Foi necessário recalcular a rota da pesquisa. Aqui cogitei encerrá-la com o resultado e análise a partir da experiência vivenciada.

Com meu diário de campo em mão e algumas idas e vindas à ilha do Combu, ao reler meu diário de campo para a escrita dos resultados da tese compreendi que a pesquisa no campo já havia iniciado em minhas visitas iniciais à UBS do Combu. A pesquisa de Piani *et al.* (2013) também já havia chamado nossa atenção de que as práticas populares de saúde em comunidades ribeirinhas não surgiram em razão da ausência de um sistema oficial de saúde e que estas e as práticas científicas convivem no cotidiano da vida ribeirinha da ilha do Combu. Através das narrativas das ACS juntamente com a observação participante na comunidade, identifiquei que havia um papel direto e indireto do saber médico hegemônico na construção de modelos explicativos de padecimento e cuidado na comunidade da ilha.

Entre estes destaco a compreensão de que a pandemia da COVID-19 impactou diretamente na saúde mental dos ribeirinhos, explicando o aumento expressivo dos casos de transtornos de ansiedade e transtorno de humor depressivo. As experiências de padecimento foram narradas a partir de sintomas ratificados pelos sujeitos que ouvi, como medo da morte, medo pelas incertezas do amanhã, tristeza e angústia pela morte de parentes e amigos, pelo isolamento social e pela preocupação com a situação financeira.

Importa dizer que, como orientado por Castellanos (2014), entendi que muitas dessas narrativas não eram apenas sobre sintomas, mas, principalmente, sobre como as experiências colaboraram para o sentido do vivido.

Por não ser como um sistema fechado, a narrativa sempre indica campos de possibilidades para os seus sentidos e outras formas de estruturação, assim, quando ouvimos uma narrativa sobre um adoecimento, isto implica testemunhar o sofrimento alheio a partir de uma escuta ativa e estabelecermos com esta escuta diferentes graus de entendimento, compreensão e reconhecimento e assim, conferimos ou não legitimidade ao que escutamos e é isso o que possibilita criar empatia ou não pelo relato e pelo narrador (Castellanos, 2014).

Os processos de autocuidado da comunidade no modelo explicativo biomédico incluem o tratamento em serviços de saúde com a UBS COMBU e os CAPS, além de grupo terapêutico realizados no centro comunitário da comunidade do Igarapé do Piriquitaquara e do qual falarei mais adiante.

As ACS possuem um conhecimento híbrido sobre padecimento e cuidado em saúde porque não só trabalham em um serviço de saúde como também são pertencentes àquele território, mas questionei como o conhecimento da ACS que é parteira pode ser literalmente silenciado dentro de um serviço de saúde...?

De acordo com Leonel (2002),²⁴ alguns estudos antropológicos na Amazônia demonstraram a importância das parteiras e o alto grau de respeito que estas têm em suas comunidades: muitas delas têm o dom e outras que não o têm, recebem treinamento dos serviços de saúde oficiais dos municípios do interior.

O saber ancestral do partejar foi silenciado pelo discurso biomédico hegemônico, assim como não foi reconhecida e incluída dentro da Política Nacional de Práticas Integrativas como já discutido em capítulo anterior, a partir dos estudos de Moebus e Merhy (2017).

²⁴ Com destaque para o de Maués e Villacorta (2001), citado por Leonel (2002).

5.2 Narrativas de padecimento e cuidado pelo olhar dos saberes tradicionais, indígenas e das religiões católica e afro religiosas

Antes de seguir com as narrativas, cabe explicar por que decidi reunir neste subcapítulo estes três modelos explicativos de padecimento e cuidado. Estes apareceram nas narrativas um tanto entrelaçados, e um quarto modelo explicativo apareceu como um fator surpresa e a este dedicamos o último subcapítulo, cuja razão será facilmente compreendida ainda neste subcapítulo.

Quando pensei que era hora de seguir a pesquisa com outra estratégia, entrou em cena uma personagem importantíssima para a continuação do caminhar desta pesquisa. Ana era uma mulher ribeirinha conhecida e reconhecida pelo seu ativismo social em sua comunidade no Igarapé do Piriquitaquara. Participava de um grupo formado na própria comunidade como um espaço de cuidados coletivos em saúde mental, realizado pelo professor Márcio Belloc e já em uma primeira conversa sobre a minha pesquisa, Ana se colocou à disposição para ajudar a entrar e a conhecer a sua comunidade.

Na semana seguinte parti então ao encontro de Ana, na comunidade do Igarapé do Piriquitaquara. Foi a própria Ana quem me indicou um segundo barqueiro para caso não conseguisse contato com o S. Nelson²⁵, alguém que também era morador daquela comunidade.

Desta vez, conheci S. Raimundo, o barqueiro. Navegando pelo rio Guamá até o Furo da Paciência, entramos no Igarapé do Piriquitaquara e era possível ver alguns dos restaurantes da ilha além de outras construções sendo erguidas, que segundo S. Raimundo, provavelmente seriam outros restaurantes ou igrejas²⁶.

Entrando no furo, avistamos outros restaurantes e algumas casas grafitadas por alguns artistas do projeto *Street River Amazônia*, projeto idealizado e iniciado em 2015 pelo artista plástico Sebá Tapajós. Atracamos nossa lancha em um pequeno píer feito com tabuas em frente à casa de Ana que já nos esperava junto com a sua mãe, para um café.

Apresentei-me a Ana e parei para escutá-la, que com uma eloquência de quem é curiosa pela vida, pelo conhecimento, me envolveu em suas narrativas. Mulher, ribeirinha, preta, pedagoga e professora de Ensino Infantil em uma escola quilombola em outra ilha de Belém, e com tantas experiências para compartilhar comigo.

²⁵ Conversando com o S. Raimundo durante uma das viagens que fiz ao Igarapé do Piriquitaquara, descobri que ele é tio de Ana e que, junto com sua esposa, também é proprietário de um dos restaurantes na ilha do Combu.

²⁶ Em minha última visita à ilha, um dos empreendimentos já quase pronto de destacava de forma grandiosa na beira do rio, como um futuro restaurante e hotel.

Acompanhadas de um silêncio na ilha que já não é mais tão cotidiano²⁷, expliquei minha pesquisa à Ana. Ela contou que dentro da comunidade conhecia pessoas que estiveram ou estavam experienciando algum padecimento em saúde mental, e com isso intermediaria nossa conversa com elas e que inclusive ela mesma havia passado por crises de pânico por conta da vivência da pandemia da COVID-19 e que fez tratamento em serviço de saúde, acompanhada de medicamentos.

Com entusiasmo me apresentou sua casa ladeada de muitas plantas, flores, frutas típicas do Pará, seguida de um “Essa planta se chama (dizia o nome) e é boa para banhos”, “Essa aqui faz chá”, sempre retirando uma folha para que eu sentisse o cheiro, que muitas vezes me remeteu às minhas próprias memórias – e Ana fazia isso com frequência em todas as vezes que estive com ela.

Contou-me que antigamente costumava-se presentear com um casquinho as crianças ribeirinhas que nasciam e que todo ribeirinho aprende a remar desde cedo, como ela aprendeu, e hoje é dona do seu próprio casquinho, chamado Penélope (na cor rosa, obviamente), que estava atracado no pequeno píer de sua casa esperando uma reforma. Meu segundo encontro genuíno com o viver ribeirinho.

Sendo a pesquisa construída dentro da perspectiva da etnografia, pretendia desde o início fazer uma descrição das experiências a partir das narrativas da própria comunidade, com os registros observados e escritos no meu diário de campo e com as entrevistas com a comunidade, mas também estaria atenta ao que o campo me apresentasse, sendo isto esperado ou não. Depois da experiência inicial da pesquisa, deixei que o campo falasse e me direcionasse, porque a etnografia também nos pede esse desprendimento, vou assim chamar, com o qual e sem ele um estudo principalmente dentro da Antropologia não é genuíno.

A partir da minha entrada na comunidade e por todo o percurso da pesquisa e já no início da conversa com Ana compreendi que conversar com as ACS, utilizar prontuários de pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental ou com histórico de sofrimento ou transtorno mental ou usuária de algum serviço de saúde mental, não se fazia mais necessário. Acontece que a pesquisa fluiu e pessoas foram aparecendo sem necessariamente terem sido escolhidas; a própria Ana que inicialmente seria nossa intermediadora se tornou sujeito da pesquisa, também dona da sua própria narrativa.

²⁷ Ana conta que além da entrada de lanchas particulares e de turismo no furo com sons alto, há pessoas da cidade construindo casas de lazer nas quais a poluição sonora é o maior problema, além de cooptarem ribeirinhos para prestarem favores aos donos destes estabelecimentos em troca de não reclamarem do ônus de tê-los em sua comunidade.

Foi através de Ana que tive o primeiro contato com os saberes tradicionais da comunidade do Igarapé do Piriquitaquara. Uma das curiosidades deste viver é que, como em outras comunidades, esta também é formada majoritariamente pela continuidade de famílias e, portanto, a maioria da vizinhança é parente um do outro. Isto foi importante para esta pesquisa porque disse anteriormente, as narrativas das experiências de padecimento e cuidado em saúde e os modelos de práticas de cuidado são construídas dentro das experiências sociais de um grupo e por ele também são mantidas.

Segundo Conceição (2008), no Igarapé do Piriquitaquara a ocupação até então não se dava de forma desordenada, pois para que uma nova família decida construir uma casa é necessário que o terreno seja pertencente à família de um dos cônjuges e, é comum que em uma mesma casa resida mais de uma família. Contudo, Ana contou que hoje há terrenos dessas famílias que foram vendidos (ela tem informação de 03 terrenos) para pessoas de fora da comunidade e fora da ilha do Combu, provavelmente para futuros empreendimentos comerciais.

Perguntei à Ana se ela tinha conhecimentos de pessoas que explicassem seus padecimentos por outros modelos que não o médico hegemônico, como encantamentos, e ela confirma que sim, é comum algumas narrativas sobre encantamentos. As narrativas míticas e crenças presentes no imaginário indígena e ribeirinho da Amazônia oferecem explicações sobre a origem e a manifestação dos fenômenos naturais e sociais atuais. Elas proporcionam uma compreensão das formas de pensar, perceber e viver do povo amazônico, revelando suas perspectivas filosóficas sobre a vida, a interação entre vivos e mortos, e a conexão com a natureza (Filho; Carvalho, 2023).

Segundo Maués (2012), muitos são estudos antropológicos sobre a religião nas áreas rurais da Amazonia, e estes indicam uma interseção entre concepções e práticas católicas e do universo da pajelança. Há personagens centrais nesse mundo mítico, como santos e encantados, o Deus do catolicismo é percebido como uma figura distante (Eliade, 1957 *apud* Maués, 2012), espíritos bons e maus, incluindo os "espíritos de luz" e Satanás, e os encantados habitam o fundo das águas (rios, baías, lagos etc.) e as florestas, sendo chamados de bichos do fundo ou caruanas.

Ana lembrou que há alguns anos havia naquela comunidade uma senhora que “fazia trabalhos”, indicava banhos e as pessoas a procuravam por diversas razões inclusive por conta de adoecimentos. O lugar era um terreiro tradicional na comunidade, rechaçado por uns e frequentado por outros, mas que não resistiu ao falecimento da então fundadora daquele lugar

que era pejorativamente chamada “macumbeira²⁸” e hoje não se tem notícias se o terreiro voltou ou não ao seu funcionamento.

Também me contou que na comunidade há várias religiões sendo praticadas, religião católica, as religiões de matriz africana e agora as chamadas neopentecostais, esta última que, segundo Ana, tem se tornado bastante presente e atuante na ilha inclusive de maneira até impositiva por parte de seus praticantes, muitos de sua família. Deixarei para discorrer sobre essa narrativa no próximo subcapítulo.

Navegando ali pelo Igarapé do Piriquitaquara consegui identificar 2 ou 3 pequenas igrejas neopentecostais e, a capela de Sto. Antônio, que fica ao lado do centro comunitário. O estudo de Conceição (2008) constatou que a então associação comunitária do Igarapé do Piriquitaquara era a única que possuiu um prédio próprio, e mantida pela arquidiocese do município de Abaetetuba²⁹, e constituída em sua maioria por mulheres que realizavam atividades para arrecadar fundos para a própria comunidade. Ana contou que há mais de 15 anos a capela de St. Antônio passou a ser mantida pela arquidiocese de Belém e “lá dinâmica é outra, eles entendem que tudo tem que vir da própria comunidade, as reuniões, as celebrações, etc., então não vemos mais com tanto engajamento a religião católica atuar aqui na comunidade”.

Retomando à história da ruptura da família de Ana, alguns de seus familiares foram criados fazendo uso dos saberes tradicionais tanto como modelos explicativos de padecimento quanto de modelo de cuidado e autocuidado, mas passaram a se associar aos discursos dos pastores e pastoras das igrejas neopentecostais que estão na ilha, criando na família os grupos dos evangélicos, dos católicos e daqueles que são católicos ou outra religião, mas que também seguem se utilizam dos saberes tradicionais indígenas ou de religiões de matriz africana.

“Eles acham que tudo é coisa do diabo: os adoecimentos, os ritos, os chás, as ervas... então a briga é contra o diabo”, diz Ana, reforçando sua ancestralidade, “eu tenho sangue quilombola e indígena, minha família vem destes lugares” e, alguns de seus familiares que hoje seguem as igrejas neopentecostais negam as suas origens, mas ela não: “Eu rezo, mas eu não vou deixar de tomar meus banhos (de ervas)”, estes últimos que fazem parte de uma série de modelo de autocuidado baseado em saberes tradicionais quilombolas e indígenas, aprendido com sua mãe e sua avó e repassado em gerações.

²⁸ Praticante da macumba e, de acordo com Lucarelli (2021) macumba é antigo instrumento musical de percussão africano, que deu origem ao termo "macumba" em referência aos rituais africanos e que, com o tempo passou a ser utilizado como sinônimo de feitiçaria pela à falta de conhecimento sobre os rituais celebrados nessas tradições das religiões de matriz africana.

²⁹ Caracterizei o município na introdução deste estudo.

Sobre isto, Emilio Willems (1967 *apud* Rabelo, 1994) argumenta que as crenças do Catolicismo popular em experiências místicas, possessões, milagres, espíritos do mal, feiticeiras e demônios facilitaram a expansão do Pentecostalismo, e este por sua vez, contribui para a preservação cultural dessas crenças.

Em minha segunda visita à comunidade do Igarapé do Piriquitaquara, enquanto aguardava Ana, observei algumas crianças brincando ali por perto, e, tomada por uma gostosa nostalgia da minha infância, decidi ir até eles. Uma das crianças estava sedenta em tomar banho no rio, mas foi advertida pela avó que já não era hora. Eu me aproximei, me apresentei e perguntei às crianças o que faziam e se elas tinham medo dos bichos que poderiam encontrar no rio, ou nas árvores pela ilha (obviamente um medo meu), e é aqui que conheço Simão, de 09 anos.

Simão contou que já encontrou cobras nas árvores, e embaixo de sua casa e que elas se camuflam. Perguntei se ele tinha outros medos, se conhecia histórias ali da ilha, se ele já tinha visto coisas ou pessoas que ninguém mais vê ou se conhecia quem via e ele prontamente disse “minha avó vê índios”, e assim perguntei se ele poderia me contar a história.

O leitor deve estar se perguntando por que estava curiosa em saber sobre isso com aquelas crianças... Primeiro porque me apetecia saber, em nome do objetivo da pesquisa, e, estava sedenta – confesso – em ouvir alguma história do tipo. Segundo, contei sobre a nostalgia de minha infância quando as vi brincando, e me remeti às lembranças de quando sentada ao lado da minha avó, Maria Helena, na porta do quintal de nossa casa de veraneio de Marudá³⁰ me divertia contando histórias sobre os encantados das matas. Sua história preferida era sobre a Matinta Perera³¹ que, segundo ela, era sabido quando estava por perto porque assobiava numa espécie de aviso de que estava ali. Nunca esqueci e até hoje me apavoro com ideia.

Voltando ao caso de Simão, dizem os saberes tradicionais que no horário de 12h não é permitido que se entre na floresta, pois é o momento em que os índios passeiam por lá. A história contada à Simão é de que sua avó ignorou o aviso e entrou na floresta para pegar açaí, enquanto seu avô ficou esperando, por um tempo que para seu avô foi bastante e preocupante, mas para sua avó foi mais curto.

Nos contam Vaz Filho e Carvalho (2023) que

³⁰ Distrito do município de Marapanim, no nordeste paraense.

³¹ “Matinta Perera ou *Mat-taperê* é personagem mitológico por demais conhecido no interior amazônica. Todos já ouviram falar do misterioso pássaro que dá assobios assemelhados aos seu nome, sempre à noite, e só para quando lhe prometem tabaco. E no dia seguinte, pela manhã, a aparece uma velhota solicitando o prometido...[...]” (Monteiro, [1986] 2007, p. 27).

Há locais e horários mais propícios às manifestações dos encantados e das forças sobrenaturais. Existem espécies de portais de passagem entre os dois mundos, que são os encantos, lugares bem conhecidos por um histórico de aparições, sons e outros sinais [...] Os horários propícios às manifestações dos moradores do mundo invisível são seis da manhã, meio-dia, seis horas da tarde e meia-noite. São as horas críticas, quando não se deve andar sozinho, principalmente nos lugares de encanto. Gritar ou fazer barulho na beira dos igarapés ou lagos nesses horários ou depois das 18 horas irrita seus espíritos e traz sérias consequências. Todos concordam que a meia-noite é o horário mais perigoso, quando o risco de ser molestado por um encantado, bicho ou visagem é muito maior. Os espíritos estão sempre andando em todos os lugares, mas há alguns locais onde eles moram, que são normalmente os encantos (p. 28-29).

Ao voltar da floresta, a avó de Simão contou ao esposo que sentiu uma dor de cabeça muito forte e desmaiou e desde então vê e conversa com índios, às vezes pede para fechar as janelas de casa pois eles ficam passeando e observando para dentro de sua casa. Completa dizendo que “parece que isso é de família pois a irmã da avó também costuma ver pessoas”, mas é chamada de “louca, é esquizofrênica” e faz tratamento no CAPS em Belém, e que sua avó também já fez tratamento. Perguntamos se ele acredita no que as pessoas falam de sua avó e ele diz “Acredito na minha avó”.

Segundo Vaz Filho e Carvalho (2023), a coexistência entre humanos e espíritos em espaços compartilhados como as florestas é comum e necessita de respeito mútuo para manter uma relação harmônica. A convivência pacífica é exemplificada através das histórias de caçadores que oferecem presentes como tabaco e cachaça ao Curupira, uma entidade mítica protetora da floresta. Esse respeito é fundamental para a continuidade da harmonia; quando ele é quebrado, há retaliações dos espíritos ou "encantados". Estes autores ainda reiteram que “É possível saber disso através de repetidos ataques dos espíritos às pessoas que passam nesses lugares. As vítimas podem ficar assombradas, doentes e até morrer, quando se diz que sua sombra foi levada pelo bicho para o encanto” (p. 29)

A narrativa de Simão corrobora com a ideia de Kleinman (1978) de que as experiências vivenciadas e elaboradas sobre saúde e doença constroem os modelos explicativos de padecimento e cuidado. O que Simão contou sobre a avó encantada por um índio após desobediência quanto às regras da floresta e que na explicação dos outros é sinônimo de “loucura” tem dois vieses, que a antropologia nos mostra, de que as experiências de padecimento geralmente têm mais de um significado.

Quero destacar aqui dois significados que a narrativa de Simão trouxe sobre a loucura. A primeira, da ordem de um saber profano como diria Corrêa-Urquiza (2018) e segunda, da ordem do modelo médico hegemônico que desde sempre concedeu à loucura um lugar social,

quando da criação do asilamento nos manicômios³² e que perdura como facilitador do controle social e/ ou da morte em vida de sujeitos submetidos à esses espaços e que hoje já não necessariamente tem uma estrutura física de um manicômio, mas como uma instituição de grande poder hegemônico que sempre foi; permanece fazendo necessário entender porque o projeto teórico-prático da desinstitucionalização da psiquiatria como um campo de saber e poder, proposta por Franco Basaglia, continua sendo atual e urgente.

Nos diz Martínez-Hernández e Correa-Urquiza (2017, p. 273)

La locura implosiona el sentido común, lo fragmenta y lo retuerce, aunque sea actuando al margen de las voluntades de quienes la sufren, para devolver una imagen desmoronada de él que podemos definir como sinsentido común o como sentido obscuro. Esta refracción es la que induce a una gestión de la locura en los sistemas expertos que busca subsumir la vivencia de los afectados en categorías nosológicas previsibles, a la vez que disuade de cualquier mirada lateral en el campo profesional. Así, se facilita el énfasis del management frente a la narrativa, de la nosología frente a la experiencia, de la identificación burocrática sobre la identidad vivida [...].

Foucault ([1963] 2011) demonstrou como o olhar da clínica moderna fundamenta-se em discursos que deslocam o foco do doente para a doença (no sentido biomédico) e isto seria uma dos fatores responsáveis que reforçam a dominação biomédica na definição dos problemas e intervenções terapêuticas na área da saúde, pouco considerando outras perspectivas e os próprios sujeitos. É nesse contexto que surge o interesse pelas narrativas pessoais de adoecimento, contrapondo-se à perspectiva biomédica “[...] ao procurar “dar voz” àquele que deveria ser o centro das atenções (doente), mas que permanece subordinado às práticas biomédicas e subjaz “apagado” nas análises funcionalistas dessas práticas” (Castellanos, 2014, p. 1067).

Uma pergunta disparadora da análise sobre as relações existentes entre o contexto de produção e a estrutura narrativa (e destes com o universo cultural mais amplo) pode ser: por que a história foi contada dessa maneira? A resposta pode ser buscada, por exemplo, através da identificação da posição do narrador em relação à narrativa produzida e do foco e gênero da narrativa (Castellanos, 2014).

Não sabemos ao certo como foi construída a história que Simão sabe sobre o que ocorreu com sua avó e nem me cabe dizer se é verdadeira ou falsa; e não sabemos por que a história foi contada desta forma (para ele ou por ele), então o que importa nesse estudo é garantir que sua narrativa seja contada e à maneira que lhe for conveniente e coerente contar.

Segui conversando com Simão e perguntei se ele também já viu índios e ele conta que vê os erês e que eles fazem travessuras principalmente quando é festa de Cosme e Damião e as

³² Como aprendi com Foucault (2011; 2012)

peessoas não deixam doces para eles. Ele mostrou um dos lugares onde costuma ver (embaixo de um tronco de árvore e de um pedaço da palafita) e disse que já deixou doces ali.

De acordo com Silva (2005) os erês são conhecidos na Umbanda e “[...] são entidades infantis que respondem pelos orixás [...]” (p. 159) e “As festas de erês são celebradas em setembro, por causa da homenagem aos santos católicos Cosme e Damião, médicos tidos como protetores das crianças. Nessas festas há geralmente farta distribuição de brinquedos e guloseimas para as crianças (Silva, 2005, p. 165). Na ocasião da conversa com Simão não perguntei se ele seguia alguma religião, mas, existem pistas que seria a Umbanda³³.

Cacciatore (1988 *apud* Romão, 2018, p. 368) define a Umbanda como:

Religião formada no Brasil (apesar de o negarem alguns crentes) por uma seleção de valores doutrinários e rituais, feitos a partir da fusão dos cultos africanos congo-angola, já influenciados pelo nagô, com a pajelança (dando um primeiro tipo de candomblé de caboclo), sofrendo ainda influências dos malês islamizados, do catolicismo e do espiritismo (atualmente há uma linha ritual, em certos centros de Umbanda, com mesa e recepção mediúnica de espíritos de mortos comuns, muito próxima do Kardecismo) e, posteriormente, do ocultismo. [...] que começou a partir do Rio de Janeiro, espalhou-se por quase todo o Brasil.

Perguntei à Simão pela sua avó e disse que gostaria de conhecê-la, mas ela estava trabalhando na cidade. Despedi-me, então, agradecendo por ter confiado sua história para mim e fui ao encontro de Ana para conhecer sua avó, um pedido nosso e prontamente aceito por elas pois sua avó tinha histórias para contar.

É importante dizer que, assim como e outras comunidades, no Igarapé do Piriquitaquara nem sempre conseguimos ir caminhando de uma casa à outra, ora com os pés direto no mato, ora tentando se equilibrar em um caminho improvisado por tocos de árvores ou pedaços de ripas – equilíbrio este que não falta aos ribeirinhos já habituados nesse ir e vir. O acesso muitas vezes é apenas pelo rio, e mesmo nestes caminhos onde é possível ir a pé, se for em momento³⁴ de muita maré cheia, isso não é possível porque a água chega a se aproximar do piso das casas.

Como a maioria dos familiares de Ana, D. Francisca era sua vizinha e morava na casa ao lado. Do alto da sua longevidade de 92 e pouco anos, ela nos aguardava sentada em uma cadeira e Ana avisou que estávamos nos aproximando. D. Francisca é deficiente visual, enxerga com seus outros sentidos, e assim nos recebeu com uma voz baixinha e mansa segurando em nossa mão e dizendo que eu era bem-vinda ali em sua casa.

³³ “Um dos mitos de origem da umbanda descreve-a como proveniente da ação de um ex-espírita inconformado com o fato de não poder receber nas sessões de mesa branca kardecista que frequentava os espíritos tidos como inferiores ou obsessores, na visão espírita, como os caboclos e pretos-velhos que ingerem bebida alcoólica e fumam” (Giumbelli, 2004 *apud* Silva, 2005, p. 169).

³⁴ Muito comum no período de chuvas intensas, conhecido popularmente como “Inverno Amazônico”.

Ana iniciou a nossa conversa dizendo à D. Francisca que estávamos ali para conversar com ela sobre a sua vida e que eu tinha algumas perguntas a fazer. Entre muitas histórias, ela me contou, auxiliada por Ana, que também é católica e sempre fez uso de banhos e chás de ervas, que ensinou seus filhos e netos a fazerem, que ela mesma aplicava estes banhos em seus netos, mas que hoje ela mesma não faz mais os banhos e os chás por sua condição.

Perguntei à D. Francisca se conhecia o terreiro ao qual Ana se referiu em nossa primeira visita à comunidade, ela contou de forma breve que sim e que chegou a trocar favores com a senhora que fazia os trabalhos ali, numa espécie de ajuda mútua, encerrando a conversa sobre o assunto ali mesmo. Em outro momento Ana e eu comentamos que talvez D. Francisca não tenha ficado à vontade com o assunto.

Ana perguntou à avó como ela se sentia por ocasião das tentativas de algumas pessoas (parentes dela, inclusive) de convencê-la a frequentar uma das igrejas neopentecostais da comunidade, principalmente quando ela esteve doente e D. Francisca num tom mais alto e meio sarcástico “Eles podem até entrar na minha casa pedindo para lerem A Palavra *pra* mim e orarem na minha cabeça que eu não vou deixar de ser católica. Eles que fiquem *pra* lá”.

Estas visitas à Ana e à sua avó me fez confirmar o que Mattos (2011) nos orienta de que a etnografia é um processo e se baseia essencialmente no senso questionador do pesquisador, do etnógrafo, e por esta razão técnica e procedimentos são construídos de acordo com o que se torna questão para o etnógrafo no caminho percorrido dentro do contexto social do campo de investigação, bem como instrumentos de coleta de análise que são sugeridos ou (re) formulados para atender o que se encontra no campo como demanda pois a construção dos significados dos achados de pesquisa é, portanto, um processo dinâmico e interativo no qual os sujeitos devem ser atores sociais ativos, exigindo que o pesquisador se mantenha questionando.

Quando Ana me contou que havia naquela comunidade, há algum tempo, um terreiro o qual as pessoas procuravam para tratar de males de toda ordem, mas que não resistiu ao falecimento da fundadora do terreiro – conhecida como a macumbeira - ela me falava de modelos explicativos de padecimento e cuidado a partir das religiões de matriz africana.

Ana mostrou que os modelos de cuidado e autocuidado da comunidade do Igarapé do Piriquitaquara também são baseados em saberes tradicionais indígenas e quilombolas e seguem sendo utilizados ou como principal ou como complementar aos modelos baseado no saber médico, bem como os modelos explicativos de padecimento e cuidado baseados nos conhecimentos da doutrina católica; no entanto, um outro modelo explicativo de padecimento e de cuidado vem ganhando espaço e força na comunidade que é o modelo baseado nas religiões neopentecostais.

Pelas narrativas de Ana e de D. Francisca ficou evidenciado para essa pesquisa que este último modelo explicativo tem se tornado uma nova velha forma de silenciar os saberes tradicionais da comunidade. É o que discutirei no próximo subcapítulo.

5.3 Narrativas de padecimento e cuidado no campo minado da neopentecostalização

Em minha terceira visita à comunidade do Igarapé Piriquitaquara, Ana me presenteou com um passeio pelo Igarapé, em uma das lanchinhas da família, para conhecer as pessoas que haviam passado por alguma experiência de padecimento em saúde mental e que ela havia mencionado em nossa primeira conversa. Do meio do Igarapé, Ana saudava pessoas que iam e vinham em suas pequenas lanchas ou rabetas e, seus vizinhos (muitos parentes) em suas casas; havia algumas crianças tomando banho no rio em frente à umas das casas, ao que Ana perguntou “Carlos, cadê tua avó?”, e logo acima lhe avista e se adianta “esta senhora é a D. Regina, seria muito bom conversares com ela pois ela também passou por uma situação de adoecimento mental”, e avisa “D. Regina, depois a gente volta aqui, ela (eu) queria conversar com a senhora”

Seguimos e paramos na casa de outra pessoa. A casa era uma das que havia sido pintada pelo projeto *Street River* e fomos recebidos por S. Alberto, que nos informou que a pessoa que procurávamos estava na cidade. Ana então diz que voltaríamos depois e seguimos para a casa de sua tia, Teresa.

Fomos recebidos pela própria Teresa e que nos convidou para nos sentarmos na varanda de sua casa, para conversarmos. Ana e Teresa conversaram um par de amenidades e depois Ana me apresentou brevemente.

Teresa me deixou à vontade e expliquei a ela sobre a pesquisa, disse que eu gostaria de conhecer as histórias de padecimento de algumas pessoas e ela me interrompeu dizendo já anunciando que esteve adoecida por uma depressão e tinha o que me contar. Segui contando que em razão da depressão também precisou fazer tratamento em um serviço de saúde na cidade, mas que não renunciou a outras formas de cuidado (incluiu banhos e orações, idas à igreja); neste momento, Ana interrompe Teresa dizendo que já havia me contado sobre como as igrejas neopentecostais têm tratado as pessoas que optam por outros cuidados.

“Sim”, concordou Teresa em sua narrativa e completou dizendo que a igreja caracteriza os cuidados e os adoecimentos explicados por outros modelos que não condizem com que acham certo como “sujos, feios, vergonhosos. “Eles endemonizam. Eu *tava* doente e adoecia ainda mais, fiquei muito desconfortável”. E continua contando que esses discursos a deixavam com vergonha de se utilizar de outras formas de cuidado e procurar outros espaços de cuidado.

Agradei à Teresa pela história e perguntei se era possível voltar para uma nova conversa e ao seu sinal de positivo, nos despedimos e seguimos de volta para a casa de Ana, pois a hora já estava próxima das 12h e como pesquisadora amazônica, nortista, respeito fortemente as regras dos encantados das matas e dos rios.

Em um primeiro momento, fui tomada de assalto com esta informação sobre as igrejas neopentecostais na ilha; sabíamos que o catolicismo era praticado por ribeirinhos na ilha porque é comum a participação das comunidades das ilhas nos festejos do Círio de Nsa. Senhora de Nazaré³⁵ em Belém, principalmente no círio fluvial³⁶, mas a influência das igrejas neopentecostais presentes na ilha apareceu bastante nas narrativas dos processos de padecimento e saúde dos ribeirinhos.

Reuni então para uma análise as narrativas de Teresa, Ana e D. Francisca sobre suas experiências com as igrejas neopentecostais da ilha. Para fazer isso foi necessário contar um pouco sobre a história destas igrejas na Amazônia e suas características gerais.

De acordo com Rodrigues e Moraes Junior (2018) os movimentos protestantistas estadunidense e sueco estiveram na região amazônica pelo século XV e abriram os caminhos para a pentecostalização das comunidades tradicionais, mas foi no século XVI que o movimento protestante das missões e as imigrações no Brasil entrelaçaram-se ao sincretismo cultural-religioso do país e formaram o *ethos* Brasileiro; é neste terreno multi-étnico-cultural-religioso que no início do século XX os movimentos e igrejas pentecostais passaram a atuar, quando chegaram na Amazônia (Wright, 2004), havendo na duas últimas décadas uma intensificação da pentecostalização dos povos indígenas Brasileiros a partir da assimilação e da aculturação.

Nada de novo por aqui se lembrarmos que na Europa, por volta do século XV em diante, predominava a ideia de que a evangelização era parte de um processo civilizatório, pois os missionários tinham a missão de levar sua "civilização" aos povos considerados bárbaros. Para isso, os indígenas deveriam abandonar seu estágio selvagem, e essa transformação só seria possível através da conversão ao protestantismo (Rodrigues; Moraes Junior, 2018).

O protestantismo entrou na Amazônia por falta de clero e por conta dos conflitos entre a igreja católica e o poder civil local na Amazônia. Especificamente no estado do Pará, a evangelização protestante iniciou a partir de 1860 com o missionário escocês Richard Holden,

³⁵ Padroeira dos católicos de Belém do Pará. Os festejos do Círio de Nazaré acontecem no mês de outubro, sendo o círio fluvial por ex uma das procissões em homenagem à Sta., e é nesta romaria principalmente que as comunidades ribeirinhas participam tanto acompanhando em suas embarcações a romaria pelas águas e/ou enfeitando suas casas.

³⁶ “Os círios fluviais na Amazônia constituem rituais de marcante visualidade e se integram à paisagem cultural da região” (Loureiro, [1991] 2015, p. 175).

fundador da igreja “Serviço Bethel”, e anos depois por outros pastores com o trabalho missionário das igrejas Igrejas Presbiteriana (1878), Metodista e Batista (1897) até 1910, com a chegada de figuras importantes que marcam o surgimento do protestantismo-pentecostal na Amazônia: os missionários batistas suecos Gunnar Vingren e Daniel Berg, vindos dos Estados Unidos – berço do pentecostalismo –, dando origem em Belém às Assembleias de Deus no Brasil (Alencar, 2013 *apud* Rodrigues; Moraes Junior, 2018; Silva, 2005; Rodrigues; Moraes Junior, 2018; Mariano, 1996).

De acordo com Mariano (2008), no ano de 2008 o Brasil já era o país com o maior número de igrejas pentecostais do mundo, com grande quantidade de igrejas existentes e concorrentes, sendo caracterizado por este autor como um fenômeno religioso dinâmico e com uma pluralidade interna, “pentecostanismos”.

O Pentecostalismo é descrito na literatura acadêmica como formador de seitas, rompendo com a cultura, a sociedade e a religiosidade brasileiras. Porém, há correntes que observam o Pentecostalismo como um continuador de características da religiosidade popular ou do Catolicismo popular, já que a crença em Jesus, demônios, milagres, mitos bíblicos, pecado, curas e intervenções sobrenaturais, feitiçarias e concepções escatológicas são elementos comuns entre o pentecostalismo e a religiosidade popular Brasileira (Mariano, 2008).

O Pentecostalismo Brasileiro, assim como o Protestantismo histórico, construiu sua identidade religiosa em oposição ao Catolicismo, tanto popular³⁷ quanto oficial, e, prontamente, demonizou outras práticas religiosas, especialmente os cultos afro-Brasileiros, criticando severamente o culto mariano (chamado por eles de mariolatria), o papado, a adoração de imagens e santos, e a reza do terço.

Não podemos afirmar com toda certeza de que em toda comunidade do Igarapé do Piriquitaquara aqueles que seguem a religião católica também se utilizam de outras religiões e saberes tradicionais para suas explicações de padecimento e formas de autocuidado, mas ficou claro que Ana e D. Francisca – que se autodeclararam católicas, fazem conviver harmoniosamente as suas práticas de autocuidado originárias dos saberes tradicionais e dos saberes das religiões de matriz africana, mas são condenadas pelos que seguem as religiões (neo)pentecostais.

³⁷ Willems (1967) “[...] defende a ideia de que as crenças do Catolicismo popular em experiências místicas, possessões, milagres, espíritos do mal, feitiçarias e demônios facilitaram a expansão do pentecostalismo, que, tal como o espiritismo e a umbanda, contribui [ainda hoje] para a preservação cultural de tais crenças” (*apud* Mariano, 2008, p. 85-86).

Segundo Silva (2005), em 1970 o movimento pentecostal iniciou a chamada terceira fase, com grande projeção nas duas décadas seguintes e diferenciou-se significativamente no perfil das igrejas surgidas e nas práticas adotadas, levando à classificação de "neopentecostalismo". Esse termo, com o prefixo latino "neo", ressalta algumas ênfases particulares dessas igrejas em comparação com o campo pentecostal mais tradicional, entre as quais destacamos: o abandono ou abrandamento do ascetismo, a valorização do pragmatismo, a utilização de gestão empresarial na condução dos templos e uma forte ênfase na teologia da prosperidade.

Também se destacam, segundo este autor (2005), pelo uso intensivo da mídia para proselitismo em massa e propaganda religiosa, sendo por isso chamadas de "igrejas eletrônicas", além da teologia da batalha espiritual (especialmente contra outras denominações religiosas como as afro-Brasileiras e o espiritismo) que se tornou central para o neopentecostalismo, embora entre o neopentecostalismo (sobretudo do tipo praticado pela IURD) e as religiões afro-Brasileira haja muito mais proximidades do que distâncias.

O neopentecostalismo, ou “(neo) pentecostalismo(s)”, segundo Rodrigues e Moraes Junior (2018), é um movimento religioso com diversas características marcantes, entre elas destacamos: o dom da cura Divina (a crença na cura de doenças através da imposição de mãos), corpo-Impuro (a ideia de que doenças e sofrimentos humanos são causados por demônios), exorcismo (prática de expulsar demônios para purificar o corpo, preenchendo-o com o Espírito Santo), líderes Carismáticos (líderes influentes que atraem seguidores), proselitismo (forte esforço para converter outros, com grande visibilidade pública), rituais com música e dança nos rituais), conversão "*Born-Again*" (a experiência de renascer para uma nova espiritualidade), exclusivismo religioso (pertencimento exclusivo a uma igreja), conservadorismo (predominância de valores morais e políticos conservadores, congregantes predominantemente mulheres, imigrantes, minorias étnicas e pessoas dos estratos sociais mais baixos) e, a teologia da Prosperidade (forte valorização do dinheiro e da prosperidade financeira como bênçãos divinas).

Os cultos neopentecostais praticamente batem só nesta tecla. Baseiam-se em promessas e rituais para prosperidade, cura física e emocional, libertação de demônios, resolução de problemas familiares e afetivos, satisfação de necessidades psíquicas, de expressão e sociabilidade (Mariano, 1996, p. 124-125).

Muitas destas características observei nas narrativas da Ana, Teresa e D. Francisca. A narrativa de D. Francisca trouxe esta experiência do “Dom da cura” em receber orações através da imposição de mão na cabeça; a narrativa de Ana e Teresa de que as explicações de

padecimento são “coisas do diabo” remete à ideia do corpo impuro; a narrativa de Ana de que muitas pessoas da comunidade estão se convertendo às religiões neopentecostais e rechaçando as outras religiões mostram claramente a influência dos líderes religiosos e da obrigação da exclusividade religiosa.

Teresa identificou que uma das igrejas que hoje está na comunidade é a chamada Igreja Luz de Cristo e que esta “costuma pegar as pessoas que estão carentes”, corroborando com Mariano (1996) que “Apropriados de modo utilitarista, [Os cultos neopentecostais] funcionam como verdadeiros prontos-socorros espirituais para atender demandas de problemas do cotidiano de populações carentes e de indivíduos em crise” (p. 125).

Em minha última visita ao Igarapé do Piriquitaquara, conheci a jovem Isa, que dividia comigo e mais 2 pessoas o espaço na lancha de S. Raimundo. Me apresentei e disse que estava indo à casa de Ana, e Isa contou que era sua afilhada. Naquele dia quis fazer algumas fotos e com um olhar ainda mais atento (também em tom de despedida) de quem tinha feito aquele percurso tantas vezes, ou para fazer a pesquisa ou para remar em caiaques nos finais de semana, encontrei um casebre com as inscrições da igreja Assembleia de Deus na entrada furo da paciência.

Comentei com Isa que havia encontrado mais 2 igrejas neopentecostais no Igarapé do Piriquitaquara e perguntei se ela frequentava alguma destas igrejas. Ela me contou que é comum que as pessoas frequentem por dois motivos: o primeiro é que a capela de Sto. Antônio já não realiza tantas atividades na comunidade e a segunda é que as igrejas neopentecostais sim, como a Luz de Cristo (que foi citada por Teresa); completou dizendo que as pessoas da comunidade “não acreditam mais tanto nessas coisa de santo, e também nem têm mais tanto o hábito de ir nas missas, e principalmente os mais jovens” e que ela por exemplo, autodeclarada católica, não fez a catequese (o sacramento) porque a capela de Sto. Antônio não ofereceu a possibilidade.

Quando encontrei com Ana contei a ela sobre minha conversa com Isa. Ela confirmou que a capela de Sto. Antônio já não se faz tão presente na comunidade (ainda que o festejo ao Sto. siga acontecendo todo mês de junho, com organização da comunidade). Ana relatou “As celebrações da igreja católica, por exemplo, acontecem aos Domingos e as pessoas não fazem mais questão de ir, isso também é uma questão dos mais jovens”.

Na compreensão de Ana, a narrativa de Isa faz sentido pois “As igrejas evangélicas fazem cultos à noite, tem banda etc. Posso *tá* errada mas também tem a coisa das revelações que dão conforto espiritual, financeiro, o pastor aponta *prá* alguém lá longe no culto e diz que

Deus *tá* mostrando que tu vais prosperar, que tu vais receber a benção que tu queres, e a pessoa diz ‘eu creio’, já que muitas vezes ela *tá* carente em algo da vida dela”.

As características de um modelo explicativo de padecimento e saúde das igrejas neopentecostais também refletem em suas práticas de autocuidado. As narrativas das ribeirinhas ilustraram bem esta guerra entre o bem e o mal principalmente no que se refere aos padecimentos.

A cura divina praticada principalmente na Igreja Universal do Reino de Deus (IURD) está no centro de um ritual cujo mote é uma batalha espiritual do bem contra o mal e na qual todo esforço dos pastores, das obreiras e dos demais fiéis da igreja é para expulsão do demônio (Rabelo, 1994; Mariano, 1996, Silva 2005).

No neopentecostalismo as doenças são frequentemente vistas como indicadores de possessão demoníaca, ou seja, as pessoas possuídas sempre apresentam alguma enfermidade. Como no Cristianismo em geral, no pentecostalismo “[...] o corpo é pensado como a morada do Eu e de Deus que o criou como um “santuário”. A constante tentativa do demônio de se apoderar desse corpo visa a destruir esta que é a principal obra do criador: o homem na sua dupla condição, corpo e alma (Silva, 2005, p. 155).

Segundo o Pastor Edir Macedo (1996), fundador da IURD, há várias doenças associadas à possessão, incluindo nervosismo, dores de cabeça, insônia, medo, desmaios, desejo de suicídio, doenças sem causa diagnosticada, visões de vultos, audição de vozes, vícios e depressão e essa associação entre doenças e possessão demoníaca remete à relação bíblica entre enfermidade e "endemoninhamento"³⁸, mas é atualizada pela teoria espírita da obsessão, que também liga sintomas físicos e psicológicos à influência de espíritos malignos. Vejamos este trecho em que ele fala sobre doença mental³⁹:

[...] Não é de se estranhar que, ao ordenarmos ao demônio alojado em alguma parte do corpo de uma pessoa que saia, a pessoa fique curada. São muito comuns os casos em que a doença é mental. [...] Podemos afirmar que nem todo doente é endemoninhado, mas, com certeza, todo endemoninhado é doente; quando não o é fisicamente, é espiritualmente. Muitos manicômios estão cheios de pessoas fisicamente sãs, mas espiritualmente doentes (Macedo, 1996, p. 64-65).

Através das narrativas de Teresa e Ana constatee que não somente as explicações de padecimentos, mas também as formas de autocuidado que elas utilizam são caracterizadas como “coisa do diabo” e, portanto, não devem ser praticadas; ao contrário, devem ser combatidas, em nome da promessa de cura ou salvação.

³⁸ “Quando os demônios possuem o corpo de uma pessoa, eles atraem os espíritos de enfermidade para aquela vida” (Macedo, 1996, p. 97).

³⁹ Termo que ele utiliza.

Na comunidade do Igarapé do Piriquitaquara os modelos explicativos médico hegemônico, tradicionais indígenas, das religiões católica e de matriz africana como constituintes das experiências de padecimento e de cuidado em saúde fazem parte de seus cotidianos mas também estão sendo colocadas em oposição principalmente pelos discurso das igrejas neopentecostais, reforçando a importância de trazermos à discussão da produção do “homem-sem-história” (Belloc, 2021) cuja narrativa da experiência de padecimento neste caso é inviabilizada e/ou apagada não mais (ou somente) pelas narrativas do modelo médico hegemônico mas, pelas narrativas violentas do modelo das igrejas neopentecostais.

6 CONSIDERAÇÕES PARA ANTES DO FIM

Minha tese inicial nesse estudo era a de que os modelos explicativos de padecimento e cuidado em saúde mental das comunidades ribeirinhas sofriam uma espécie de colonialismo e silenciamento pelo saber médico hegemônico quando chegavam aos serviços de saúde. Percorri os primeiros caminhos da pesquisa convicta não somente de que encontraria a resposta das minhas questões como esta tese se confirmaria, mas não posso finalizar esta escrita admitindo em resultados que minha tese não se confirmou já que não houve, nas narrativas dos sujeitos do campo e nem nas minhas observações, algo que indicasse uma certeza em absoluto.

Reconhecer e permitir a mediação entre os saberes técnicos, populares e tradicionais nos ajuda na compreensão dos itinerários terapêuticos percorridos por uma determinada população (quais e como foram desenhados), mas isto só é fidedignamente possível se compreendermos quais são e como esta população construiu as formas de explicação e cuidado da sua saúde e de seus padecimentos.

Dentro da ilha do Combu confirmamos que os padecimento é polissêmico e que os outros modelos explicativos de padecimento e cuidado em saúde conseguem dialogar com o modelo explicativo de padecimento e cuidado biomédico, porque os ribeirinhos têm acesso aos serviços de saúde dentro e fora da ilha, além de algumas pessoas terem o que chamarei de letramento científico. Ou seja, as racionalidades médicas ali coexistem extamente como propôs Luz (2013): de maneira híbrida, sincrética e por vezes, conflituosa, por vezes pacífica.

As narrativas que chegaram foram as de que os modelos de explicação de padecimento e as práticas de autocuidado em saúde mental na comunidade ribeirinha do Piriquitaquara foram construídos a partir de experiências pessoais e de grupo, passadas de geração em geração por famílias de origens quilombolas e indígenas, bem como, pela influência das encantarias que se misturam entre si. Benzimento, chás, banhos, rezas, trabalhos em terreiros foram e são as formas de cuidado e autocuidado utilizadas na comunidade, mas também foi possível perceber a coparticipação das práticas biomedicas tanto em relação às práticas de autocuidado como nos itinerários terapêuticos da comunidade. Estes dados corroboraram com os achados das pesquisas que citei ao longo deste texto.

No que diz respeito aos modelos explicativos de padecimento, foi possível verificar narrativas sobre os efeitos de desobecimentos aos chamados ou ordens de encantados da floresta e dos rios, como os índios guardiões da floresta na ilha, e, estas explicações são atravessadas pelo saber da ciência, pela psiquiatria, cujo desdobramento é ainda a dupla possibilidade de

explicar o padecimento localizado na loucura – nas palavras dos próprios ribeirinhos e, no místico.

Mas também encontrei no campo um processo colonialista e de silenciamento, cuja motivação não foge à regra dos jogos de saber-poder. Causou-me certa surpresa que as narrativas sofrem ativa influência das religiões neopentecostais nestes modelos explicativos de padecimento, mas, principalmente, nas práticas de cuidado e autocuidado destes padecimentos, provocando uma espécie de *apartheid* religioso e cultural nas famílias da comunidade do Piriquitaquara, onde de um lado estão as pessoas que continuam fazendo suas rezas e tomando seus banhos de ervas, e do outro, as pessoas que se converteram às doutrinas neopentecostais das igrejas que hoje estão na ilha e que, fazendo coro aos praticantes destas doutrinas, rechaçam de forma até violenta os saberes tradicionais da comunidade mesmo que um dia também tenham se valido deles.

Se pensarmos no fazer dos agentes comunitários de saúde e da atenção primária pós Previne, isto também fala sobre quando o cuidado do sujeito não é o objeto das práticas em saúde, pois espaços se abrem e surgem em cena novas racionalidades médicas com a proposta do cuidado no território – geográfico e subjetivo.

Seria então o modelo de explicação neopentecostal de padecimento e cuidado apenas mais outro modelo praticado por aquela comunidade ribeirinha ou, indo mais adiante, olhando pro passado: uma narrativa que se repete e se reconta sobre a colonização da história de vida das comunidades tradicionais do Pará, da Amazônia, do Brasil?

As pessoas com quem conversei já incluíram os saberes científicos em suas narrativas de explicar o padecimento e cura, e hoje, manter os saberes tradicionais e ancestrais é o modo de resistir, não serem engolidos pelos modelos explicativos das igrejas neopentecostais.

O trabalho em campo navegou nas narrativas, nos modos de vida e na cultura da população ribeirinha da comunidade do Piriquitaquara e a observação atenta, os diálogos com a população e a escuta foram a ferramenta essencial do trabalho e para compreender que as narrativas são mesmo uma espécie de elaboração da experiência social de cada sujeito. O que pretendíamos com a pesquisa era permitir um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde mental das comunidades ribeirinhas, em especial na Amazônia Brasileira, mas o campo pediu pensar e discutir também sobre “olhares” e quais os desdobramentos já existem e quais os possíveis de vir a ser no cotidiano do bem viver da comunidade ribeirinha do Igarapé do Piriquitaquara.

A questão que fica para futuras pesquisas é a de como garantir as ações no âmbito da saúde que não somente tenham conhecimento e respeito às vivências de uma determinada comunidade, mas também possibilitem utilizá-las na construção das práticas cuidado,

confurmando a urgência e a necessidade de pensar políticas e práticas de saúde a partir do território geográfico, e também subjetivo, além do entendimento de que não estamos mais há séculos falando de comunidades exóticas, mas de comunidades tradicionais e esse cuidado e respeito é um *à priori* de qualquer estudo neste campo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando esta pesquisa ainda estava no campo das ideias, havia uma expectativa de fazer um grande estudo (em termos quantitativos) sobre uma comunidade ribeirinha da Ilha do Combu. Afinal, ainda restavam 3 anos de doutoramento. Mas aí veio a pandemia e frente à tantas incertezas e inseguranças inclusive de vida e morte, frente ao desconhecido, a petulância da grandeza se amofinou dentro e fora da pesquisa.

Obrigados a um recolhimento imposto pelo *lockdown* e pelo distanciamento social, eu também me recolhi para num lugar de estudo e escrita intensos – cujo resultado está aí na produção de todo o referencial teórico que apresentei neste trabalho, em uma tentativa de ter certeza de que eu ainda estava ali, pulsando, mas como alguém que dorme em uma viagem longa para não ver o tempo passar.

A vida acontecia e morria lá fora, enquanto eu e tantos outros colegas de pesquisa tentávamos sobreviver, entre tantos outros afazeres, à pressão de produzir e se manter sãos e salvos (literalmente). Ouso dizer que tive privilégios que muitos não tiveram e consegui manter a “roda rodando” mesmo que dentro da minha bolha, mas não sem uma boa dose de um sofrimento que transbordou o limite do que podia suportar diante do contexto, o campo era o do medo e eu padeci.

Preocupação em excesso, medos reais e irreais, falta de vitamina D, exaustão mental, quebranto, encosto, falta de fé, foram várias as narrativas que eu mesma fiz na tentativa de explicar a razão do meu padecimento, e tantas outras foram as formas de cuidado e autocuidado que fiz uso partindo de experiências de padecimento anteriores. E a pesquisa? Achei que tinha parado, mas hoje, escrevendo estas considerações finais, vi que ela continuou sendo tecida mesmo sem escrita.

Quando me senti segura para retomar a escrita, a ideia mais palatável era a de pelo menos conseguir realizá-la, e aí foi preciso lidar com outras questões, como o tempo de execução da pesquisa que já não era o mesmo, a incerteza de poder fazer as visitas aos ribeirinhos porque obviamente todos nós estávamos ainda sob o risco de contaminações pelo Corona vírus, a submissão e aprovação da pesquisa pelo CEP e o tempo que isso levaria para acontecer... O campo era o das incertezas.

E o que aconteceu depois disso é o que o leitor pôde acompanhar durante toda a leitura deste trabalho. E por que contei tudo isso?

Porque essa pesquisa me ensinou da importância social da construção de narrativas em primeira pessoa, e não estou necessariamente falando do pronome “eu”, e acredito que o leitor compreende isto porque chegou até aqui na leitura desse trabalho. Ouvir as pessoas contando suas próprias histórias me encorajou a contar a minha própria história e a escrever esse trabalho em primeira pessoa.

A etnografia, a antropologia da saúde, as narrativas, elas fazem uma espécie de recusa ao metodismo ortodoxo de fazer ciência. Orientam com que o pesquisador aprenda que é preciso se desprender de qualquer pretensão que não seja a de viver o campo e toda a sua grandeza; não como uma tábula rasa porque não existe neutralidade na ciência mas com a disposição e disponibilidade para se questionar, mas também para ouvir, de ter um conhecimento teórico prévio, mas de se abrir ao conhecimento que não sabe e ser humilde em aceitar que quem sabe do campo, é o campo.

Ouvir as narrativas de padecimento das pessoas com que conversei na ilha do Combu me mantiveram num ciclo de ser familiar-infamiliar ao que eu ouvia, ao mesmo tempo que me tirou de um lugar confortável de achar que sabia o que ia encontrar percorrendo o campo.

As narrativas que ouvimos e re(a)colhemos do sujeito que narra a sua própria história é a linha que tece o campo e é a mesma que produz para além de um trabalho acadêmico, as memórias e saberes que mantém vivas histórias. É isso que faz um grande estudo!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Kamila Siqueira de. **Urbanização e modos de vida: Debate sobre determinação social da saúde na cidade**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

ALVES, Paulo César. RABELO, Miriam Cristina. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-07.pdf>. Acesso em: 15 de setembro de 2020.

ALVES, Miriam Cristiane; SEMINOTTI, Nedio. Atenção à saúde em uma comunidade tradicional de terreiro. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, V. 43; p. 85-91, ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5kPYtSvZcwC43qFyYGvN5pQ/?lang=pt>. Acesso em 03 de julho de. 2020.

AMARANTE, Paulo **Saúde mental e atenção psicossocial**. Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo. Franco Basaglia: novas histórias para a desinstitucionalização. In: AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2010..

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985. p. 99-133.

BATISTA, Eraldo Carlos; ROCHA, Kátia Bones. Sentidos e Práticas em Saúde Mental em Comunidades Quilombolas no Estado de Rondônia. **Psicologia: Ciência e Profissão**. 2019 v. 39 (n.spe),22-37.?https://doi.org/10.1590/1982-3703003222123. Acesso em 09 de agosto de 2020.

BELÉM. **Lei Municipal nº 7603 de 10 de janeiro de 1993**. Dispõe sobre a regionalização administrativa do município, delimitando os respectivos espaços territoriais e criando os

distritos administrativos. Belém. Câmara Municipal de Belém, 1994. Disponível em: http://www.belem.pa.gov.br/segep/download/coletanea/PDF/n_urban_p/pdu_belem.pdf. Acesso em 07 de agosto de 2020.

BELÉM. **O Plano Plurianual - PPA 2018/2021**, 2017. Prefeitura municipal de Belém, Disponível em http://www.belem.pa.gov.br/ppa2018/wp-content/uploads/2017/08/3.-PPA-2018_2021-DOCUMENTO-BASE.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2018.

BELLOC, Márcio Mariath. **Homem-sem-história: a narrativa como criação de cidadania**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. 168 p. E-book. PDF.

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov (1985). In: BENJAMIN, Walter. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura**. Obras escolhidas. Vol I. São Paulo: Editora Brasiliense. 3ª ed. p. 197-221, 1987.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 10 jun. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 971 de 04 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html. Acesso em 12 de outubro de 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em 24 de abril de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio

à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em 24 de abril de 2020.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 05 de janeiro de 2018**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113595.htm. Acesso em: 27 de abril de 2024.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.htm. Acesso em: 25 de abril de 2024.

BRASIL. **Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023**. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm. Acesso em: 27 de abril de 2024.

BUCHILLET, Dominique. A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In: BUCHILLET, Dominique. (org.) **Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia**. Belém. Edições CEJUP. p. 21-44, 1991.

CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Mariath; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de.; MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; CORREA-URQUIZA Martín. Metodologias etnográficas de pesquisa em saúde. In: LEMOS, Flávia Cristina Silveira; GALINDO, Dolores Galindo; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho (*et. al.*). **Pesquisar com as psicologias**: Artesanias e

artifícios. Curitiba: Editora CRV. Coleção Transversalidade e Criação – Ética, Estética e Política. - Volume 10. p 350 – 366, 2020.

CANESQUI, Ana Maria. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza Minayo (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1065-1076, Apr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401065&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de agosto de 2020.

CLIFFORD, James. **A experiência etnográfica (1994)**. Antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. 3ª ed., 2002.

CONCEIÇÃO, Giselle Trindade. **Ser criança no combu**: memórias de infância de moradores da comunidade do piriquitaquara. 2008. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Licenciatura Plena em Pedagogia, Centro de Ciencias Sociais e Educação, Universidade do Estado do Pará, Belém, 2008.

CORREA-URQUIZA, Martín. La condición del diálogo. Saberes profanos y nuevos contextos del decir. **Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.** [online]. 2018, vol.38, n.134, pp.567-585. Epub 01-Feb-2021. ISSN 2340-2733. Disponível em <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200012>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

CORREA-URQUIZA, Martín. Movimiento loco: saberes colectivos, saberes compartidos. Itinerarios y contrahegemonía para una reforma continua en el ámbito de la salud mental. In: FERLA, Alcindo Antônio; CABRAL, Károl Veiga; BELLOC, Márcio Mariath; NICOLI, Maria Augusta (Orgs.). **Saúde Mental Coletiva: transoceanizando políticas e práticas locais-globais**1. ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida. 239 p. Série Saúde Mental Coletiva, v. 10), 2023.

COSTA NETO, Mauricio Cirilo da; DIMENSTEIN, Magda. Cuidado Psicossocial em Saúde Mental em Contextos Rurais. **Temas em Psicologia** – Dezembro 2017, Vol. 25, nº 4, 1653-

1664. São Paulo. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202021000100005. Acesso em 25 de julho de 2020.

CRAVALHO, Mark A. De doente a "encantado": o conceito de mecanismo de defesa constituído culturalmente e a experiência de uma vítima de "espírito mau" em uma comunidade rural na amazônia. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. 248 p. ISBN 85-7316-151-5. Disponível em <http://books.scielo.org>. Acesso em 07 de julho de 2020.

DERGAN, João Marcelo Barbosa. **História, memória e natureza: as comunidades da ilha do Combu - Belém- Pa. .2006.** Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-graduação em História, Universidade Federal do Pará, Belém, 2006. Disponível em: repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/4259/1/Dissertacao_HistoriaMemoriaNatureza.pdf. Acesso em 20 de março de 2021.

DIGIACOMO, Susan M. La metáfora como enfermedad: dilemas pos modernos en torno a la representación del cuerpo, la mente y el padecimiento. In: Martínez-Hernández, Àngel; MASANA, Lina; DIGIACOMO, Susan M.(eds.). **Evidencias y narrativas em la atención sanitaria: una perspectiva antropológica.** Tarragona / Porto Alegre (Rio Grande do Sul-Brasil) ,2013.

FERLA, Alcindo Antônio *et. al.*. Redes vivas de educação e saúde e a integração universidade e sistema local de saúde: saberes locais e múltiplas saúdes como capacidade profissional e como atributo das redes de atenção. In: FERLA, Alcindo Antônio; ROCHA, Cristianne Maria Famer; DIAS, Míriam Thaís Guterres; SANTOS, Liliane Maria dos (orgs.). **Cadernos da saúde coletiva.** Vol. IV. Redes vivas de educação e saúde: Relatos e vivências da integração Universidade e Sistema de Saúde. 1ª edição Porto Alegre: Rede unida, 2015.

FERREIRA, Ilma Pastana; MENDES, Adriana dos Santos; SILVA, Natalice Andrade da. Manifestações do cuidar popular e profissional no cotidiano de saúde de famílias ribeirinhas da ilha do Combu. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental.** Rio de Janeiro, RJ. online 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.). Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1219>. Acesso em 27 de junho de 2020.

FILHO, Florêncio Almeida Vaz; CARVALHO, Luciana G. de. **Isso tudo é encantado: Histórias, memórias e conhecimentos dos povos amazônicos**. Editora Vozes. Edição do Kindle., 2023.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. (1963). 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital (1979). In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUCAULT, Michel. A grande internação. In: FOUCAULT, Michel. **História da loucura: na idade clássica**. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2012.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Produção Imaginária da Demanda. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (orgs.) **Construção Social da Demanda**; IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: https://www.professores.uff.br/tuliofranco/wp-content/uploads/sites/151/2017/10/30producao_imaginaria_da_demanda_tulio_franco_emerson_merhy.pdf. Acesso em 02 de setembro de 2021.

GAGNEBIN, Jeanne Marie. **História e narração em Walter Benjamin**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. – 1ª.ed., - Rio de Janeiro: LTC, 1926 [2008]

HAMMERSLEY, Martyn. **Ethnography: principles in practice**. (1983). Taylor & Francis e-Library. 3rd ed. London, UK, 2007. Disponível em: https://dl1.cuni.cz/pluginfile.php/641149/mod_resource/content/1/Martyn%20Hammersley%2C%20Paul%20Atkinson%20-%20Ethnography_%20Principles%20in%20Practice-Routledge%20%282007%29.pdf. Acesso em 12 de novembro de 2021.

HYDÉN, Lars-Christer. Illness and narrative. **Sociology of Health & Illness**. Vol. 19 No. 1. 1997.

KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. In: **Soc. Sci. &Med.** Vol. 12. Great Britain. 1978. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/358402/>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition.** Basic Books, Inc., New York, 1988.

KLEINMAN, Arthur, EISENBERG, Leon; GOOD, Byron. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Annals of Internal Medicine.** 1978 Feb;88(2):251-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/626456>. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

LAZARE, Aaron; EISENTHAL, Sherman; WASSERMAN, Linda. The customer approach to patienthood. Attending to patient requests in a walk-in clinic. **Arch Gen Psychiatry.** May;32(5):553-8, 1975. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1124971/>. Acesso em: 11 de junho de 2020.

Leonel, Maria Clarice *et. al.* Historiografia e aspectos da cultura cabocla e popular em Melgaço. In: Leonel, Maria Clarice *et. al.* **Entre homens, arcanjos e encantados: (re)visitando Melgaço.** Belém Unama, 2002.

LIMA, Elane Andrade Correia. Diálogos com a natureza, saberes dos povos da floresta amazônica. **IV ENECULT - Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura** 28 a 30 de maio de 2008. Faculdade de Comunicação/UFBA, Salvador-Bahia-Brasil. Disponível em: <http://www.cult.ufba.br/enecult2008/14454.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

LOUREIRO, João de Jesus Paes. **Cultura amazônica: uma poética do imaginário** (1991). Belém-Pará: Editora Valer. 5ª ed, 2015.

LUZ, Madel T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais.** 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

LUCARELLI, Vera Lúcia Moreira. Cristianismo e religiões afrobrasileiras: sincretismo e intolerância no campo religioso brasileiro. **Revista Unitas**, v. 9, n. 2, 2021. Disponível em

<https://revista.fuv.edu.br/index.php/unitas/article/view/2584/2317>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

MACEDO, Edir. **Orixás, Caboclos e Guias**: deuses ou demônios (Portuguese Edition) (pp. 63-64). Unipro. Edição do Kindle, 1996.

MARIANO, Ricardo. Crescimento Pentecostal no Brasil: fatores internos. **Revista de Estudos da Religião – REVER**. ISSN 1677-1222. Pós-Graduação em Ciências da Religião – 2008. PUC-São Paulo. Disponível em https://www.pucsp.br/rever/rv4_2008/t_mariano.htm. Acesso em 06 de setembro de 2024.

MARIANO, Ricardo. Igreja universal do reino de deus: a magia institucionalizada. **Revista USP**, São Paulo, Brasil, n. 31, 1996. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revusp/article/view/26006..> Acesso em: 08 de julho de 2024.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Angel. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 399-405, jun. 2010. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/k4LFcy3GqL8LQPd73TxFZDB/abstract/?lang=pt>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel; Correa-Urquiza, Martín. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. **Salud Colectiva**. 2017;13(2):267-278. DOI: 10.18294/sc.2017.1168. Acesso em 06 de setembro de 2024.

MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães de. A abordagem etnográfica na investigação científica. In MATTOS, Carmem Lúcia Guimarães; CASTRO, P.A. (Orgs.) **Etnografia e educação: conceitos e usos** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 49-83. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8fcfr/pdf/mattos-9788578791902-03.pdf>. Acesso em 23 de julho de 2021

MAUÉS, Raymundo Heraldo. Medicinas populares e "pajelança cabocla" na Amazônia. in: In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

MAUÉS, Raymundo Heraldo. O Perspectivismo indígena é somente indígena? Cosmologia, religião, medicina e populações rurais na Amazônia. **Dossiê - Amazônia: Sociedade e natureza**. DOI: 10.5433/2176-6665. 2012. v17. n1. p33. Acesso em 06 de setembro de 2024.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis. Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. **Desacatos**, 58, septiembre-diciembre 2018, pp. 104-113. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n58/2448-5144-desacatos-58-104.pdf>. Acesso em 28 de agosto de 2020.

MENÉNDEZ, Eduardo Luis. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. V. 8, n. 1, p. 185-207, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 de janeiro de 2020.

McCALLUM, Cecilia. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/by55h/12>. Acesso em 13 de julho de 2020.

MEIRELLES FILHO, João. **Belém ribeirinha: marco contextual**. 2014. Belém, Pará: Instituto Peabiru, documento interno. Julho de 2005. Disponível em: <https://institutopeabiru.files.wordpress.com/2014/08/belemribeirinha-marcocontextual.pdf>. Acesso em 17 de maio de 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso Brasileiro. IN: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina (orgs.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. Disponível em <http://books.scielo.org>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. MERHY, Emerson Elias. Genealogia da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Saúde em Redes**. 2017, 3 (2): 145-152. Disponível: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/887/pdf_71. Acesso em 28 out. 2021.

MONTEIRO, Walcyr. **Viasagens e assombrações de Belém**. (1986). Belém: Smith Editora. 5ª ed, 2007.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

NAKAMURA, Eunice. O lugar do método etnográfico em pesquisas sobre saúde, doença e cuidado. In: NAKAMURA E.; MARTIN, D.; SANTOS, J. F. Q. (Orgs.) **Antropologia para enfermagem**. Barueri: Manole, 2009.

NAKAMURA, Eunice. O Método Etnográfico em Pesquisas na Área da Saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.1, p.95-103, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6rCKgCZrJnbpBFCSkXLvtwL/?lang=pt>. Acesso em 09 de setembro de 2021.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – comunicação, saúde e educação**. v.6, n.10, p.63-74, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vFvhTFfR3yX6hXQ9kX6xPVG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 de julho de 2020.

PARÁ. **Lei nº 6.083, de 13 de novembro de 1997**. Dispõe sobre a criação da Área de Proteção Ambiental da Ilha do Combú no Município de Belém. Belém, PA: Palácio Do Governo, 1997. Disponível em: https://documentacao.socioambiental.org/ato_normativo/UC/5130_20200928_203500.pdf. Acesso em: 08 de abril de 2020.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 20, n. 42, jul./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/n8ypMvZZ3rJyG3j9QpMyJ9m/?lang=pt>. Acesso em 28 de março de 2021.

PEKKA, Virtanen. Áreas protegidas e urbanização: o caso da APA da ilha do Combú, Belém (PA). **Cadernos de Estudos Sociais**, v. 35, n. 2, [in press], Jul./Dez ., 2020. Disponível em: <http://periodicos.fundaj.gov.br/index.php/CAD>. Acesso em 13 de novembro de 2021.

PIANI, *et.al.* Saúde na Ilha do Combu: redes e atores. In: MOREIRA, Ana Cleide Guedes; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. **Cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção**. Belém: Paka-Tatu, 2014.

RABELO, Mirian Cristina. Religião, ritual e cura. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza Minayo (org.) **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. Signos, Significados e Práticas Relativos à Doença Mental. In: RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de doença e narrativa** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org>>. Acesso em 05 de agosto de 2020.

RODRIGUES, Donizete; MORAES JUNIOR, Manoel Ribeiro. A pentecostalização de povos tradicionais na Amazônia: aspectos conceituais para uma antropologia de identidades religiosas. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 16, n. 50, p. 900-918, maio/ago. 2018. Disponível em <https://periodicos.pucminas.br/index.php/horizonte/article/view/P.2175-5841.2018v16n50p900>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

RODRIGUES, Ágila Flaviana Alves Chaves. **A produção do espaço pelo e para o turismo na Área de Proteção Ambiental da Ilha do Combu (Belém, Pará)**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU), Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/10294>. Acesso em 01 de agosto de 2021.

ROMÃO, Tito Lívio Cruz. Sincretismo religioso como estratégia de sobrevivência transnacional e translacional: divindades africanas e santos católicos em tradução. **Trabalhos em Linguística Aplicada**, v. 57, n. 1, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/010318138651758358681>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria Adélia A. de; SILVEIRA, Maria Laura (orgs.). **Território: globalização e fragmentação**. São Paulo: Hucitec-ANPUR, 1998. p. 15-20. 1998. 4ª ed.

SANTOS, Milton. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. 6ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Vanessa Silva dos. DE MALINOWSKI. Aos pós-modernos: uma breve reflexão acerca da pesquisa etnográfica na antropologia. **Número temático: Metodologias de pesquisa em ciências sociais e humanas**. A Cor das Letras — UEFS, n. 14, 2013. Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/acordasletras/article/view/1453>. Acesso em 02 de outubro de 2021.

SILVA, J. C.; SOUZA FILHO, T. A. O viver ribeirinho. In: SILVA, J. C. **Nos Banzeiros do Rio: Ação Interdisciplinar em busca da sustentabilidade em Comunidades Ribeirinhas da Amazônia**. Porto Velho/RO: EDUFRO, 2002.

SILVA, Vagner Gonçalves. Concepções religiosas afro-brasileiras e neopentecostais: uma análise simbólica. **REVISTA USP**, São Paulo, n.67, setembro/novembro, 2005. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13461>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

SILVA, F. C. M., (*et al.*). A Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo, da floresta e das águas e o ambiente. In Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em 06 de março de 2020.

SILVA, Maria das Graças da. Porto da palha: percepções e imagens estruturantes de condições de (in)sustentabilidade. In: XII Encuentro de Geógrafos de América Latina, 2009, Montevideo. **Anais do Encuentro de Geógrafos de América Latina**, 2009. v. 1. Disponível em: <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal12/Teoriaymetodo/Teoricos/29.pdf>. Acesso em 06 de setembro de 2024.

SOARES, Márcia Elena Botelho. **Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na organização do trabalho docente das universidades públicas de Belém**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.

UCHÔA, Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia Médica: Elementos Conceituais e Metodológicos para uma Abordagem da Saúde e da Doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (4), Oct/Dec, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/vCMjGFqtdTFfmNCbyZkK3mQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em 13 de março de 2020.

VIANA, Ana Luiza D’Avila (*et. al.*). Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33079>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2021.

VILAS BÔAS, Luana Michele da Silva. O Saber Popular e o Saber Científico: Um Diálogo Intercultural Possível no Cuidado Ribeirinho. **Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud**. Volume 2. 2016. Disponível em: <https://proceedings.ciai.org/index.php/ciai2016/issue/view/13>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2021.

WRIGHT, Robin (Org.). **Transformando os Deuses: Igrejas evangélicas, pentecostais e neopentecostais entre os povos indígenas no Brasil**. Campinas: Unicamp, 2004.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar como voluntária(o) da pesquisa “**Modelos explicativos, narrativas e experiências de padecimento e cuidado em saúde mental em comunidades ribeirinhas da ilha do Combu, na cidade de Belém do Pará**” coordenada pelo psicóloga e doutoranda Ma. Cinthia de Castro Santos, com endereço no Programa de Pós-Graduação em Psicologia no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, rua Augusto Correa, n. 01, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel. 991936878 e-mail: cinthiadecastro@gmail.com.

Fique à vontade para esclarecer todas as suas dúvidas com o/a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos

forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

Informações sobre a pesquisa

Descrição da pesquisa: tem como objetivo identificar e conhecer as formas com que adoecimento e cuidado em Saúde mental são compreendidos e explicados pelos próprios ribeirinhos e ribeirinhas. A pesquisa será importante porque essa compreensão nos possibilita ampliar o diálogo entre o saber popular e o saber biomédico quando nos serviços de saúde mental e melhorar as práticas de cuidado neste campo.

Período de participação do sujeito: 1 a 3 horas.

Riscos diretos para o/a participante: por conta da temática deste estudo, você poderá se sentir em algum momento desconfortável emocionalmente durante a entrevista, sobretudo por relembrar de questões que lhe causaram sofrimento. Contudo, ciente desses riscos, se você se sentir abalado emocionalmente, a entrevista poderá ser interrompida, bastando para isso a simples manifestação dessa vontade por sua parte e, se no decorrer da entrevista você resolver interromper ou deixar de responder a alguma (s) questão (ões), isso será aceito sem que você tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer sanção.

Benefícios diretos e indiretos a/ao participante: A pesquisa oferece enquanto benefícios ao participante a possibilidade de falar sobre o seu padecimento da maneira como você mesmo percebe e identifica possíveis causas, sintomas, associações e processos de cuidado e cura este padecimento, oferecendo escuta qualificada e acolhedora. Esta pesquisa busca também possibilitar que seu discurso possa ser compreendido e considerado quando este encontra com o discurso biomédico nos serviços de saúde mental, possibilitando um melhor diálogo neste campo do cuidado, bem como as suas práticas a partir da compreensão e entendimento dos

saberes populares dos povos tradicionais ribeirinhos. Além disso, você poderá ter acesso à transcrição da entrevista fornecida, permitindo, inclusive, revisão e ajustes no seu conteúdo. Como benefício indireto, as informações fornecidas por você serão muito úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos a partir da revisão das Políticas de Saúde Mental e da “Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta”.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos/as voluntários/as, a não ser entre os/as responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em computador pessoal do pesquisador/a, sob sua responsabilidade no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGA) - Complexo de Sala de Aula/ICS - Sala 13 - Campus Universitário, nº 01, Guamá CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel/Fax. 3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

Assinatura do Pesquisador

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA (O)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “**Modelos explicativos, narrativas e experiências de padecimento e cuidado em saúde mental em comunidades ribeirinhas da ilha do Combu, na cidade de Belém do Pará**” como voluntária (o). Fui devidamente informada (o) e esclarecida (o) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do/a participante: _____

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Modelos explicativos, narrativas e experiências de padecimento e cuidado em saúde mental em comunidade ribeirinha da ilha do Combu, na cidade de Belém do Pará.

Pesquisador: CINTHIA DE CASTRO SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63194322.1.0000.0018

Instituição Proponente: INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.151.684

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa está sendo concebida a partir do interesse em compreender os processos de interação envolvidos nas experiências de padecimento e cuidado em saúde mental, de uma comunidade ribeirinha na Ilha do Combu, situada na cidade de Belém do Pará, que constroem o repertório de narrativas dos modelos explicativos de padecimento e cuidado. Quando o padecimento é olhado apenas pelo lado biológico, quando não há o reconhecimento dos significados de forma ampla para o usuário e seus familiares, há uma interferência no reconhecimento de problemas que podem ser perturbadores, mas potencialmente tratáveis no modo de vida do usuário. O padecimento (illness) é polissêmico, as experiências são variadas e por isso vale à pena examinar cada um dos sentidos, tanto em uma perspectiva clínica como também antropológica. Assim a interpretação do que é o adoecimento também pode contribuir para um trabalho mais efetivo de cuidado portanto, dentro de uma lógica territorial. Em concordância com os pressupostos da antropologia médica optou-se por usar o termo "padecimento", pois fazemos referência à compreensão e experiência popular sobre doença e/ou sofrimento, tal qual a definição de illness, o que pode ser traduzido como padecimento. Outro conceito que também utilizaremos ao longo do trabalho é o de modelos explicativos de cuidado, entendidos como todas as formas de prevenção, tratamento, controle, alívio ou cura de uma determinada condição. Nossa pretensão é adentrar o universo particular de uma comunidade

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 6.151.684

ribeirinha amazônica e conhecer seus saberes sobre saúde e doença e por que não, entender como estes saberes transitam dentro dos espaços dos serviços de saúde, a partir da perspectiva dos usuários. Dar visibilidade às formas de entendimento, explicação e cuidado das questões relacionadas ao adoecimento mental em uma comunidade ribeirinha da Ilha do Combu, mas para, além disto, conhecer – a partir da fala da própria comunidade e da observação participante, como estas compreensões foram construídas, as suas relações. Conhecer o que está posto e adentrar no campo do não posto. Assim, iniciaremos o estudo como uma pergunta: como se dá os processos que decorrem da experiência de padecimento e cuidado em saúde mental desta comunidade ribeirinha? Para nos auxiliar com a possibilidade de responder nossos questionamentos, seguiremos o

percurso proposto pela etnografia. A etnografia nos convoca a uma imersão no campo da pesquisa, a vivenciar o campo e estar junto aos sujeitos da pesquisa, estabelecer uma relação com eles e elas a fim de possibilitar que estes e estas sejam de verdade e de direito aqueles atores ou aquelas atrizes no processo e, que vivem (no caso da nossa pesquisa) o objeto que elegemos para estudo e portanto, podem falar com propriedade sobre.

Realizaremos um estudo etnográfico que também inclui uma descrição dos processos de auto cuidado destas comunidades e a compreensão do impacto da colonização e institucionalização destes saberes a partir da biomedicina. O que pretendemos com este estudo é permitir um olhar ampliado sobre o cuidado em saúde mental das comunidades ribeirinhas, em especial da Ilha do Combu, na Amazônia Brasileira.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os modelos de padecimento e cuidado em saúde mental em uma comunidade ribeirinha da Ilha do Combu, em Belém do Pará, a partir das suas narrativas.

Objetivo Secundário:

1) Descrever os os modelos de padecimento e auto cuidado em saúde mental em uma comunidade ribeirinha da Ilha do Combu; 2) Compreender como foram construídos os modelos de explicação de padecimento e de auto cuidado em saúde mental nesta comunidade ribeirinha do Combu e; 3) Compreender qual o impacto da colonização e institucionalização destes saberes a partir da biomedicina nesta comunidade ribeirinha do Combu.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.151.684

Por conta da temática deste estudo, o participante poderá se sentir em algum momento desconfortável emocionalmente durante a entrevista, sobretudo por lembrar de questões que lhe causaram sofrimento. Contudo, ciente desses riscos, se o(a) participante se sentir abalado emocionalmente, a entrevista poderá ser interrompida, bastando para isso a simples manifestação dessa vontade por parte do(a) mesmo(a) e, se no decorrer da entrevista este(a) resolver interromper ou deixar de responder a alguma (s) questão (ões), isso será aceito sem que ele(a) tenha qualquer prejuízo ou sofra qualquer sanção.

Benefícios:

A pesquisa oferece enquanto benefícios ao participante a possibilidade de falar sobre o seu padecimento da maneira como você mesmo percebe e identifica possíveis causas, sintomas, associações e processos de cuidado e cura este padecimento, oferecendo escuta qualificada e acolhedora. Esta pesquisa busca também possibilitar que seu discurso possa ser compreendido e considerado quando este encontra com o discurso biomédico nos serviços de saúde mental, possibilitando um melhor diálogo neste campo do cuidado, bem como as suas práticas a partir da compreensão e entendimento dos saberes populares dos povos tradicionais ribeirinhos. Além disso, você o (a) participante ter acesso à transcrição da entrevista fornecida, permitindo, inclusive, revisão e ajustes no seu conteúdo. Como benefício indireto, as informações fornecidas por você serão muito úteis para a produção de conhecimento na área da saúde, gerando debates e publicações que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos a partir da revisão das Política de Saúde Mental e da "Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo encaminhado dispõe de metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS. Trata ainda em resolver pendências citadas no parecer nº5.739.569, que depois de ser avaliado por este colegiado, entende-se como pendências resolvidas e aceitas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados, nesta versão, contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá ,UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.			
Bairro: Guamá		CEP: 66.075-110	
UF: PA	Município: BELEM		
Telefone: (91)3201-7735	Fax: (91)3201-8028	E-mail: cepccs@ufpa.br	

**UFPA - INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ**



Continuação do Parecer: 6.151.684

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1981902.pdf	16/03/2023 17:46:33		Aceito
Outros	CARTEIRA DE ORIENTADOR.pdf	16/03/2023 17:40:55	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP.pdf	16/03/2023 17:40:00	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO DE COMPROMISSO PESQUISA DOR.pdf	16/03/2023 17:39:31	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTA JUSTIFICATIVA INCLUSÃO NO VAFOLHADERO STO.pdf	16/03/2023 17:38:57	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADERO STO.pdf	16/03/2023 17:37:48	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE SENCAO ONUS.pdf	15/08/2022 10:59:55	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO.pdf	15/08/2022 10:56:19	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/07/2022 17:06:09	CINTIA DE CASTRO SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 29 de Junho de 2023

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01- Campus do Guamá, UFPA- Faculdade de Enfermagem do ICS - sala 13 - 2º and.
Bairro: Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br