

REVALORIZAÇÃO DOS SABERES AMAZÔNICOS EM SAÚDE: EXPLORANDO NOVAS POSSIBILIDADES DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS) NO CONTEXTO DECOLONIAL

REVALUATION OF AMAZON KNOWLEDGE IN HEALTH: EXPLORING NEW POSSIBILITIES OF INTEGRATIVE AND COMPLEMENTARY PRACTICES (PICS) IN THE DECOLONIAL CONTEXT

Nádila Ronnielly Fontel do R. De Quadros 1

Joana d'Arc de Vasconcelos Neves 2

João Plínio Ferreira de Quadros 3

Resumo: Este texto explora o movimento decolonial como uma abordagem crítica no campo da saúde, objetivando analisar saberes, cosmovisões, crenças, cuidados em saúde no contexto amazônico e suas relações com as "Práticas Integrativas Complementares" (PICS). Metodologicamente, adota-se uma abordagem qualitativa, apoiada pelo levantamento bibliográfico. O embasamento teórico incorpora conceitos de decolonialidade propostos por diversos autores, como Quijano, Dussel, Escobar e Leite e Lima Junior e Souza. No que tange aos saberes amazônicos sobre saúde, baseia-se nas abordagens de Maués e Barboza e Pezzuti, refletindo sobre as "Políticas Públicas em Saúde", e colocando em evidência a institucionalização de terapias alternativas e complementares propostas para a Amazônia. Os resultados apontam para a importância da relação entre as políticas, conhecimentos científicos e saberes populares, destacando a necessidade de políticas públicas de saúde que não marginalizem determinados saberes e que reconheçam e valorizem os ricos conhecimentos medicinais e os cuidados com a saúde típicos da região amazônica.

Palavras-chave: Saúde. Linguagens e Saberes. Decolonialidade. Amazônia.

Abstract: This text explores the decolonial movement as a critical approach in the field of health. Thus, the objective is to analyze knowledge, cosmovisions, beliefs, health care, from the Amazonian context, as a possibility of becoming "Complementary Integrative Practices" (PIC). Methodologically, it adopts a qualitative approach, supported by a bibliographic survey. The theoretical basis incorporates concepts of decoloniality proposed by several authors, such as Quijano, Dussel, Escobar and Leite, Lima Junior and Souza. With regard to Amazonian knowledge about health, the study is based on the approaches of Maués, Barboza, and Pezzuti. In addition, the analysis explores "Public Health Policies", highlighting the institutionalization of alternative and complementary therapies. Finally, the importance of public health policies that do not marginalize certain knowledge and that recognize and value the rich medicinal knowledge and health care typical of the Amazon region is highlighted.

Keywords: Health. Languages and Knowledge. Decoloniality. Amazon.

- 1 Graduada em Enfermagem (CESUPA). Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes da Amazônia (PPLSA) da Universidade Federal do Pará (UFPA). Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Bragança-PA, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5491-7266>. E-mail: nadilafontel@yahoo.com.br
- 2 Doutora em Educação pela Universidade Federal do Pará (2014). Mestra em Educação pela Universidade Federal do Pará (2007). Professora adjunta da Universidade Federal do Pará, Faculdade de Educação no Campus Universitário de Bragança e professora do Programa de Pós-Graduação em Linguagens e Saberes na Amazônia. ORCID: 0000-0002-3110-3649. Email: jdasconcelosneves@gmail.com.
- 3 Doutorando em Ciências do Desenvolvimento Socioambiental pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido (PPGDSTU), do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA), da Universidade Federal do Pará (UFPA). Bragança-PA, Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3037460785271685>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2456-353x>. E-mail: joaoambiental2017@gmail.com

Introdução

O movimento decolonial é uma abordagem crítica que procura desafiar e repensar as estruturas de poder, dominação e conhecimentos que emergiram ao longo processo colonial e ganham novas dimensões nos tempos atuais. Ele se baseia na ideia de que as relações de poder colonial continuam a subalternizar povos e pensamentos, organizando as diferenças a partir das relações de saber-poder e insubordinação aos modelos epistemológicos de inspiração eurocêntrica e universalista (MIGNOLO, 2010). Como afirma Quijano (2005), a colonização não terminou com a exploração territorial, apenas metamorfoseou-se.

Logo, verifica-se que tal movimento é um procedimento intencional que busca romper com discursos de falsa neutralidade e se constitui dentro de um cenário marcado por movimentos contra hegemônicos em várias esferas. Neste texto, será apontado para a área de conhecimento da saúde. O propósito reside em subverter paradigmas e destacar a importância de se reconhecer a linguagem e saberes, resultando, por conseguinte, em amplificar a visibilidade dos agentes amazônicos e suas cosmovisões ancestrais (como pajés, curandeiras, parteiras, pescadores artesanais e ribeirinhos), que, habitualmente, sofrem subvalorização no contexto da biomedicina e suas abordagens hospitalocêntricas (FERTONANI *et. al.*, 2015; FILHO, 2016).

A escolha de empreender o presente ensaio surge da imperiosidade de reconhecer a inserção do diálogo decolonial no escopo das denominadas “Práticas Integrativas e Complementares de Saúde” (PICS), especialmente à luz das análises críticas que emergiram dos diálogos realizados no desenvolvimento desta pesquisa. Assim, à luz das relações dialógicas no campo da saúde, do debate sobre a medicina tradicional brasileira e amazônica e das inquietudes abertas, apresentamos neste ensaio acadêmico a seguinte problematização: qual a importância de descolonizar os saberes amazônicos em saúde no debate das “Práticas Integrativas Complementares”?

Metodologia

Do ponto de vista metodológico, o presente estudo adota uma abordagem de natureza qualitativa e se fundamenta nos estudos documentais e no levantamento bibliográfico. Consoante às considerações de Mynayo (2009), a pesquisa bibliográfica faculta um engajamento com as obras literárias pertinentes à temática em destaque ou que estejam em consonância com ela, viabilizando, assim, a identificação das contribuições já existentes e a compreensão dos parâmetros, limitações e extensões do escopo de discussão pretendido. Dessa maneira, possibilita-se à amplificação do entendimento e o fomento de bases para a instauração de futuras análises e debates.

A pesquisa bibliográfica envolve um engajamento com as obras literárias pertinentes à temática em destaque ou que estejam em consonância com ela, viabilizando assim a identificação das contribuições já existentes e a compreensão dos parâmetros, limitações e extensões do escopo de discussão pretendido.

Assim, objetivando ampliar os diálogos sobre as práticas de saúde tradicionais, nosso estudo voltou-se para análise dos documentos da saúde brasileira sobre as práticas integrativas e complementares, especificamente: Política nacional de práticas integrativas e complementares no sistema único de Saúde (SUS): atitude de ampliação de acesso, 2015; as Portarias n. 849, de 27 de março de 2017, que Inclui a Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, 2017; além do Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS, 2018; assim como, estudo dos autores amazônidas sobre as práticas de saúde tradicionais.

A análise desses documentos e dos trabalhos acadêmicos selecionados, foram realizadas à luz de reflexões de autores como Quijano (2005), Dussel (2005) e Escobar (2015).

O trabalho é composto pelos seguintes tópicos, respectivamente: O percurso de desenvolvimento das PICS e sua implementação no SUS (Sistema Único de Saúde); A decolonialidade como alternativa para desafiar paradigmas hospitalocêntricos, especialmente com a apresentação de crenças, saberes, religião e saúde na Amazônia; e, por fim, as considerações finais.

Práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) como alternativas decoloniais

A busca por uma conduta nova e de opção decolonial na área da saúde pode ser sublinhada na década de 70 (século XX). Tal período é considerado um “divisor de águas” para os modelos médicos ligados às “medicinas tradicionais”, pois foi nesse contexto que o então diretor geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), Halfdan Mahler, em 1978, fez uma declaração histórica sobre a inadequação da medicina moderna em abordar as necessidades de grande parte da população mundial. Halfdan Mahler enfatizou em seu discurso que os sistemas de saúde ocidentais não estavam adequados para atender as realidades culturais, sociais e econômicas de muitas comunidades (LUZ, 2005).

A partir desse discurso, verifica-se o esforço por um movimento crescente em direção à valorização das práticas de medicina tradicional e ao reconhecimento de que essas práticas, não só eram relevantes para muitas populações, como também podiam desempenhar um papel vital na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Além disso, é possível observar iniciativas de projetos de integração das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde nacionais e também o apoio a pesquisas para o desenvolvimento dessas práticas.

A World Health Organization (WHO, 2000) apresenta de forma abrangente a essência da medicina tradicional e destaca sua natureza diversa e multifacetada, classificando-a como um sistema de conhecimentos e práticas relacionadas à saúde e à cura desenvolvida e transmitida ao longo de gerações em uma cultura ou comunidade específica.

Essa definição ressalta o alcance das várias dimensões da medicina tradicional, que incluem conhecimentos, habilidades, práticas, teorias, experiências e crenças derivadas de culturas em todo o mundo. Além disso, reconhece que a medicina tradicional tem conhecimentos, mesmo não sendo os construídos pela lógica da racionalidade da ciência ocidental.

Desde então, emerge a perspectiva de uma racionalidade em saúde diferenciada, notadamente em sistemas terapêuticos e fundamentada em paradigmas divergentes da medicina moderna. Um exemplo claro reside no atual crescimento da assimilação da medicina tradicional chinesa no Ocidente. Nesse contexto, o governo brasileiro tem implementado programas e políticas com o objetivo de promover o atendimento mais humanizado, introduzindo, tanto a integração de fitoterápicos, quanto de algumas terapias holísticas no âmbito do SUS.

Essas abordagens terapêuticas passaram a ser conhecidas como “alternativas”, “paralelas” ou “complementares” à abordagem biomédica, e foram assimiladas não apenas na cultura urbana brasileira, mas também em diversas nações latino-americanas, com uma certa predominância das terapias oriundas de sistemas médicos tradicionais complexos, como é o caso da medicina tradicional chinesa e da homeopatia, mas construindo a sua própria lógica intrínseca (LUZ, 2005).

Essas terapias conhecidas por “medicinas alternativas” chegam às unidades de atendimento de saúde brasileira ganhando em todas as camadas da população brasileira, a exemplo da Homeopatia, cujo objetivo é de recolocar o sujeito “[...] no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural. Na homeopatia, o adoecimento é a expressão da ruptura da harmonia dessas diferentes dimensões” (BRASIL, p. 21, 2015). No caso da medicina chinesa, algumas contribuições no que se refere a abordagens terapêuticas são a acupuntura, fitoterapia, dietoterapia, práticas corporais e mentais, além das técnicas de anamnese, avaliação do pulso, observação facial e da língua (BRASIL, 2015).

Ressalta-se que estas alternativas estão sendo gradualmente integradas e incorporadas aos serviços públicos de saúde no Brasil, apesar das resistências originadas por parte da esfera médica hospitalocêntrica. A materialização desse processo teve seu início por meio da “Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde”, instituída pela Portaria Nº 971/2006, do Ministério da Saúde com apenas cinco práticas autorizadas: Homeopatia, Fitoterapia, Acupuntura, Medicina Antroposófica e Termalismo Social. Posteriormente, a Portaria Nº 849/2017 oficializou a inclusão de mais 14 novas práticas, seguida pela Portaria Nº 702/18, em 2018, que adicionou outras 10 práticas ao rol das opções institucionalizadas pelo Ministério da Saúde.

Com isso, passam a integrar a Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares 29 PICS, sendo elas: terapia de florais; acupuntura; homeopatia; fitoterapia; antroposofia; termalismo;

arteterapia; ayurveda; biodança; dança circular; meditação; musicoterapia; naturopatia; osteopatia; quiropraxia; reflexoterapia; reiki; shantala; terapia comunitária integrativa; yoga; apiterapia; aromaterapia; bioenergética; constelação familiar; cromoterapia; geoterapia; hipnoterapia; imposição de mãos; ozonioterapia.

É crucial salientar que, no âmbito do «modelo biomédico», há uma lacuna para considerar as vozes dos sujeitos e suas experiências de sofrimento, bem como para a oferta de acolhimento e para abordagem integral de atenção à saúde (LACERDA; VALLA, p. 93, 2006). Assim, na contramão desse modelo, as PICS objetivam incorporar, ao sistema de saúde, práticas que apresentam a potencialidade de oferecer uma abordagem diferenciada em relação ao cuidado de “adoecimento” e “sofrimento”, desviando-se das linhas do modelo médico hegemônico. Nessa perspectiva, desloca-se a ênfase exclusiva na doença ou nas lesões para um novo foco de atenção, o indivíduo (FAVORETO, 2006).

Estes postulados indicam que as PICS podem viabilizar uma abordagem mais holística e ampla da saúde, contemplando não somente a dimensão física, mas também os aspectos emocionais, mentais e espirituais do indivíduo. Entretanto, ainda se percebe inúmeras lacunas, sobretudo, quando relacionamos esse debate aos saberes e a “Medicina Tradicional Popular Amazônica” (MTPA).

A MTPA inclui uma variedade de práticas, como o uso de plantas medicinais da floresta, rituais de cura, cerimônias xamânicas, conhecimento sobre as propriedades terapêuticas das plantas e o uso de métodos de diagnóstico e tratamento que são diferentes dos métodos ocidentais convencionais (FILHO; BENTES, 2019), assim como são diferenciadas das 29 práticas autorizadas da Política Nacional de Práticas Integrativas Complementares.

A MTPA, conforme descrita pelos autores supracitados, engloba também um sistema complexo de abordagens de saúde que inclui diversidade de práticas e conhecimentos sobre plantas medicinais, rituais de cura e outros saberes como é o caso das parteiras, benzedeiras, pajés, pescadores tradicionais, ribeirinhos e quilombolas que não se configuram como participantes das proposições popular do governo brasileiro até o presente momento.

Vale mencionar que não é nossa pretensão alegar que as PICS - até então institucionalizadas pelo Ministério da Saúde - não são efetivas. Há um avanço significativo para romper com o dogma da medicina conhecida como moderna, eurocentrada, imposta pelos colonizadores, principalmente na América Latina, na qual disseminaram que a principal forma de tratamento médico a ser seguido seria a passível comprovação científica, transformando as demais em conhecimentos subalternizados (DUSSEL, 2005).

A riqueza da heterogeneidade de tantos saberes sobre o cuidado com o corpo e mente através das cosmovisões Amazônicas, subalternizada na relação de colonização do saber, ainda continuam sendo desvalorizadas, desperdiçadas. Ou seja, um encobrimento do saber amazônico. Nas palavras de Santos e Meneses (2010, p. 7),

Este seria manifestado na supressão destruidora de alguns modelos de saberes locais, na desvalorização e hierarquização de tantos outros, o que levou ao desperdício – em nome dos desígnios colonialistas – da rica variedade de perspectivas presentes na diversidade cultural e nas multiformes cosmovisões por elas produzidas.

Isso nos remete ao que Quijano (2005) pontua acerca da importância de superarmos o veneno que se encontra nas raízes da modernidade que, ainda, nos intoxicam e nos mata. Depreende-se que o pensamento de Quijano pode ser relacionado ao movimento decolonial no campo da saúde, que busca desafiar a dominação da medicina hegemônica e promover a valorização das práticas médicas e saberes locais e tradicionais amazônicos. Esse movimento busca questionar as estruturas que perpetuam desigualdades de saúde e promover a inclusão de múltiplas perspectivas e abordagens de cuidados de saúde, além disso, também avança na perspectiva de viabilizar a diversidade e pluralidade de medicinas tradicionais na América Latina, pois,

[...] a medicina tradicional indígena, que com mais precisão se deveria escrever no plural, devido à sua variedade, embora

tenha um mesmo paradigma básico; a medicina de origem afro-americana, também plural, embora mais homogênea que a primeira; e as medicinas alternativas derivadas de sistemas médicos altamente complexos, recentemente introduzidas na cultura urbana dos países ocidentais (LUZ, p. 154, 2005).

Nesse processo de existência e resistências, autores como Luz (2005), destacam que a medicina tradicional indígena é considerada a mais persistente, justamente pelas agressões culturais sofridas, protagonizadas pelos colonizadores luso-espanhóis. Esta prática, “fortemente enraizadas nas culturas locais dos países sul-americanos, sobreviveram como puderam ao massacre cultural do período histórico da colonização, e ao da modernização que lhe sobreveio com o século XIX” (LUZ, p. 155, 2005).

Do mesmo modo que a medicina tradicional indígena, a medicina originária das culturas das tribos africanas também se caracteriza pela cultura de resistência e é transmitida de geração em geração, de um modo socialmente muito eficiente e tradicional, através do ensino iniciático.

Ambas abordagens valorizam a interconexão entre corpo, mente e espírito, considerando não apenas os aspectos físicos da saúde, mas também os aspectos emocionais e espirituais. Práticas rituais, ervas medicinais, danças, cantos e outros elementos presentes nas religiões africanas e na pajelança indígena desempenham papéis importantes nos processos de cura e bem-estar.

Desmistificando os segredos da saúde amazônica: para além do convencional

Historicamente, sob a égide de uma pretensa neutralidade, as ciências se constituíram como discursos legitimadores de opções político-econômico-ideológicas que fizeram de uma experiência particular de modernidade o padrão universal incontestável, através de dogmas propagados na sociedade, de uma forma que fomentou processos de exclusão, segregação e dicotomias. Por isso, torna-se relevante pensar a saúde, sobretudo para a Amazônia, através de uma epistemologia decolonial, uma vez que o território amazônico é constituído por identidades, no qual dogmas científicos não dão conta de atender toda essa diversidade.

Compreende-se a expressão “Amazônia” de forma polissêmica, ao passo que possui uma gana de sentidos, crenças, costumes, vários significados:

A Amazônia é, sobretudo, diversidade. Em um hectare de floresta existe inúmeras espécies que não se repetem, em sua maior parte, no hectare vizinho. Há Amazônia da várzea e da terra firme. Há Amazônia dos rios de água branca e os rios de águas pretas. [...] Há Amazônia dos cerrados, a Amazônia dos manguezais e a Amazônia das florestas (GONÇALVES, p. 9, 2001).

Por isso, pode assumir ares de geografia, de história, de uma região longínqua, de um lugar idealizado. Todo esse panorama evidencia a necessidade de arcabouços teóricos e práticos mais próximos da realidade amazônica, e os campos de investigação científica – seja no campo educacional, político, geográfico, de saúde – são caminhos que podem maximizar esse processo decolonial, em busca de conhecimentos que prezem por uma ecologia dos saberes em detrimento da monocultura do saber, como afirma Boaventura de Sousa Santos (2010).

A partir de tal premissa, tanto Maués (2012) quanto Barreto (2017), ambos antropólogos, trazem para o debate a relação entre religião e saúde que acontecem na Amazônia, sobretudo através das cosmovisões das populações, incluindo indígenas e outras populações típicas da região amazônica.

[...] a ‘tradição intelectual’ indígena, de ver, de pensar e de organizar o mundo, os seres e as coisas, de relacionar, de manipular e perceber as mudanças, está ancorada em

uma epistemologia que não é aquela que aprendemos nas escolas e nas universidades convencionais. Ela está ancorada na cosmologia e no cosmo política, que são a base de conhecimento e o fio condutor de pensamento e das práticas indígenas (BARRETO, 2017, p. 603).

O campo da antropologia tem contribuído para a construção de um arcabouço teórico, pautado na interdisciplinaridade, como afirma Maués (2012): “religião e saúde nas áreas rurais da Amazônia” têm se concentrado em vários aspectos, com “predominância sobre o catolicismo, a pajelança, os hábitos alimentares, as concepções médicas, religiosas e cosmológicas e o tratamento de doenças” (MAUÉS, 2012, p. 36).

Portanto, compreende-se, a partir das premissas, que as crenças religiosas e espirituais não são apenas aspectos culturais, mas também estão intrinsecamente entrelaçadas com as práticas de saúde e as visões de bem-estar nas comunidades amazônicas. Isso destaca a importância de entender e respeitar as perspectivas culturais e espirituais das populações locais ao desenvolver abordagens de saúde e intervenções na região, e pensar nas possibilidades de sistematizar essas práticas em saúde.

Ao cogitar a integração de cuidados com saúde a partir da linguagem e saberes amazônicos, Luz (2005) atesta que esse sistema de cura se encarrega do tratamento de “doenças espirituais” (mau-olhado, feitiço etc.), ou então daquelas doenças para as quais a medicina ocidental não oferece ainda perspectiva de cura, cujo tratamento é considerado como excessivamente invasivo, como câncer, AIDS, e várias doenças crônicas.

Assim, no campo dos saberes indígenas e afrodescendentes (LUZ, 2005), a “religiosidade do caboclo amazônico/seres e acontecimentos sobrenaturais” caracteriza o sujeito amazônida, legitimando os modos dos sujeitos amazônicos conceberem sua cosmogonia, os sinais de sua saúde e seus males. Como explica Maués (2012, p. 41), os “pajés sacacas amazônicos recebem diretamente das entidades místicas ou seres encantados as receitas e técnicas mais eficazes para tratar seus pacientes”.

“Doenças” como o “mau olhado”, cujos sintomas deixam a criança “despombalecida”, caracterizado por febre, falta de apetite e desânimo para as atividades rotineiras e, “quebranto”, que apresenta sintomas semelhantes aos supracitados e é causado pela admiração ou exaltação da beleza da criança, fazem parte do universo amazônico paraense e seus sintomas são aliviados por meio das rezas realizadas por benzedeiros, pajés e curandeiras/os.

Na dinâmica de explicar as realidades, os amazônicos acionam uma relação entre humano, natureza e mítico, a exemplo dos estudos de Maués (2018) intitulado “O modelo da ‘reima’: representações alimentares em uma comunidade amazônica”, no qual ao estudar as concepções de uma comunidade amazônica pesqueira sobre alimentação, explorando especialmente os conceitos associados à reima, revela que “[...] representações, que transcendem a simples esfera do alimento e abrangem também os domínios rituais, xamânicos e até mesmo a própria cosmovisão dos habitantes de Itapuã” (MAUÉS; MAUÉS, 2018, p. 123). Em outras palavras, os sentidos atribuídos as formas de “reimoso” e “não reimoso”, manifestam a ampla abrangência das suas implicações culturais e simbólicas.

O que é “reimoso”, os informantes respondem que se trata de um alimento que “faz mal”, só podendo ser consumido por alguém em perfeitas condições de saúde; ao passo que o alimento manso é considerado inofensivo para as pessoas, em qualquer estado (MAUÉS; MAUÉS, 2018).

Da mesma forma, o termo “reimoso” é elaborado por Begossi *et al.* (1999) para categorizar “os tipos de alimentos proibidos durante qualquer doença ou por mulheres menstruadas ou no puerpério (resguardo)”. Assim, nesses estudos os autores observam a relação que as comunidades Amazônicas estabelecem entre o conceito de “reimoso” à crenças de que determinados alimentos podem desencadear ou agravar certas patologias, como, por exemplo, quando são consumidos por mulheres grávidas ou que passaram por cirurgia de parto, ou mesmo por indivíduos com feridas abertas. Um exemplo elucidativo é o caranguejo, que, na cultura da Amazônia paraense, é proibido

para mulheres que deram à luz, sendo liberado apenas a partir do terceiro período do resguardo (MAUÉS; MAUÉS, 2018).

Tais saberes, demonstram como as restrições alimentares estão socialmente influenciadas e adaptadas culturalmente, para acomodar situações específicas de saúde e/ou dos ciclos de vida.

De maneira geral, os estudos sobre as formas como as populações amazônicas lidam com a saúde e as doenças, apresentam categorias que estabelecem diferenças entre as doenças naturais e não-naturais. Ambas apresentam explicações externas aos condicionantes biológicos e ambientais em relação ao corpo, terminam por orientar os modos de vida dessa população. Assim, embora diferenciadas em suas causas: uma destaca a mão Divina, “doenças naturais são as doenças enviadas por Deus” e outra, revela as doenças não naturais “causadas pelas forças dos encantados, seja, das matas ou das águas, como descreve Heraldo Maués (2008, p.76),

[...] Outra faceta dos “encantados” é a sua “malineza”. Concebidos como seres perigosos, podem provocar doenças nos seres humanos, além de outros males. Por isso, é necessário ter cautela com eles, não só pedindo a proteção divina contra os males que podem provocar, como adotando atitudes respeitadas no momento em que se passa pelos locais onde costumam manifestar-se, assim como quando se está assistindo ao trabalho de um pajé.

[...] Os “encantados-do-fundo” podem provocar “doenças”, como o “mau-olhado”, a “flechada-de-bicho”, a “corrente-do-fundo” [...]. Além disso, são também perigosos por costumarem atrair as pessoas para suas moradas “no fundo”, onde elas também se transformarão em “encantados”. Os “encantados-da-mata” (“anhangá” e “curupira”) também provocam o “mau-olhado” e têm o poder de “mundiar” as pessoas, isto é, fazê-las perder-se na floresta. Isto acontece, sobretudo, no caso de caçadores que cometem abusos, matando persistentemente um só tipo de animal ou uma quantidade de caça superior às suas necessidades.

Isto, aliás, é um elemento importante na ideologia regional, desde que esses seres funcionam também como uma espécie de defensores míticos da floresta, dos rios, dos campos e dos lagos. Tudo tem sua “mãe” (um “encantado”): abusos são castigados pela “mãe do rio”, quando este é poluído, pela “mãe do mato”, quando a floresta é devastada, e assim sucessivamente.

Desta forma, numa relação simbiótica entre a defesa do território pelas suas “mães protetoras”, modos de vida são construídos em respeito ao corpo, que também é natureza. Assim, no caso das doenças naturais, é proibido, como vimos anteriormente, consumir certos alimentos, em virtude de serem remosos “para aqueles que estão com abomina é proibido peixe de lixa, carne e peixe muito gordo; para aqueles que sofrem de asma: porco, galinha de raça e pimenta; para quem tem problemas no estômago, peixes como gurijuba, pacamum e sarda. No contexto das doenças consideradas não naturais, não é permitido ingerir peixes grandes (pacamum, peixe pedra) para as flechadas de bicho; na doença de espírito, as comidas proibidas são peru, pato e porco; na condição de estar mal assombrado, deve-se evitar o consumo de bode e veado, ou seja, carnes de caça (MAUÉS; MAUÉS, 2018).

Sob essa perspectiva, à luz dos estudos conduzidos por Sousa (2020), torna-se perceptível que as transmissões intergeracionais constituem elementos cruciais que definem essas comunidades, a partir das cosmovisões relacionadas a pesca e/ou a agricultura. A base familiar carrega, ao longo das sucessivas gerações, uma cultura própria, enraizada em uma perspectiva de mundo distintiva, bem como em hábitos, tradições, crenças, normas e valores.

Esses elementos, entrelaçando-se nas relações cotidianas, gradualmente se disseminam

e se consolidam. Dentro do corpo de saberes, determinadas comunidades destacam-se no que se refere ao uso de determinadas plantas medicinais. Um exemplo citado é o uso do boto como remédio para tratar males associados ao “mau olhado”. Isso demonstra uma convergência com a noção de “doença não natural” abordada por Maués e Maués (2018).

Dentro desses contextos de saberes, destacam-se os saberes das parteiras tradicionais em relação ao cuidado com a saúde. Na visão de Farias (2013, p. 31),

As parteiras são possuidoras de uma forma particular e singular de saber, de fazer e saber-fazer, que foi se constituindo e se reformulando de geração em geração, marcado de crenças, religiosidade e misticismo, que foram acumulados e praticados ao longo dos tempos, se tornando não somente memórias, mas histórias autênticas de mulheres que executam seu fazer com raras influências do conhecimento científico, e com isso continuam mantendo viva sua tradição de partejar e benzer.

A ideia supracitada ressalta a singularidade do conhecimento das parteiras, sua conexão com tradições ancestrais e a importância de manter vivas essas práticas, apesar das influências externas, perpetuando assim uma tradição valiosa no contexto do cuidado de saúde materna.

Ratificando, o livro intitulado “Pajés, benzedores, puxadores e parteiras: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia” de Filho (2016), ressalta que suas qualidades de sabedoria, habilidade e capacidade de apoiar, confortar e encorajar as mulheres durante o processo de parto e acompanhamento nos cuidados de seus bebês e filhos, as tornam figuras de extrema importância para as famílias que vivem nas áreas rurais.

Dentre os saberes e fazeres das parteiras, além do acompanhamento e aconselhamento das mulheres, baseada em relações de bases familiares, nas quais são vistas nas comunidades como a “mãe de umbigo”, elas desempenham de acompanhamento antes, durante e depois do parto. Exercem o papel de puxadeiras e, quando necessário, realinham o feto na posição apropriada para o momento do nascimento (FILHO, 2016). Elas possuem conhecimentos sobre a preparação de “remédios feitos a partir de ingredientes naturais, como raízes, cascas e ervas, além de recorrerem a orações direcionadas a santos e outros métodos que garantem um parto bem-sucedido para suas pacientes” (FILHO, 2016, p. 21).

Nestes contextos, as parteiras, benzedeiras, curandeiras e pajés são, na perspectiva do mundo amazônico, elos privilegiados da ligação/relação do social com uma parte do mundo natural, “dom de Deus”, e o sobrenatural, o mundo dos “encantados-do-fundo”, e dos “encantados das matas e florestas”. Assim, ao contrário do que ocorre no caso da medicina ocidental, forjada dentro da tradição individualizante e de medicalização, o universo da saúde tradicional amazônica e de outras partes do mundo assume, através dos métodos de seus saberes e fazeres, um sistema complexo de caráter “holístico”, totalizante, que também é condizente com a cosmovisão das populações tradicionais que as procuram para acompanhamento da gestação e/ou para tratamentos de seus males físicos e de seus conflitos psíquicos.

Assim, problematizar a legitimidade das políticas de saúde que, como destacam Leite; Lima Junior (2015), buscam padronizar ou uniformizar o conhecimento, o uso de formas terapêuticas consideradas tradicionais, entretanto, sem considerar as cosmovisões de saúde amazônica, indica ainda uma colonialidade desses saberes. Em outras palavras há, ideologicamente, representações de que as formas de cuidados das comunidades e populações tradicionais amazônicas são menos avançadas ou menos qualificadas em comparação com as técnicas tradicionais oriundas da Europa e até mesmo da China, como descreve Lima Junior (2014, p. 694),

[...] Na onda de busca por oficialização de práticas não comumente utilizadas no serviço público de saúde, o Ministério da Saúde publicou um documento que apresenta algumas dessas práticas pouco convencionais como potencialidades a serem desenvolvidas e executadas pelos municípios, posto que autorizados pela principal agência elaboradora da política pública em saúde no Brasil. Porém, ao visualizar as terapêuticas envolvidas e contextualizadas no documento, percebe-se que

algumas práticas tão comumente encontradas nas margens do saber do cuidado, como é o caso das parteiras e benzedeiras, não configuram como participantes dessa proposição popular ao governo.

Ao circunstanciar a afirmativa em questão, fica evidente que certas práticas amplamente difundidas nas esferas menos formalizadas do cuidado, como as atividades das parteiras e benzedeiras, não são autorizadas na iniciativa governamental em articular o sistema de saúde à medicina tradicional. Esse pressuposto sugere uma possível lacuna na inclusão de práticas que, embora enraizadas nas culturas locais e profundamente relacionadas com os saberes tradicionais, ainda não são incorporadas nas políticas oficiais de saúde.

Essa observação pode reforçar novamente uma reflexão sobre a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e holística acerca das parteiras tradicionais nas práticas de cuidado, sobretudo como possibilidade de inserção nas PICS. Tal enfoque realça a crucial importância de uma abordagem mais sensível à diversidade cultural no âmbito da saúde pública.

A sinergia entre práticas tradicionais e estratégias de saúde contemporâneas pode ampliar a qualidade da prestação de cuidados de saúde e fomentar um entendimento mais profundo das necessidades peculiares das comunidades ribeirinhas e costeiras da Amazônia, sobretudo, no contexto dos serviços oferecidos nas Unidades de Atenção Básica de Saúde mais longínquas.

Considerações finais

Finalmente, reafirmamos a necessidade de aprofundar ainda mais este estudo, reconhecendo sua relevância em termos de enriquecer o campo dos saberes tradicionais em saúde. No entanto, é possível registrar algumas compreensões parciais. Primeiramente, a urgência em se desenvolver novas epistemologias que sustentem teoricamente o impulso rumo à decolonialidade em diversas esferas amazônicas, especialmente quando se trata da saúde sob uma perspectiva não hegemônica. Em segundo lugar, é fundamental que as “Políticas Públicas em Saúde”, ao endossarem a incorporação das “Práticas Integrativas Complementares”, não marginalizem certas terapias, sobretudo os ricos saberes medicinais e cuidados com a saúde presentes na Amazônia.

Encerrando esta análise, surge um paradoxo intrigante. À medida em que problematizamos essa temática, novas inquietudes se manifestam, abrindo espaço para possíveis investigações futuras. Assim, embora se defenda com otimismo a integração das práticas alternativas de saúde no âmbito das complementações aos tratamentos fornecidos pelo “Sistema de Saúde Brasileiro”, questiona-se: como institucionalizar esses saberes tradicionais amazônicos sobre saúde, sem que seus sujeitos sejam invisibilizados e seus conhecimentos sejam diminuídos ao serem formalmente adotados?

Referências

BARBOZA, Roberta Sá Leitão; BARBOZA, Myrian Sá Leitão.; PEZZUTI, Juarez Carlos Brito. Aspectos culturais da zooterapia e dieta alimentar de pescadores artesanais do litoral paraense. **Revista Fragmentos de Cultura-Revista Interdisciplinar de Ciências Humanas**, v. 24, n. 2, 267-284, 2014.

BENTES, Rosineide da Silva. Medicina Tradicional Popular Amazônica (MTPA): seus saberes e praticantes. In: BENTES, Rosineide da Silva. (org.). **A Medicina Tradicional Popular Amazônica (MTPA) e Temas Afins**. Série Vidas, vol. 1. Curitiba: Editora CRV, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 2. ed. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n. 849, de 27 de março 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia,

Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018

FARIAS, Degiane da Silva. **Entre o parto e a benção**: memórias e saberes de mulheres que partejam. 2013. 136 f. Dissertação (Mestrado Interdisciplinar) - Programa de Pós-Graduação em Linguagem e Saberes na Amazônia. Universidade Federal do Pará. Bragança, 2013.

DUSSEL, Enrique. Europa, modernidade e eurocentrismo. *In*: LANDER, Edgardo (Org.) **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e Ciências Sociais. Buenos Aires: Perspectivas latinoamericanas. Colección Sur Sur, CLACSO, 2005.

ESCOBAR, Arturo. Territórios da Diferença: A ontologia política dos “Direitos ao Território”. **Revista Desenvolvimento e Meio Ambiente**, v.35, p. 89-100, dez. 2015.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A Velha e Renovada Clínica Dirigida à Produção de um Cuidado Integral em Saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006.

FERTONANI, Hosana, Pattrig.; PIRES, Denise Elvira. Pires.; BIFF, Daiane.; SCHERER, Magda Duarte Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FILHO, Florên Almeida Vaz. **Pajés, benzedores, puxadores e parteiras**: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. Universidade Federal do Oeste do Pará. Santarém, 2016.

GONÇALVES. Carlos Walter Porto. **Amazônia, Amazônias**. São Paulo. Contextos, 2001.

LACERDA, Alda. VALLA, Victor Vincent. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. (orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS ABRASCO, 2006.

LEITE, José Carlos; LIMA JUNIOR, Luiz Gustavo de Souza. Cuidado em saúde: sujeito, saberes e a opção decolonial. **RIF**, Ponta Grossa, v. 13, n. 29, p.50-62, set. 2015 - DOI -10.20423/1807-4960/rif.v13n29p50-62. *IN*. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/folkcom/article/view/18964/209209214895>. Acesso em 07 jul. 2023.

LIMA JUNIOR, Luiz Gustavo Souza. “Cuidado em saúde e colonialidade do ser: perspectivas para um saber-fazer corporificado.” *In*: **Seminário apresentado em Humanidades em Contexto**: Saberes e Interpretações, 2014.

LUZ, Madel. Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**. v. 7, n. 1, p. 13-43, 2005.

MAUÉS, Raymundo Heraldo. O Perspectivismo indígena é somente indígena? Cosmologia, religião, medicina e populações rurais na Amazônia. Dossiê -Amazônia: **Sociedade e natureza**, v.17, n.1, p. 33, 2012.

MAUÉS, Raymundo Heraldo.; MAUÉS, Maria Angelica Mota. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. **Anuário Antropológico**, v. 2, n. 1, p. 120–147, 2018

MINAYO, Maria Cecília Souza. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade** - Petrópolis: Vozes, 2009.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidade do poder: eurocentrismo e América Latina. *In*: LANDER, Edgardo. (org.). A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. **Perspectivas latino-americanas**. Clacso: Buenos Aires, 2005.

SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. (orgs.). **Epistemologias do Sul**. São Paulo: Cortez, 2010

SOUSA, Gamaliel Tarsos de. **Arranjos Produtivos e Saberes Ecológicos em Áreas de Reservas Extrativistas do Litoral Nordeste do Pará**. 2020. 158 f. Dissertação (mestrado Interdisciplinar) - Universidade Federal do Pará, Linguagens e Saberes na Amazônia, Campus Universitário de Bragança, 2020.

WHO. General **Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine**. Genebra: WHO Press, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66783/WHO_EDM_TRM_2000.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 10/06/2023.

Recebido em 15 de maio de 2023.

Aceito em 24 de julho de 2023.

