



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

MARIA EDUARDA SOUZA FREITAS

AS PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA
POPULAÇÃO RIBEIRINHA

MANAUS – AM

2025



MARIA EDUARDA SOUZA FREITAS

**AS PRÁTICAS POPULARES DE SAÚDE NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA
POPULAÇÃO RIBEIRINHA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Faculdade de Psicologia, da
Universidade Federal do Amazonas, como requisito para
a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Orientadora: Prof.^a. Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina

Coorientadora: Prof.^a. Dra. Dayse da Silva Albuquerque

MANAUS – AM

2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

F866p Freitas, Maria Eduarda Souza
As práticas populares de saúde no itinerário terapêutico da população
ribeirinha / Maria Eduarda Souza Freitas. - 2025.
122 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Socorro de Fátima Moraes Nina.
Coorientador(a): Dayse da Silva Albuquerque.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa
de Pós-Graduação em Psicologia, Manaus, 2025.

1. Itinerário terapêutico. 2. Práticas populares de saúde. 3. Processo
saúde-doença. 4. População ribeirinha. I. Nina, Socorro de Fátima Moraes.
II. Albuquerque, Dayse da Silva. III. Universidade Federal do Amazonas.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título

FREITAS, M. E. S. As práticas populares de saúde no itinerário terapêutico da população ribeirinha. (122f.). Dissertação/ Universidade Federal do Amazonas.
Orientador/a: Socorro de Fátima Moraes Nina. Manaus – Amazonas.

Aprovado em 04/12/2025

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Socorro de Fátima Moraes Nina
Presidente – Universidade Estadual do Amazonas

Prof. Dr. Saulo Luders Fernandes
Membro titular externo – Universidade Federal de Alagoas

Prof. Dr. Marcelo Gustavo Aguilar Calegare
Membro titular interno – Universidade Federal do Amazonas

Prof. Dra. Ângela Xavier Monteiro
Suplente externo – Universidade do Estado do Amazonas

Prof. Dra. Ádria de Lima Sousa
Suplente interno – Universidade Federal do Amazonas

DEDICATÓRIA

Ao Capanãzinho



AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Lília, minha maior apoiadora em todas as etapas da vida. Você me deu luz e força nessa caminhada. Eu te amo.

Ao meu irmão, João Miguel, amigo querido que sempre aguarda, ansioso, o retorno da mana para casa.

Ao Jailson, que não mediu esforços para me apoiar e investiu o suor do seu trabalho na minha carreira.

À minha avó Maria, uma vez impedida de estudar aprendeu a ler em um pote de manteiga e incentivou suas filhas a alçarem voo. Você é meu exemplo de resiliência e fé que através da educação é que podemos mudar nossa realidade.

À minha orientadora, Prof.^a Dra. Socorro Nina, que teceu comigo as tramas desta pesquisa, embarcou na canoa, por vezes errante, das minhas inquietações e me guiou por águas possíveis ao longo do mestrado.

À minha coorientadora, Dayse Albuquerque, pela leitura atenta e generosa.

Aos presidentes da Associação Agroextrativista Nova Aliança dos Castanheiros Capanaenses Raimundo Prestes e Romerisson pelo apoio e autorização à essa pesquisa.

À Jovana Nogueira, companheira de orientação e de pesquisa, obrigada por caminhar ao meu lado.

À Sara Evelyn, que segurou minha mão nos momentos difíceis. Obrigada pelos meets infinitos; sem você, o processo solitário de finalização teria sido ainda mais árduo.

À minha família capanaense: Preta, Meirão e Derick, por me acolherem em sua casa com tanto carinho.

À Samantha Pimentel, amiga querida e tia do Tom, que me ajudou em um dos momentos em que mais precisei, cuidando do meu gato doente para que eu pudesse viajar e realizar esta pesquisa.

À Laiana, que, mais do que ajudar, caminhou comigo lado a lado na coleta de dados, me levou do outro lado do rio; você foi primordial durante todo o processo.

À Alice Mesquita, médica do Capanãzinho por sua colaboração e generosidade em apoiar essa pesquisa.

À Andreziana Silva, por ser uma amiga acolhedora e amável.

Às especialistas populares Parteira e Curandeira pela generosidade em compartilhar comigo suas histórias de doação de suas vidas ao bem-estar do próximo.

Aos meus queridos amigos e protagonistas desta pesquisa: Laelson, Ana Geralda, Manuel, Paulo, Rosa, Rosivaldo, Andréia e Rosa Galdino. Obrigada pelo constante acolhimento e construção do coração dessa pesquisa. Para sempre estarão em meu coração.

À minha amiga Clara Guimarães pelo apoio inicial e direto no processo do mestrado e nas andanças pelo distrito do Capanãzinho. Você é luz.

À Dra. Alessandra Pereira, que de forma generosa me cedeu seu tempo ao revisar meu projeto ainda na etapa de inscrição.

À Eila e ao Genivaldo, por tanto amor e acolhimento. Obrigada por sempre estarem no porto me esperando e por abrirem as portas da casa de vocês quando eu era apenas uma desconhecida. E à Giovana, por pensar em mim para trabalhar em Manicoré e me acolher na sua casa; graças a você, conheci um lugar e pessoas incríveis que me trouxeram até aqui.

À secretária de Saúde de Manicoré Adriana Moreira pelo apoio inicial à essa pesquisa e a minha primeira equipe da UBS Manoel Vaz Vieira, que mora para sempre no meu coração.

À toda minha família que esteve torcendo por mim, em especial minha tia Marilyn que me incentivou a fazer o mestrado.

À Saulo Luders e Marcelo Calegare, pela disponibilidade e contribuição generosa a esta pesquisa. Ao laboratório de pesquisa Yandê Káa Pura que está construindo cada vez mais uma psicologia ancorada nas realidades rurais, ribeirinhas, quilombolas e indígenas da Amazônia.

Aos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia prof. Breno de Oliveira e Mark Torres.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa que foi essencial nesse processo.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pelo apoio ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (PPGPSI-UFAM).

FREITAS, M. E. S. As práticas populares de saúde no itinerário terapêutico da população ribeirinha. (122f.). Dissertação/Universidade Federal do Amazonas. Orientador/a: Socorro de Fátima Moraes Nina. Manaus – Amazonas.

RESUMO

A população ribeirinha da Amazônia possui seu modo de vida intrinsecamente ligado às águas, à terra e às florestas, habitando as margens dos rios e obtendo sustento principalmente da pesca, do extrativismo vegetal e da agricultura. Em seus contextos culturais e sociais, essas comunidades tradicionais articulam sistemas de organização próprios, inclusivos na saúde, por meio de práticas populares. Tais práticas representam um conjunto de saberes e técnicas utilizados para prevenir, diagnosticar e tratar doenças, incorporando aspectos psicossociais como a espiritualidade e bem-estar comunitário. Este estudo analisa como as práticas populares em saúde estão presentes no itinerário terapêutico da população ribeirinha do Distrito de Capanãzinho, no Amazonas. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, com aportes teóricos plurais como antropologia, psicologia social e saúde coletiva. Participaram do estudo uma parteira, uma curandeira, e um grupo de dez moradores, com idades entre 24 e 70 anos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante, com diário de campo e grupo de discussão, sendo os dados examinados por meio da Análise Temática proposta por Braun e Clarke (2006). Emergiram três temas centrais: concepções de saúde e doença; experiências das especialistas populares; e os itinerários terapêuticos. Os resultados revelam que a saúde é produzida no e com o território, articulando fatores espirituais e comunitários. As práticas da parteira e da curandeira evidenciam formas de cuidado integral, baseadas em redes de solidariedade, espiritualidade e uso de plantas medicinais, ainda que marcadas por invisibilidade e desvalorização institucional. Identificou-se que, diante dos agravos à saúde, os ribeirinhos priorizam cuidados familiares, mas promovem ecologia entre a pluralidade terapêutica disponível na comunidade. O estudo contribui para compreender os diferentes Itinerários Terapêuticos de populações ribeirinhas da Amazônia sob uma perspectiva antropológica e psicossocial reforçando a importância de reconhecer e integrar os saberes populares nas práticas e discussões da psicologia em contexto rural.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico; Práticas populares de saúde; Processo saúde-doença; População ribeirinha.

FREITAS, M. E. S. **Popular health practices in the therapeutic itinerary of riverside populations.** (122f.). Dissertation/Theses Federal University of Amazonas. Supervisor: Socorro de Fátima Moraes Nina. Manaus – Amazonas.

ABSTRACT

The riverine population of the Amazon has a way of life intrinsically connected to the waters, the land, and the forests, living along riverbanks and sustaining themselves primarily through fishing, plant extractivism, and agriculture. Within their cultural and social contexts, these traditional communities develop their own systems of organization, including in health, through popular practices. Such practices encompass a set of knowledge and techniques used to prevent, diagnose, and treat illnesses, incorporating psychosocial aspects such as spirituality and community well-being. This study analyzes how popular health practices are present in the therapeutic itinerary of the riverine population of the Capanãzinho District, in the state of Amazonas. It is a descriptive study with a qualitative approach, grounded in plural theoretical contributions from anthropology, social psychology, and public health. Participants included one midwife, one healer, and a group of ten residents aged 24 to 70. Data collection involved semi-structured interviews, participant observation with field notes, and a discussion group, and the material was examined using Thematic Analysis as proposed by Braun and Clarke (2006). Three central themes emerged: conceptions of health and illness; experiences of popular specialists; and therapeutic itineraries. The results show that health is produced within—and together with—the territory, articulating spiritual and community dimensions. The practices of the midwife and healer reveal forms of comprehensive care grounded in networks of solidarity, spirituality, and the use of medicinal plants, despite being marked by institutional invisibility and undervaluation. The study identified that, when facing health issues, riverine residents prioritize family-based care while engaging in an ecological navigation among the plurality of therapeutic options available in the community.

This research contributes to understanding the diverse Therapeutic Itineraries of Amazonian riverine populations from an anthropological and psychosocial perspective, reinforcing the importance of recognizing and integrating popular knowledge into psychological practices and discussions within rural contexts.

Keywords: Therapeutic itinerary; Popular health practices; Health-disease process; Riverine population.

FREITAS, M. E. S. Las prácticas populares de salud en el itinerario terapéutico de la población ribereña. (122f.). Disertación/Tesis Universidad Federal de Amazonas. Tutor/a: Socorro de Fátima Moraes Nina. Manaus – Amazonas.

RESUMEN

La población ribereña de la Amazonía posee un modo de vida intrínsecamente vinculado a las aguas, la tierra y los bosques, habitando las orillas de los ríos y obteniendo su sustento principalmente de la pesca, el extractivismo vegetal y la agricultura. En sus contextos culturales y sociales, estas comunidades tradicionales articulan sistemas propios de organización, también en el ámbito de la salud, mediante prácticas populares. Tales prácticas representan un conjunto de saberes y técnicas utilizados para prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades, incorporando dimensiones psicosociales como la espiritualidad y el bienestar comunitario. Este estudio analiza cómo las prácticas populares en salud están presentes en el itinerario terapéutico de la población ribereña del Distrito de Capanãzinho, en el estado de Amazonas. Se trata de una investigación descriptiva, con enfoque cualitativo, sustentada en aportes teóricos plurales provenientes de la antropología, la psicología social y la salud colectiva. Participaron una partera, una curandera y un grupo de diez residentes, con edades entre 24 y 70 años. Se realizaron entrevistas semiestructuradas, observación participante con diario de campo y un grupo de discusión, y los datos fueron examinados mediante el Análisis Temático propuesto por Braun y Clarke (2006). Emergieron tres temas centrales: concepciones de salud y enfermedad; experiencias de las especialistas populares; y los itinerarios terapéuticos. Los resultados revelan que la salud se produce en —y con— el territorio, articulando dimensiones espirituales y comunitarias. Las prácticas de la partera y de la curandera evidencian formas integrales de cuidado basadas en redes de solidaridad, espiritualidad y uso de plantas medicinales, aunque aún marcadas por invisibilidad y desvalorización institucional. El estudio identificó que, frente a problemas de salud, los habitantes ribereños priorizan los cuidados familiares, pero articulan una ecología de saberes entre la pluralidad de opciones terapéuticas disponibles en la comunidad. El estudio contribuye a comprender los diferentes Itinerarios Terapéuticos de las poblaciones ribereñas de la Amazonía desde una perspectiva antropológica y psicosocial, reforzando la importancia de reconocer e integrar los saberes populares en las prácticas y discusiones de la psicología en contextos rurales.

Palabras clave: Itinerario terapéutico; Prácticas populares de salud; Proceso salud-enfermedad; Población ribereña.

LISTA DE SIGLAS

AANACC	Associação Agroextrativista Nova Aliança dos Castanheiros Capanaenses
AE	Agente Externo
AI	Agente Interno
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AM	Amazonas
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
AT	Análise Temática
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ESFF	Equipes de Saúde da Família Fluviais
ESFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado do Amazonas
IT	Itinerário Terapêutico
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PCC	População, Conceito e Contexto
PPGPSI	Programa de Pós-Graduação em Psicologia
PNPMF	Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos
PNSIPCFA	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, Florestas e Águas
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PTPT	Programa Trabalhando com Partes Tradicionais

SEMSA	Secretária Municipal de Saúde
SISREG	Sistema de Referência em Relação à Fila de Espera
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma PRISMA.....	23
Figura 2: Quadro das características gerais dos estudos	24
Figura 3: Quadro apresentando os tipos de saberes tradicionais e suas características	25
Figura 4: Mapa de localização do distrito de Capanãzinho em relação a Manicoré, município sede.	39
Figura 5: Disposição geográfica das sete comunidades do distrito de Capanãzinho	40
Figura 6: Elaboração dos itinerários terapêuticos com o grupo	47
Figura 7: Participante falando sobre sua fotografia	47
Figura 8: A saída de campo. Barco com rota para Manicoré.	48
Figura 9: Mapa temático 1 "saúde e doença".	50
Figura 10: Participante Laelson ao lado da sua casa de farinha.....	53
Figura 11: Interior da casa de farinha do Laelson	54
Figura 12: Casa de Andréia e Rosivaldo	62
Figura 13: Rosa sentada em sua varanda.....	63
Figura 14: Casa de Rosa Galdino.....	64
Figura 15: Comunidade Terra Preta	65
Figura 16: Mapa temático 2	71
Figura 17: Quadro de técnicas e saberes utilizadas pela parteira	76
Figura 18: Fluxo não linear de itinerários terapêuticos.....	84
Figura 19: Representação de Itinerários Terapêuticos elaborado no grupo, 2024.	85
Figura 20: Realização de um bingo beneficente	95

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1	Saberes e práticas tradicionais de saúde entre as populações ribeirinhas da Amazônia brasileira: uma revisão de escopo	21
2.1.1	Introdução	21
2.1.2	Método	22
2.1.3	Resultados	23
2.1.4	Discussão.....	26
2.1.5	Perspectivas tradicionais de tratamento e fatores implicados	27
2.1.6	Especialistas tradicionais e a integralidade do cuidado	30
2.1.7	Conclusão.....	32
2.2	A População Ribeirinha no Contexto Histórico e nas Políticas Públicas Brasileiras	33
3	OBJETIVOS	37
3.1	Objetivo Geral.....	37
3.2	Objetivos específicos	37
4	MÉTODO.....	37
4.1	Local da pesquisa	38
4.2	Participantes	42
4.3	Instrumentos.....	42
4.4	Pelos caminhos das águas: vivências e procedimentos de coleta de dados na Amazônia42	
4.5	Procedimentos de análise	48
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
5.1	O processo saúde e doença para os ribeirinhos do Capanãzinho	50
5.1.1	Corpo e Sustento nas Margens do Rio: vivências ribeirinhas sobre alimentação, trabalho e saúde	52
5.1.2	Experiência do adoecimento	57
5.1.3	“A gente viaja lá nas alturas”: a paz interior entre equilíbrio interno e os vínculos sociais	59

5.1.4 "Inspiração de Vida": espiritualidade como prática de cuidado, parte essencial para se ter saúde.....	67
5.2 Entre Benzimentos, partos e chás: o Cuidado Popular na Amazônia Ribeirinha.....	71
5.2.1 Memória, Prática e Resistência: relatos de uma parteira ribeirinha.....	72
5.2.2 “A gente precisa da medicina dali da UBS e precisa da medicina que Deus deixou para nós”: vivência de uma curandeira ribeirinha	79
5.3 “Não é porque tem a UBS que a casca da sucubeira não vai tá lavrada”: a pluralidade de saberes que define os itinerários de saúde da população ribeirinha	84
5.3.1 Redes de Apoio e Troca de Experiência	85
5.3.2 Itinerário Terapêutico: apontamentos da parteira e curandeira.....	88
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
7 REFERÊNCIAS.....	100
8 APÊNDICES	114
9 ANEXOS.....	121

1 INTRODUÇÃO

Os modos de vida das populações ribeirinhas da Amazônia estão/são vinculados às águas, à terra e às florestas, pois habitam as margens de rios, lagos e igarapés, cujas principais fontes de sustento provêm da pesca, do extrativismo vegetal e da agricultura. As águas possuem grande influência sobre o formato de suas moradias, práticas agrícolas e hábitos cotidianos (Fernandes & Moser, 2021; Pojo et al., 2014).

As comunidades ribeirinhas, em seus aspectos culturais e contextos sociais, possuem sistemas de organização próprios, refletidos na agricultura, nas relações sociais, no trabalho e na saúde. De acordo com o Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, além de terem seu modo de vida fortemente ligado à Amazônia, essas comunidades tradicionais são grupos cultural e socialmente diferenciados, cuja ocupação territorial reproduz suas crenças religiosas, economia e conhecimentos transmitidos de geração em geração (Brasil, 2007).

Em estudos sobre comunidades tradicionais, a psicologia, que historicamente se concentrou em centros urbanos, começa a se estabelecer nas zonas rurais por meio de políticas públicas de saúde e assistência social (Macedo & Dimenstein, 2009). Compreender as diversas concepções de rural e ruralidade é essencial para a psicologia latino-americana, especialmente porque as produções nesse campo são recentes e envolvem conhecimentos específicos sobre os contextos rurais e suas particularidades culturais e socioeconômicas (Landini, 2015). Nessa perspectiva, a psicologia rural busca articular as ciências psicológicas e as realidades das comunidades rurais, promovendo uma compreensão integrada entre esses contextos (Hur & Calegare, 2016).

A pesquisa de Silva e Macedo (2017) revisa as conceituações de rural na psicologia, que muitas vezes são associadas a lugares físicos considerados atrasados, periféricos e ligados a atividades agrícolas. Já o urbano é frequentemente vinculado ao progresso e à modernidade. Contudo, existe uma relação dinâmica e em constante diálogo entre os ambientes rural e urbano, caracterizada pela troca de recursos e influências mútuas (Oliveira & Nina, 2014). Nesse sentido, a Psicologia abre novas possibilidades ao desafiar a visão predominantemente urbanizada e ao se voltar para epistemologias que consideram os estudos vinculados às raízes culturais da América Latina, configurando as pesquisas sobre ruralidades (Lopes et al., 2018).

Insere-se, ainda, como desdobramento dos estudos em psicologia no contexto rural latino-americano, a psicologia florestal e os processos psicoflorestais, campo dedicado a compreender as relações que as pessoas estabelecem consigo mesmas e com os elementos naturais e sobrenaturais presentes na Amazônia (Calegare, 2023). Assim, a experiência amazônica não pode ser reduzida a uma simples lógica de vivência rural, pois os contextos rurais brasileiros diferem significativamente tanto em seus cenários quanto nas formas de existência que produzem. Mesmo entre populações ribeirinhas observam-se importantes variações entre as regiões do Amazonas, por exemplo. Nesse sentido, olhar a Amazônia e seus processos particulares de vivência enriquece a compreensão das dinâmicas sociais e dos modos de vida em ambientes rurais, especialmente neste estudo que se propõe a pontuar novas discussões no campo do cuidado em saúde.

Nos saberes e fazeres amazônicos estão as práticas populares de saúde, que englobam, dentro de um espectro mais amplo, o universo das medicinas amazônicas (Calegare et al., 2025). Essas práticas compreendem conhecimentos socioculturais sobre saúde e doença, técnicas de cuidado e crenças espirituais utilizadas para prevenir, diagnosticar e tratar enfermidades. Para além da mitigação de doenças, as práticas populares dizem respeito também aos modos de produzir saúde no território, expressos nas relações comunitárias e na convivência com o ambiente. Fortemente influenciadas pela cultura local, essas práticas incluem o manejo de elementos naturais, como plantas medicinais, e a atuação de especialistas tradicionais (Ribeiro & Galvão, 2022). Os estudos de Bôas (2017) destacam que o saber popular entre ribeirinhos integra aspectos psicossociais relacionados ao território, às crenças e à religiosidade, orientados para o bem-estar comunitário. Trata-se de um saber transmitido culturalmente e permeado por elementos afetivos que se expressam no ato de cuidar.

É justamente nesse entrelaçamento de práticas, crenças e sentidos atribuídos ao adoecimento que os Itinerários Terapêuticos (IT) ganham centralidade. Os IT dizem respeito aos caminhos percorridos pelos indivíduos na busca de cuidado e tratamento (Alves, 2015; Alves & Souza, 1999). Ao analisar esses percursos, os autores identificam duas dimensões principais: (1) situações em que a pessoa já está em tratamento e enfrenta percalços diante de uma doença específica ou dos serviços de saúde; e (2) a compreensão dos significados de doença atribuídos pelos próprios indivíduos.

Assim, as práticas populares amazônicas não são apenas um repertório de técnicas tradicionais, mas constituem também a base simbólica que orienta decisões ao longo dos

itinerários terapêuticos. Segundo Alves e Souza (1999), os processos envolvidos na escolha dos tratamentos são guiados por significados socioculturais, o que evidencia que modelos explicativos restritos ao biológico são insuficientes para compreender o cuidado em contextos amazônicos. Nesse cenário, a Psicologia em contexto rural pode contribuir de forma decisiva ao articular aportes das ciências humanas e da saúde, ampliando a compreensão dos processos de adoecimento e cuidado e fortalecendo análises sensíveis às ruralidades e às especificidades da vida ribeirinha.

Nesse sentido, essa dissertação traz colaboração aos estudos da psicologia em contexto rural amazônico no que se refere às práticas populares de saúde da população ribeirinha e como essas práticas estão presentes no itinerário terapêutico dessa população. Entende-se que essas práticas se inserem nas múltiplas opções para produzir saúde no território.

O interesse pela temática surge em 2022 ao ingressar como psicóloga em uma Equipe de Saúde da Família Ribeirinha onde observei episódios de comunitários fazendo acompanhamento da gestação com parteira, uso de banhos para curar doenças advindas de feitiços e remédios feitos a partir de ervas medicinais. Em alguns episódios, os moradores relatavam o uso de práticas caseiras antes de procurar o serviço ou uso combinado à recomendação da médica da unidade de saúde.

A partir dessas vivências surgiram indagações a respeito da maneira como ocorre a interpretação e seus significados para os moradores ribeirinhos que utilizam estas práticas no cotidiano de cuidado. Percebeu-se que diante da oferta de serviços da biomedicina, ocorriam processos decisórios que careciam de um olhar aprofundado para além do sentido da cura de doenças.

Na etapa de elaboração do estado da arte sobre a temática de estudo, realizou-se uma busca em bases de dados para mapear publicações de artigos científicos que discutissem sobre práticas populares em saúde no itinerário terapêutico de populações rurais. Nas buscas por revisões anteriores, foram encontrados trabalhos de Brito et al. (2021) com recorte temporal dos anos 2000 a 2018, cuja revisão de literatura encontrou 8 artigos e 1 livro que tratam dos itinerários terapêuticos de comunidades rurais. Outro trabalho é o de Rückert et al. (2018) que analisou 16 artigos relacionados aos saberes e práticas de cuidado em saúde das populações do campo em território brasileiro. Estes achados evidenciam a escassez de estudos na área da psicologia sobre práticas populares em saúde da região norte, principalmente no estado do Amazonas.

De acordo com Fernandes et al. (2022), em seus estudos sobre a psicologia decolonial, sabe-se que a psicologia tem suas raízes no modelo racionalista e eurocêntrico. Ao longo da história, especialmente na América Latina, houve tentativas de ajustar a disciplina à realidade de sua população. O colonialismo europeu, responsável pelo extermínio e epistemicídio de povos originários do Brasil e da Afrodiáspora, atualiza-se a cada século, entrelaçando-se nas estruturas sociais de pensamento e nas instituições que exercem poder (Fernandes et al., 2022).

A contraproposta apresentada por Fernandes et al., (2022), no contexto do pensamento decolonial na psicologia, voltada para povos tradicionais, exige uma revisão das práticas psicológicas, abandonando epistemologias eurocêtricas que reproduzem violências estruturais. Os autores enfatizam a necessidade de que os estudos de psicologia se baseiem em epistemologias enraizadas na América Latina. Essa abordagem é crucial, pois a psicologia, alicerçada em uma visão de mundo colonial e antropocentrada, instrumentaliza formas de marginalização e inviabiliza modos de vida e cosmovisões de povos tradicionais. Dessa forma, justifica-se a pesquisa nas comunidades ribeirinhas, com o objetivo de investigar seus aspectos culturais, contextos sociais e vivências cotidianas. Os modos de vida desses grupos, conectados a tradições e epistemologias próprias, refletem uma coexistência de saberes que pode ocupar um lugar cada vez mais relevante nas pesquisas de psicologia social em contextos rurais (Gomes, 2024a).

Quanto à relevância científica, este projeto visa contribuir para investigações em psicologia contextualizadas a partir da realidade da população brasileira, adotando uma abordagem interdisciplinar, para a compreensão das práticas de saúde da população ribeirinha. Além disso, busca promover evidências que fundamentem políticas de saúde culturalmente sensíveis e que incentivem a promoção da saúde integral dessa população.

Do Norte para o norte, da sua população para o norte. A integração de saberes tradicionais na psicologia oferece uma perspectiva social sobre os processos subjetivos que permeiam os modos de vida na Amazônia.

Dessa forma, a presente pesquisa tem como pergunta norteadora: como as práticas populares em saúde estão presentes nos itinerários terapêuticos da população ribeirinha do distrito do Capanãzinho?

O presente estudo encontra-se estruturado no detalhamento do processo metodológico que incluem os percursos e desafios para realizar a pesquisa em território ribeirinho e os três eixos de discussão que correspondem aos capítulos de resultados. O

primeiro eixo abordará a interpretação de saúde e doença para os ribeirinhos, explorando a visão de que a doença é um fenômeno psicossocial, historicamente construído. O segundo eixo se voltará para a compreensão das experiências de especialistas tradicionais, como uma parteira e curandeira ribeirinha, destacando como o saber popular incorpora aspectos psicossociais relacionados ao território, às crenças e à religiosidade no ato de cuidar. Por fim, o terceiro eixo analisará os itinerários terapêuticos da população do Capanãzinho, descrevendo os processos decisórios e a inserção das práticas populares nas múltiplas opções para produzir saúde no território.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Saberes e práticas tradicionais de saúde entre as populações ribeirinhas da Amazônia brasileira: uma revisão de escopo

2.1.1 Introdução

O acesso à saúde nas comunidades ribeirinhas se dá através dos serviços da Atenção Primária (APS) que integram as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (ESFR) e fluvial (Kadri et al., 2019). Há ainda o sistema comunitário que envolve amigos, familiares, a automedicação e o sistema popular representado pelos especialistas tradicionais. Estes podem incluir benzedeiras, parteiras, puxadores, raizeiros, entre outros. Esses diferentes sistemas se integram, ressignificam e coexistem nas territorialidades vivenciadas pela população.

Os saberes e práticas populares de saúde incorporam elementos naturais como as plantas medicinais e elementos espirituais e religiosos como os benzimentos, por meio de rezas. Diante dos desafios que permeiam as realidades ribeirinhas essas práticas estão associadas ao conhecimento transmitido de modo intergeracional (Ribeiro & Silva, 2020), à facilidade de acesso e ao baixo custo de recursos. Desse modo, integram os processos socioculturais de saúde e doença nesses contextos.

Revisões anteriores (Silva et al., 2023), identificaram estudos que retratam a saúde da população ribeirinha no Brasil, os quais indicam que os principais desafios na distribuição dos serviços de saúde são decorrentes das barreiras geográficas. Outro levantamento feito por meio de revisão integrativa com artigos publicados entre 2016 e 2021, referente ao uso de plantas medicinais por populações da Amazônia descreveram 11 estudos, sendo apenas um envolvendo a população ribeirinha (Araújo et al., 2023). Nesse sentido, evidenciam-se lacunas referentes aos dados sobre as práticas tradicionais de saúde nesse cenário.

Diante disso, esta revisão de escopo possui como objetivo principal mapear em publicações científicas pesquisas voltadas às práticas tradicionais de saúde como método de cuidado entre as populações ribeirinhas da Amazônia Brasileira. Defende-se que é relevante identificar na literatura os estudos sobre os saberes e práticas tradicionais em saúde da população ribeirinha para que se compreenda quais aspectos estão envolvidos no uso, manuseio e crenças sobre saúde-doença. Considerando que não foram identificadas revisões

anteriores com esta abrangência, é imprescindível conhecer sob quais perspectivas as práticas populares em saúde estão sendo analisadas.

2.1.2 Método

Realizou-se uma revisão de escopo baseada na ferramenta *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). A revisão de escopo possui como objetivo examinar estudos que auxiliarão pesquisadores na tomada de decisão mediante o mapeamento de teorias e metodologias (Cordeiro & Soares, 2020).

Utilizou-se a estratégia População, Conceito e Contexto (PCC) para a elaboração da pergunta de pesquisa conforme orientações do proposto pelo *Instituto Joanna Briggs*, sendo P- para Ribeirinhos; C- para Práticas Tradicionais de Saúde e C- para Amazônia brasileira. Com base nessas definições, formulou-se a seguinte pergunta norteadora: como se dão os saberes e práticas tradicionais em saúde documentados entre as populações ribeirinhas da Amazônia brasileira? Optou-se por formular uma pergunta mais aberta para obter maior diversidade de publicações sobre o tema.

A busca foi realizada nos meses de julho e agosto de 2024, e os critérios de elegibilidade consideraram revisões de literatura e artigos empíricos publicados entre os anos de 2015 e 2024, nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos que se referem a outros contextos rurais que não ao ribeirinho e de regiões não localizadas no ecossistema amazônico brasileiro. O levantamento bibliográfico foi realizado nas seguintes bases de dados: MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS/BVS), Scielo, *Scopus*, *Web of Science* e plataforma de periódicos CAPES.

Após definição da estratégia PCC, foram utilizados os descritores disponíveis no Decs (Descritores em Ciências da Saúde) e na BVS e palavras-chave adaptando-as às bases de dados. Na Scopus a combinação consistiu em: ("*Folk medicine*" OR "*Popular health practices*" OR "*traditional medicine*") AND ("*Riverside population*" OR "*riverine*" OR "*Riverside communities*"). Os demais descritores e combinações estão disponíveis no protocolo desta revisão disponível no *Open Science Framework* (<https://osf.io/tzerj/>).

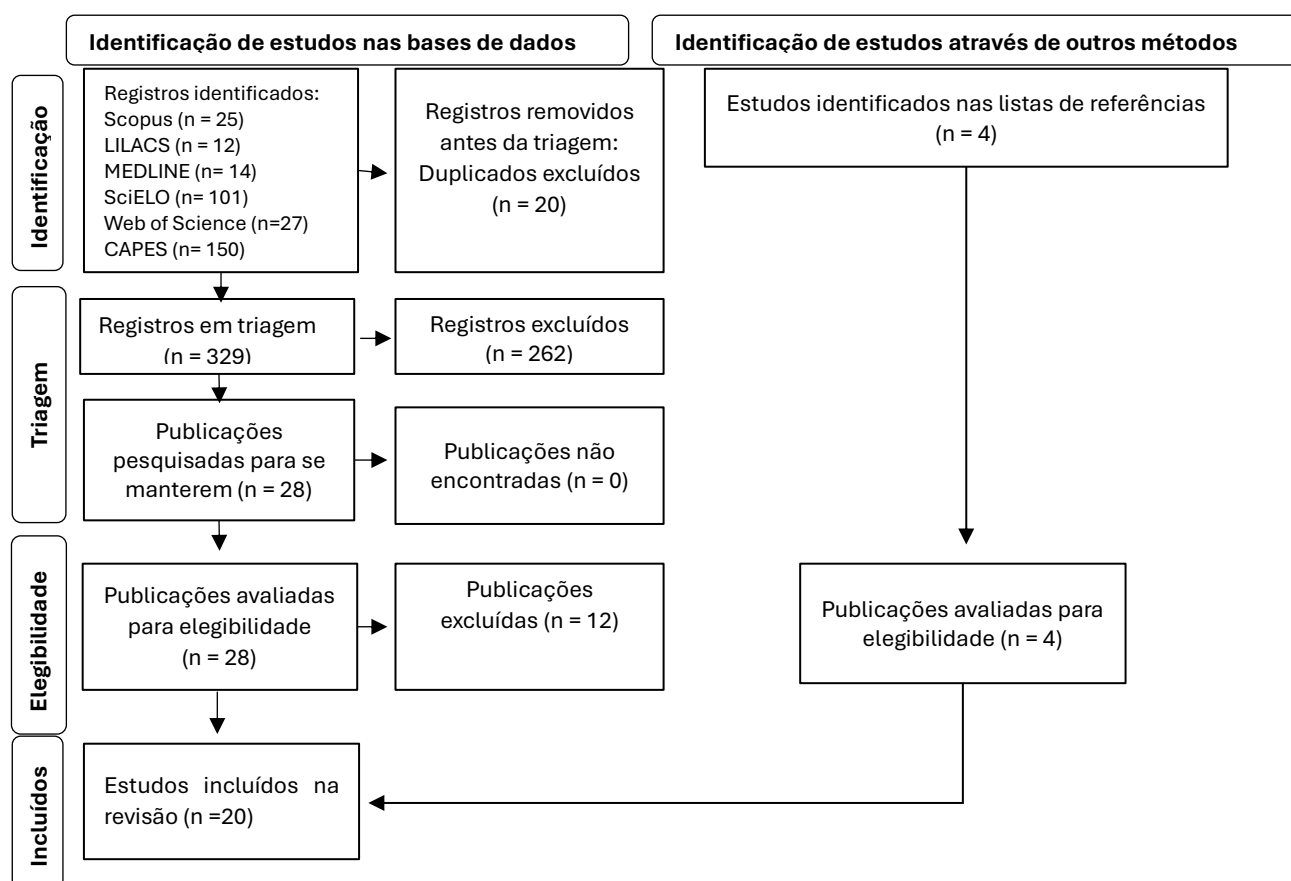
Os estudos recuperados das bases de dados foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Dois revisores independentes realizaram a primeira fase de triagem,

após exclusão de duplicatas, com base na leitura de títulos e resumos utilizando o gerenciador bibliográfico *Rayyan QRI*. Após o julgamento, os revisores solucionaram os conflitos para seguir para a próxima etapa de leitura na íntegra. Dentre os artigos incluídos, as listas de referências foram submetidas a exame para inclusão de estudos não detectados nas bases de dados.

2.1.3 Resultados

Foram recuperados das bases de dados 329 registros, dos quais 309 foram triados por títulos e resumos após a exclusão das duplicatas. Desses, 262 não corresponderam aos critérios de inclusão e 28 artigos foram lidos na íntegra por dois revisores, dentre eles 16 elegíveis. Após a análise da lista de referências, quatro registros foram recuperados e incluídos. Dessa forma, 20 artigos compõem esta revisão de escopo. Todos os artigos são estudos primários, pois nenhuma revisão de literatura atendeu aos critérios de inclusão deste estudo.

Figura 1: Fluxograma PRISMA



Na Figura 1 apresenta-se o processo de seleção e inclusão dos estudos utilizando o fluxograma adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA).

Na figura 2 estão sistematizadas as informações dos estudos elegidos. No que se refere ao delineamento, cinco estudos são qualitativos, nove são quantitativos e seis são estudos mistos. Quanto aos estados que correspondem ao território da Amazônia Brasileira, dez estudos foram realizados no Amazonas, cinco no Pará, três no Amapá e dois no Mato Grosso. Quanto às áreas de conhecimentos, estão identificadas seis em Saúde Coletiva, cinco em Etnobotânica, dois em Etnobiologia, um em Antropologia e dois em Etnofarmacologia.

Figura 2: Quadro das características gerais dos estudos

Autores	Delineamento	População do estudo	Estado
(Pagani et al., 2017)	Qualitativo	Especialistas tradicionais	Amazonas
(Reis et al., 2024)	Qualitativo	Agentes comunitários de Saúde e Usuários do SUS	Amazonas
(Santos et al., 2023)	Qualitativo	Especialistas tradicionais	Pará
(Silva et al., 2023a)	Quantitativo	Agentes Comunitários de Saúde	Amazonas
(Souza et al., 2023)	Misto	População geral	Pará
(Ribeiro & Galvão, 2022)	Quantitativo	População geral	Pará
(Maciel Salazar et al., 2021)	Misto	Crianças, adolescentes e adultos	Amazonas
(Santos et al., 2020)	Misto	Especialistas tradicionais e profissionais da saúde	Pará
(Cabral et al., 2020)	Quantitativo	Mulheres	Amazonas
(Oliveira et al., 2020)	Quantitativo	Pescadores de arraias	Amazonas
(Moraes et al., 2019)	Quantitativo	População geral	Amapá
(Souza et al., 2019)	Misto	População geral	Amapá
(Gama et al., 2018)	Quantitativo	População geral	Amazonas
(Rodrigues et al., 2018)	Misto	Especialistas tradicionais e amostras dos ninhos de vespas	Amazonas
(Lima et al., 2017)	Qualitativo	Mães ribeirinhas	Amazonas
(Ribeiro et al., 2017)	Quantitativo	População geral	Mato Grosso
(Moura et al., 2016)	Quantitativo	População geral	Pará

(Nardi et al., 2016)	Misto	População geral	Amapá
(Screnci-Ribeiro & Neto, 2016)	Quantitativo	População geral	Mato Grosso
(Veiga & Scudeller, 2015)	Qualitativo	População geral	Amazonas

Na figura 3 estão sistematizadas as características das práticas populares em saúde. Destes, 18 estudos envolveram o uso de plantas medicinais diversas, 5 estudos descrevem o fazer de parteiras tradicionais, 4 estudos citam benzimentos, 5 estudos abordam crenças socioculturais de saúde e doença, 1 estudo trata sobre o uso de ninho de vespas, 1 estudo sobre picadas de cobras e 1 sobre lesões por arraias de água doce. No que tange ao primeiro recurso buscado diante de doença ou outro tipo de tratamento, 4 pesquisas indicam a preferência pelos remédios alopáticos, 2 para uso combinado, 4 para tratamentos tradicionais e 8 não informam.

Figura 3: Quadro apresentando os tipos de saberes tradicionais e suas características

Autores	Tipos de práticas populares	Motivo
(Gama et al., 2018; Moraes et al., 2019; Moura et al., 2016; Ribeiro & Galvão, 2022; Ribeiro et al., 2017; Silva et al., 2023a; Souza et al., 2023; Souza et al., 2019; Veiga & Scudeller, 2015)	Plantas medicinais	Diversos (ex: síndromes gripais, dores diversas, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do sistema digestivo (inclui gastrite e diarreia), desajustes emocionais, hepatite, doenças renais).
(Santos et al., 2023)	Plantas medicinais e benzimentos; especialistas tradicionais	Anemia, azia, cólica, calmante, disenteria, fazer a criança andar, entre outros.
(Oliveira et al., 2020)	Diversos (ex: ovo de galinha cozido; gasolina, pilha, lama, fezes de minhoca)	Lesões causadas por arraias.
(Cabral et al., 2020)	Chás e ervas nativas; parteiras tradicionais	Contraceptivo, parto domiciliar.

(Santos et al., 2020)	Plantas medicinais e benzimentos; especialistas tradicionais	Garganta inflamada, problemas no fígado, sarampo, dores diversas, quebranto, mãe do corpo, entre outros.
(Maciel Salazar et al., 2021)	Diversos ("Específico pessoa"; folhas ou raízes; "chá do segundo passo").	Lesões e intoxicação por picadas de cobra.
(Santos et al., 2023)	Plantas medicinais; partes de animais; banhos; fumigações; especialistas tradicionais.	"Quebranto".
(Pagani et al., 2017)	Plantas medicinais; partes de animais; banhos; fumigações; especialistas tradicionais.	"Mau olhado"; "quebrante"; espante"; "doença do ar"; "vento caído"; "derrame"; "mãe do corpo"; "panema"; picadas de cobra.
(Reis et al., 2024)	Parteira tradicional	Partos domiciliar.
(Nardi et al., 2016)	Óleo de Caranguejo	Massagem e alívio de dores musculares.
(Screnci-Ribeiro & Neto, 2016)	98 plantas medicinais e 9 para fins religiosos	Dores; "espantar mau olhado"; "quebrante", "olho gordo"
(Rodrigues et al., 2018)	Ninhos de vespa	Caxumba e dores no ouvido.

2.1.4 Discussão

A discussão está organizada em dois eixos principais, visando estruturar os achados de forma a facilitar a compreensão das diferentes dimensões das práticas tradicionais de saúde entre as populações ribeirinhas. O primeiro eixo aborda predominantemente o uso de plantas medicinais e as crenças relacionadas aos cuidados com a saúde, destacando os fatores socioculturais e contextuais que influenciam essas práticas. O segundo eixo explora o papel das parteiras, benzedores e outros agentes de cura, analisando sua importância na comunidade e a forma como seu conhecimento é aplicado. Optou-se por essa organização para diferenciar as abordagens centradas nos recursos materiais, como as plantas medicinais, das práticas ligadas ao saber e à atuação de especialistas tradicionais, permitindo uma visão mais detalhada das diversas camadas que envolvem as práticas populares de saúde.

2.1.5 Perspectivas tradicionais de tratamento e fatores implicados

Os saberes e práticas tradicionais descritos nos estudos selecionados versam principalmente sobre conhecimentos, formas de preparo e análises etnobotânicas de plantas medicinais, além de apontarem os motivos para a utilização. Estes demonstram que as plantas medicinais são protagonistas como recurso terapêutico para a cura de doenças e prevenção de agravos nas comunidades ribeirinhas.

Diante dos problemas de saúde identificados pela população ribeirinha em seu cotidiano, a tendência é utilizar a alternativa mais acessível como as plantas medicinais disponíveis nos quintais e florestas próximas (Moraes et al., 2019; Moura et al., 2016; Screnci-Ribeiro & Neto, 2016; Souza et al., 2023). Os estudos assinalam que a população considera que as plantas não causam reações indesejáveis, confiam em sua eficácia e que os efeitos são melhores que as medicações industrializadas.

Apenas um estudo evidenciou que o uso de medicamentos alopáticos supera a utilização de plantas medicinais, mesmo diante de barreiras de acesso à saúde (Gama et al., 2018). No entanto, este estudo não objetivou detalhar esse fenômeno, dessa forma, esse aspecto requer estudos futuros para serem esclarecidos. Nos casos de malária (Veiga & Scudeller, 2015), por exemplo, os participantes referem uso de plantas medicinais apenas para amenizar efeitos colaterais da doença, pois primeiro utilizam as medicações oferecidas pelo serviço de saúde.

No cuidado materno infantil, 37 plantas medicinais são utilizadas para 17 problemas que acometem as crianças. Estes conhecimentos ultrapassam a noção de cura de doença por administração de substâncias medicinais e compõem fator identitário no papel de ser mãe (Lima et al., 2017). Especialistas locais relataram conhecimento de 309 espécies de plantas para tratamento de 281 doenças, entre elas doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório (Ribeiro et al., 2017). As mulheres referiram mais espécies que os homens pois, além das espécies serem cultivadas no ambiente doméstico, as mulheres são as responsáveis pela recuperação da saúde de seus familiares.

Três especialistas tradicionais da Ilha do Mutum no Pará relataram 45 espécies de vegetais em suas práticas de cura, no entanto, diferente dos outros estudos, apenas uma delas possuía plantas em seu quintal, enquanto as outras costumam comprar em feiras. Esse fator de não proximidade com as plantas representa maior risco em relação ao tratamento, visto

que o tempo para aquisição, preparo e administração do remédio será maior, comprometendo assim a recuperação da doença (Santos et al., 2020).

A respeito do comportamento reprodutivo de mulheres ribeirinhas do Amazonas, dados evidenciaram que 28,6% das participantes utilizaram métodos convencionais de contracepção. Ervas nativas como saracura-mirá, carapanaúba (*mpelozizyphus amazonica*) e boldo utilizadas pelas mulheres possuem moléculas com ação contraceptiva (Cabral et al., 2020). Estes dados demonstram a necessidade de promover mais estudos que investiguem a utilização dessas e outras ervas para esse objetivo específico.

Nas comunidades ribeirinhas, os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são executados predominantemente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), comumente moradores das áreas cobertas, considerando-se a ponte entre a população e as equipes. Em Coari (Amazonas), 117 Agentes Comunitários de Saúde indicaram 45 tipos de plantas medicinais e os autores apontaram que o uso está associado às barreiras de acesso à saúde e à escolaridade (Silva et al., 2023a). Um estudo semelhante realizado em Pernambuco com ACS rurais sinalizou que 70% dos participantes também indicam plantas medicinais para moradores de sua microárea (Nascimento-Junior et al., 2021). Em diferentes realidades os fitoterápicos estão presentes, o que reforça a necessidade de capacitar os ACS por meio da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) para alinhar os cuidados tradicionais ao SUS.

Três artigos destacam-se por investigarem etnobotânica e medicina popular em situações específicas como as Síndromes Ligadas à Cultura (*Culture-Bound Syndromes*) (Pagani et al., 2017), lesões em pescadores de arraias (Oliveira et al., 2020), picadas de cobras (Maciel Salazar et al., 2021) e a utilização de plantas medicinais para fins religiosos e promoção da saúde (Santos et al., 2020). Houve apenas um artigo (Rodrigues et al., 2018) que relatou diretamente a utilização de ninhos de vespas como remédios caseiros.

O emprego das plantas medicinais deve ser analisado pelas diferentes concepções de doenças, especialmente de interpretação cultural. Nesse sentido, Pagani et al. (2017) exploram as Síndromes Ligadas à Cultura e analisam o potencial terapêutico das plantas medicinais em sintomas convencionais da biomedicina. Estes referem-se ao “mau olhar”, “quebranto”, entre outros, que são atribuídos pelos ribeirinhos às questões espirituais que afetam a integridade física. Os tratamentos incluem 25 tipos de plantas, além de orações, banhos e garrafadas (combinações de plantas medicinais com álcool). As plantas medicinais utilizadas para fins religiosos também promovem a saúde da população. Essa combinação

segue um modelo de medicina holística em que os diferentes sistemas corporais, mente e espiritualidade estão interligados. Enquanto a biomedicina padroniza e universaliza os cuidados, as práticas tradicionais são adaptativas para as experiências subjetivas do adoecer (Santos et al., 2023; Santos et al., 2020).

Em lesões por arraias de água doce, por exemplo, os pescadores aplicam gasolina, ovo de galinha cozido e fezes de minhoca (Oliveira et al., 2020). Esses componentes buscam reduzir a dor da lesão, no entanto, estas medidas podem causar infecções e agravar o quadro. Embora os pesquisadores citem que os pescadores utilizam dipirona e anestésicos, não há aprofundamento se este uso é prescrito, automedicado e/ou combinado com as práticas tradicionais.

Quanto aos acidentes ofídicos ocorridos em comunidades ribeirinhas às margens dos rios Solimões, Juruá e Purus no Amazonas, um total de 73 procedimentos diferentes foram relatados pelos participantes (Maciel Salazar et al., 2021). Dentre os procedimentos destacam-se tinturas botânicas extraídas de raízes e folhas, “chá do segundo passo” (raspas do segundo degrau de uma escada de madeira), folhas e raízes de açaizeiro, infusões com plantas medicinais e outras preparações com órgãos de animais. Os fatores descritos para a utilização dessas práticas são decorrentes das barreiras de acesso a centros hospitalares, à crença na eficácia das práticas populares de saúde e a não crença na gravidade da situação. Resultados semelhantes podem ser vistos em outros estudos com populações ribeirinhas e indígenas (Barbosa et al., 2024; Farias et al., 2023).

Os acidentes ofídicos que ocorrem no Brasil são um problema de saúde pública. Considerando as particularidades das regiões ribeirinhas que enfrentam as barreiras de acesso à saúde, a não disponibilidade de tratamento ou acessibilidade aos meios de transporte, estes fatores potencializam os riscos à morte. As picadas de cobra também recebem interpretações culturais e, somados às informações incipientes sobre os riscos, tornam-se a única alternativa disponível aos ribeirinhos.

Oito estudos (Lima et al., 2017; Moraes et al., 2019; Nardi et al., 2016; Pagani et al., 2017; Ribeiro et al., 2017; Santos et al., 2020; Silva et al., 2023a; Souza et al., 2019) mencionam a transmissão do conhecimento como importante fator na utilização de plantas medicinais. Especialmente o estudo de Nardi et al. (2016) reforça a participação familiar na extração do óleo de caranguejo (*carapa guianensis aublet*) no Amapá. Esse fenômeno confere que os cuidados nas comunidades ribeirinhas, para além da cura de doenças, também possui importância afetiva e cultural.

Os saberes e práticas tradicionais relacionados às plantas medicinais e partes de animais estão profundamente enraizados no cotidiano das famílias e das comunidades ribeirinhas, sendo transmitidos de geração em geração por meio da convivência e da prática diária. As famílias recorrem a esse conhecimento popular tanto para tratar enfermidades simples quanto para prevenir doenças, integrando essas práticas aos seus modos de vida. No entanto, quando as condições exigem uma sabedoria mais aprofundada, entram em cena os especialistas tradicionais, como benzedores e parteiras, que atuam como guardiões desses saberes e têm o papel crucial de orientar a comunidade e aplicar tratamentos mais complexos, fortalecendo ainda mais o vínculo entre a tradição e a saúde comunitária.

2.1.6 Especialistas tradicionais e a integralidade do cuidado

Os especialistas tradicionais como as parteiras, benzedores, curandeiros, puxadores e raizeiros desempenham um relevante papel nas comunidades ribeirinhas onde utilizam práticas baseadas na sabedoria popular para recuperação da saúde.

No médio Solimões, o parto de 61% (n=17) das participantes contou com auxílio de parteiras da comunidade. As gestantes com risco e indicação para parto cesáreo são encaminhadas para os hospitais dos centros urbanos (Cabral et al., 2020). Em outro estudo, nos serviços de saúde, a gestante é encaminhada para a cidade mais próxima para parir, porém, por razões logísticas e econômicas, as gestantes não podem ou não desejam ir para a cidade. Ao optarem pelo parto domiciliar, exige-se a assinatura de termo de responsabilidade para assegurar que a parturiente será bem tratada (Reis et al., 2024).

Outras barreiras relacionadas ao parto são identificadas, como o acompanhamento da gestante por uma parteira nos serviços hospitalares e o impedimento da mesma (Reis et al., 2024). Essa exclusão configura-se como um descumprimento da Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023 que garante acompanhante à gestante por livre escolha. Além disso, a presença dessas profissionais confere a confiança e a solidariedade necessárias no momento de vulnerabilidade que se encontram as gestantes no trabalho de parto (Oliveira et al., 2019).

Em uma região rural não ribeirinha do Amazonas, as parteiras já conquistaram importantes espaços na Unidade Básica de Saúde (UBS), porém sua atuação ainda é limitada pela equipe (Silva et al., 2020). Dessa forma, promover o diálogo intercultural entre as práticas, reduziria esses conflitos e aumentaria a confiança nas equipes de saúde, visto que

as parteiras ocupam importantes espaços nas comunidades ribeirinhas e outras regiões rurais da Amazônia (Oliveira et al., 2019).

Quanto à atuação dos benzedores e benzedeiras, dois estudos discorrem que a atuação desses especialistas envolve a prática da reza, além do vasto conhecimento de plantas medicinais por meio de chás, garrafadas e emplastos (Pagani et al., 2017; Santos et al., 2023). A principal característica do benzedor é sua habilidade ou “dons” de expulsar e lidar com males como “mau olhar” e “quebranto”, utilizando benzimentos por meio de rezas combinados com plantas medicinais. Estas práticas só podem ser compreendidas a partir do entendimento de que a saúde e a doença são fenômenos complexos que envolvem fatores culturais, econômicos e ambientais, além dos biológicos.

Santos e colaboradores (Santos et al., 2023) traçaram a biografia de três especialistas tradicionais da ilha de Mutum no Pará, as quais intitulam-se rezadeira, benzedeira, remedieira, curandeira, parteira e puxadeira. Uma das especialistas aponta que as pessoas têm optado pela medicina científica como primeiro recurso e só a procuram quando o remédio se mostra ineficaz. Já em comunidades quilombolas (Mendes & Cavas, 2018), a preferência se dá inicialmente aos benzedores, pois conferem mais confiança, embora os benzedores também encaminhem para os médicos. Os autores indicam que há uma interação não direta entre esses sistemas em que os benzedores referem para médicos, mas médicos não referem para benzedores.

Esse conflito também é evidenciado entre religiões neopentecostais (Santos et al., 2023). Uma especialista relata que há conflitos com membros de religiões neopentecostais, os quais recomendam o abandono dessas práticas e alguns utilizam o termo “macumbeira” com intenção de ofendê-la (Santos et al., 2023). A presença de religiões evangélicas representa a reinterpretação de práticas culturais. Em Alagoas, a conversão para religiões evangélicas resultou na mudança da procura (Lima & Neto, 2020). Estudos futuros podem investigar mais profundamente a dinâmica entre as práticas culturais tradicionais, a modernização religiosa e a preservação cultural.

Os especialistas tradicionais indicam quais práticas farmacológicas são utilizadas na remissão de sintomas em Síndromes Ligadas à Cultura descritas no DSM-IV (Pagani et al., 2017). Este termo refere-se ao conjunto de sintomas psiquiátricos cuja interpretação se dá dentro de crenças locais e culturais em que tratamentos incluem cerimônias, orações, simpatias e benzimentos. Na busca por compreender sob a ótica biomédica e traçar a relação com termos da medicina, os autores investigam as etiologias empregadas pelos especialistas.

Dentre os tipos de Síndromes ligadas à cultura destacam-se o “mau olhar” e o “quebranto” caracterizados por sonolência, fadiga e distúrbios gastrointestinais. Os autores apontam que o “mau olhar” afeta os adultos e o “quebranto” as crianças. Ambos são causados por olhares mal-intencionados de terceiros e para a biomedicina recebem o nome de gastroenterite causada por bactérias, protozoário e vírus. Outro estudo realizado em Recife (Almeida & Caminha, 2009) com uma investigação de diferentes modos de tratamento para “mau olhar”, ressalta a necessidade da integração entre os diferentes sistemas de cuidado para compreender as etiologias e oferecer perspectivas mais abrangentes do processo de adoecimento.

2.1.7 Conclusão

Os dados analisados revelam que as práticas populares de saúde, como a utilização de plantas medicinais e a procura por especialistas tradicionais, desempenham um papel central na promoção da saúde e no enfrentamento das barreiras de acesso aos serviços de saúde formal entre as populações ribeirinhas da Amazônia. Essas práticas estão profundamente enraizadas em saberes culturais e são integradas a rituais e crenças religiosas, oferecendo uma abordagem holística ao cuidado, que contempla aspectos físicos, emocionais e espirituais.

A análise dos estudos incluídos demonstra que, além de servirem como recurso terapêutico, as plantas medicinais e os saberes populares fortalecem a identidade cultural e a autonomia das comunidades, atuando como importantes estratégias de resiliência frente às desigualdades e limitações impostas pelas barreiras geográficas. Contudo, foram encontrados dados incipientes entre a articulação das práticas tradicionais e os serviços formais de saúde, sugerindo a necessidade de estudos que contemplem a integração dos saberes culturais nos programas de saúde pública.

É fundamental reconhecer e apoiar as práticas populares de saúde, promovendo o diálogo intercultural e a consolidação das políticas públicas que incorporem as especificidades das populações ribeirinhas. Isso contribuirá para uma abordagem de saúde mais equitativa, sustentável e alinhada com as realidades e necessidades das comunidades ribeirinhas da Amazônia.

2.2 A população ribeirinha no contexto histórico e nas políticas públicas brasileiras

A Amazônia é a maior floresta equatorial do mundo. Localizada na América Latina, possui 5 milhões de km² e está presente nos seguintes países: Brasil, Bolívia, Colômbia, Equador, Guiana, Guiana Francesa, Peru, Suriname e Venezuela. No Brasil, sua extensão territorial é de 4 milhões de km², o que corresponde a 60% do território com sua riqueza representada em diversidade de rios, florestas e cultura. De acordo com Darcy Ribeiro (1995), a Amazônia tem sua história ancorada no processo colonizador português, cujas raízes culturais são indígenas, europeias e posteriormente nordestinas que atraiu milhares de pessoas para exploração dos seringais na metade do século XIX e início do século XX.

Os ribeirinhos da Amazônia são resultado de processos históricos que nascem na colonização portuguesa do século XVI e vão até o período da borracha no século XX. Vaz (1996) apresentou 3 fases para essa formação: 1) expedição pela escravização de indígenas; 2) catecismo e conversão de indígenas ao catolicismo influenciados pelos jesuítas; 3) apagamento cultural pelo Diretório. Após a última fase o autor enfatiza que os ameríndios pré-contato eram incipientes, pois seu modo de vida foi alterado pelo domínio português de fora para dentro e de dentro para fora, ou seja, uma colonização da linguagem, costumes e ideais. A partir disso, surge uma nova “classe” de indígenas, os “caboclos”, que eram pessoas com hábitos de ancestrais indígenas, mas com organização social europeia. Mesmo após esse processo de colonização, a população não abandonou os antigos sistemas culturais dos ameríndios.

O Ciclo da Borracha datado entre 1880 e 1912 foi um processo fundamental na formação da população ribeirinha. O período da República Velha impulsionou a economia brasileira e motivou a migração de milhares de nordestinos para a região Norte, com o objetivo de suprir a demanda por mão de obra na extração do látex dos seringais e na construção da ferrovia Madeira-Mamoré, que ligava Porto Velho, em Rondônia, à fronteira com a Bolívia (Ribeiro, 1995). No entanto, o ciclo termina antes mesmo de usufruírem da ferrovia, pois, em 1876, segundo Muniz (2023), 70 mil sementes de *Hevea brasiliensis* (seringueira) foram comercializadas aos ingleses e transferidas para uma colônia britânica na Ásia. Por conta do valor mais barato, a exportação de borracha dos ingleses fez a brasileira declinar. Os seringalistas migrantes que já estavam endividados com os aviadores não possuíam condições financeiras para retornar a sua região de origem. Ribeiro (1995) descreve que os nordestinos abandonaram os seringais e concentram-se às margens dos rios,

regredindo à situação de extrema pobreza, semelhante à que enfrentavam nos sertões durante os períodos de seca. O autor destaca que sua situação era ainda mais difícil do que a dos indígenas, uma vez que suas necessidades eram mais "civilizadas", como a de vestir-se, e tratar doenças com remédios.

Vivendo em um contexto diferente aos de sua origem, os sertanejos adaptaram-se aos modos de sobrevivência da Amazônia. Ribeiro (1995) descreve da seguinte forma:

Economicamente marginalizados, esses sertanejos acabocladados se integram nas formas de regional, aprendendo a caçar com arco e flecha para economizar munição; a lavrar os campos com estacas de madeira, por não terem enxadas; a pescar com arpão e se alimentar com comidas da terra (...). Integram-se, igualmente, nas práticas da pajelança e nos temores aos fantasmas da mitologia indígena. (Ribeiro, 1995, p. 328).

Portanto, esses fatos históricos evidenciam que a formação da população ribeirinha decorre da miscigenação de vários povos durante a colonização e a exploração de recursos da Amazônia. Esta miscigenação está refletida nos modos de sobrevivência já praticados pelos nativos indígenas que habitavam essas terras e as demais práticas religiosas e alimentares.

A população ribeirinha é nomeada com o termo “ribeirinho” devido ao seu modo de vida estar relacionado com os rios, lagos e igarapés da Amazônia. Rente Neto & Furtado (2016), complementam que essa população articula processos de sociabilidade aos culturais e são vistos nos comportamentos, na religiosidade, alimentação e crenças. Ao percorrer de barco as estradas de águas é possível visualizar no cenário amazônico as casas feitas de madeira, palha de palmeiras e alvenaria, canoas encostadas à margem, pequenas criações e plantações; ora casas isoladas, ora em vilas e comunidades organizadas.

Wagles (1957), em seus estudos sobre comunidades tradicionais da Amazônia, caracteriza essas comunidades como baseadas nas relações humanas entre indivíduos que vivem sob a égide de princípios culturais. Para o autor, é na comunidade que a vida acontece: educação dos filhos, religiosidade, vida familiar e organização de associações, sendo esse fluxo norteador por valores culturais próprios. Diegues (2008) estudou comunidades tradicionais e aponta aspectos que as caracterizam: relação com a natureza, modo de vida

dependente da natureza e seus ciclos; moradia, ocupação do território por gerações; noção de território; não-acúmulo de capital; simbologias e mitos presentes nas atividades de pesca, caça e extrativismo vegetal.

Esses fatores são evidenciados nas tradições culturais ribeirinhas que consistem nas manifestações religiosas de santos católicos e celebram o padroeiro que comumente é o mesmo nome da comunidade. Há os torneios de futebol que, além da recreação, geralmente objetivam levantar recursos financeiros para custear tratamentos de saúde de algum membro comunitário que precisou deslocar-se para as capitais. Na produção agrícola também ocorrem festividades temáticas de acordo com a principal produção da região, a exemplo o açaí, farinha, cupuaçu, cacau, entre outros. Pessoas de outras regiões ou da cidade, deslocam-se para participar da festa, o que gera incentivos econômicos para a comunidade e fortalecimento da produção agrícola.

O ciclo das águas, comumente conhecido como os períodos de cheia e seca, determina modos de vida e organização do trabalho, pois modificam as formas de transporte, a alimentação e as atividades agrícolas (Alencar & Costa, 2021). Embora o fenômeno seja o mesmo, em diferentes disposições geográficas as áreas chamadas “várzeas” são invadidas pelas águas e seus moradores precisam modificar as casas, transportar para a “terra firme” as criações de animais e sobreviver predominantemente da pesca. Durante a seca dos rios e igarapés, as comunidades mais distantes ficam isoladas, dificultando o acesso a bens e serviços de saúde e escolar. Dessa forma, o modo de vida ribeirinho é regido pelas modificações no seu ambiente e oferecem desafios em suas vivências, como acesso à saúde e educação.

As políticas voltadas para a população ribeirinha no Brasil focam na promoção da sustentabilidade e melhoria das condições de vida dessas comunidades. Estas ações incluem programas de acesso à educação e saúde, apoio à pesca artesanal, e iniciativas de regularização fundiária para garantir a posse legal das terras. Além disso, há esforços para preservar o meio ambiente através de práticas de manejo sustentável e conservação da biodiversidade. Projetos de infraestrutura visam melhorar o acesso a serviços básicos e a integração dessas comunidades com o restante do país.

Por meio do Decreto nº 4.873, de 11 de novembro de 2003, que institui o Programa Luz para Todos (Brasil, 2003) a energia elétrica chega em áreas remotas, incluindo comunidades ribeirinhas, melhorando a qualidade de vida e possibilitando o desenvolvimento econômico. A eletrificação possibilita o acesso a serviços básicos como

iluminação, saúde, educação e comunicação. Em termos de saúde, permite a conservação adequada de medicamentos e vacinas, além de possibilitar o uso de equipamentos médicos essenciais.

Para a redução de desigualdades no acesso aos serviços de saúde é instituído o programa Mais Médicos que leva profissionais de saúde para áreas remotas e de difícil acesso para aumentar a cobertura de atendimento médico. Outros serviços também passam a ser ofertados pelas Equipes de Saúde Ribeirinha a partir da portaria nº 837, de 9 de maio de 2014 (Brasil, 2014).

A política de Educação no Campo através do decreto de nº 7.352, de 4 de novembro de 2010 busca adaptar a educação às necessidades específicas das comunidades ribeirinhas, incluindo a construção de escolas e fornecimento de transporte escolar (Brasil, 2010). O Bolsa Verde, instituído no decreto nº 7.572, de 28 de setembro de 2011 (Brasil, 2011) incentiva a conservação ambiental pagando um valor financeiro para famílias que adotam práticas de manejo sustentável e preservação da biodiversidade em áreas de floresta.

Essas políticas visam viabilizar o acesso a direitos essenciais para a população ribeirinha, fundamentais para a preservação cultural e ambiental das regiões rurais da Amazônia. As práticas tradicionais dessas comunidades, além de contribuírem para a biodiversidade local, representam uma parte importante do patrimônio cultural e refletem saberes ancestrais. Portanto, políticas públicas eficazes são necessárias para assegurar os direitos dessa população e promover a sustentabilidade dessas comunidades, protegendo tanto os ecossistemas quanto o conhecimento tradicional.

Contudo, embora existam políticas de saúde voltadas para atender às especificidades culturais das populações ribeirinhas, essas comunidades ainda vivem em condições de significativa vulnerabilidade socioeconômica, o que muitas vezes limita o acesso aos serviços de saúde e pode reduzir a efetividade dessas políticas. Essa vulnerabilidade influencia o itinerário terapêutico adotado por essas populações, que frequentemente combinam práticas de saúde locais e tradicionais com o atendimento formal, buscando alternativas que estejam de acordo com suas necessidades culturais e práticas de cuidado. Assim, o itinerário terapêutico reflete tanto a riqueza dos saberes tradicionais quanto os desafios socioeconômicos e culturais enfrentados por essas populações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar como as práticas populares em saúde estão presentes no itinerário terapêutico da população ribeirinha do distrito do Capanãzinho

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os significados atribuídos pelos ribeirinhos sobre o processo saúde-doença;
- Citar quais práticas populares em saúde são empregadas no cotidiano de cura;
- Descrever os caminhos percorridos pelos ribeirinhos no processo saúde-doença.

4 MÉTODO

A pesquisa adota a abordagem metodológica qualitativa que compreende os significados e lógicas subjacentes manifestados nas ações e pensamentos dos sujeitos (Minayo & Guerriero, 2014). É do tipo descritiva, por estar pautada na observação e estudo de campo, cujo objetivo é detalhar as particularidades de uma população ou fenômeno específico. E investiga as conexões entre diferentes variáveis que possam estar relacionadas aos fenômenos particulares.

Ao adotar uma abordagem qualitativa, o estudo pretende contextualizar e interpretar os dados de maneira holística, proporcionando uma compreensão aprofundada e abrangente dos temas em análise. O caráter de pesquisa de campo, marcado pela interação com os grupos e sociedades estudados e pela convivência direta com a realidade, afetando e sendo afetado, é o que permite à psicologia social crítica dialogar com os estudos da psicologia em contextos rurais. Lima e Lara (2014, p. 8) reforçam que a psicologia social crítica se afasta da “neutralidade e do distanciamento do pesquisador em relação à realidade a ser pesquisada” e propõe um comprometimento ético e político com as pessoas. Esse compromisso ético reflete a compreensão de que diferentes contextos sociais exigem abordagens específicas, e a psicologia, em cada um desses contextos, deve buscar entender a realidade de acordo com suas particularidades.

Dessa forma, a Psicologia rural considera as particularidades do contexto e produz aplicações e estudos que abrangem o universo dos fenômenos psicossociais presentes nos diversos tipos de ambiente rural. Landini et al. (2015) destacam a importância da psicologia social latino-americana se debruçar nas questões relativas aos ambientes rurais, pois tem se sobressaído o uso de lentes urbanas para compreender os processos rurais. Para os autores, a Psicologia Rural é uma disciplina que necessita ser interdisciplinar em teoria e prática para que seja possível compreender a complexidade de questões que permeiam os ambientes rurais. Esta pluralidade refere-se a questões relativas à terra, modos de vida no trabalho e saúde, cultura e organização social.

Ressalta-se que as populações tradicionais que vivem e se apropriam dos contextos rurais possuem modos de vida e visões de mundo que se diferem do modelo hegemônico urbanizado. Dessa forma, Fernandes et al. (2022) discutem que a psicologia não deve marginalizar e invisibilizar essas cosmovisões, mas sim apreendê-las em conjunto com suas práticas. Afinal, um dos objetivos da psicologia em contexto rural e em diálogo com populações tradicionais é a não colonização das subjetividades humanas e a revisitação de uma psicologia contextualizada na realidade brasileira.

Dantas et al. (2018, p. 2) pontuam que a psicologia pode contribuir em temas como “ruralidade, modos de vida, subjetivação, processos psicossociais e identitários da população do campo”. Dessa forma, a psicologia social crítica e a psicologia rural compartilham o interesse comum em entender as complexidades das interações humanas em contextos específicos, e sua interseção pode levar a uma compreensão mais holística e inclusiva das experiências e necessidades das comunidades rurais.

4.1 Local da pesquisa

O distrito do Capanãzinho está localizado a 43 km em linha reta do município de Manicoré. Banhado pelo Rio Madeira, o município está a uma distância aproximada de 333 km da capital Manaus, no estado do Amazonas. O distrito é composto por sete comunidades: Nazaré, São Tomé, Terra Preta, Santa Ana, Barreira do Santo Antônio, Jacaretinga e São Francisco. Juntas somam cerca de 1.381 pessoas. Para chegar ao município de Manicoré, o ponto de partida é a capital Manaus seguindo por via fluvial (três dias de viagem com barco e 15 horas de viagem com lancha) ou por via aérea em aviões comerciais de pequeno porte (1 hora).

A comunidade Nazaré, sede do Distrito, é o ponto onde se concentra as principais atividades comunitárias como as festividades agrícolas, religiosas e reuniões políticas. Nela localiza-se um Centro Comunitário, uma escola de educação infantil “Crispim Cardoso da Paixão”, uma igreja católica “Nossa Senhora de Nazaré”, uma Unidade Básica de Saúde da Família “Vaz Vieira” (UBS) e a sede da Associação Agroextrativista dos Castanheiros Capanaenses (AANAC).

Figura 4: Mapa de localização do distrito de Capanãzinho em relação a Manicoré, município sede.

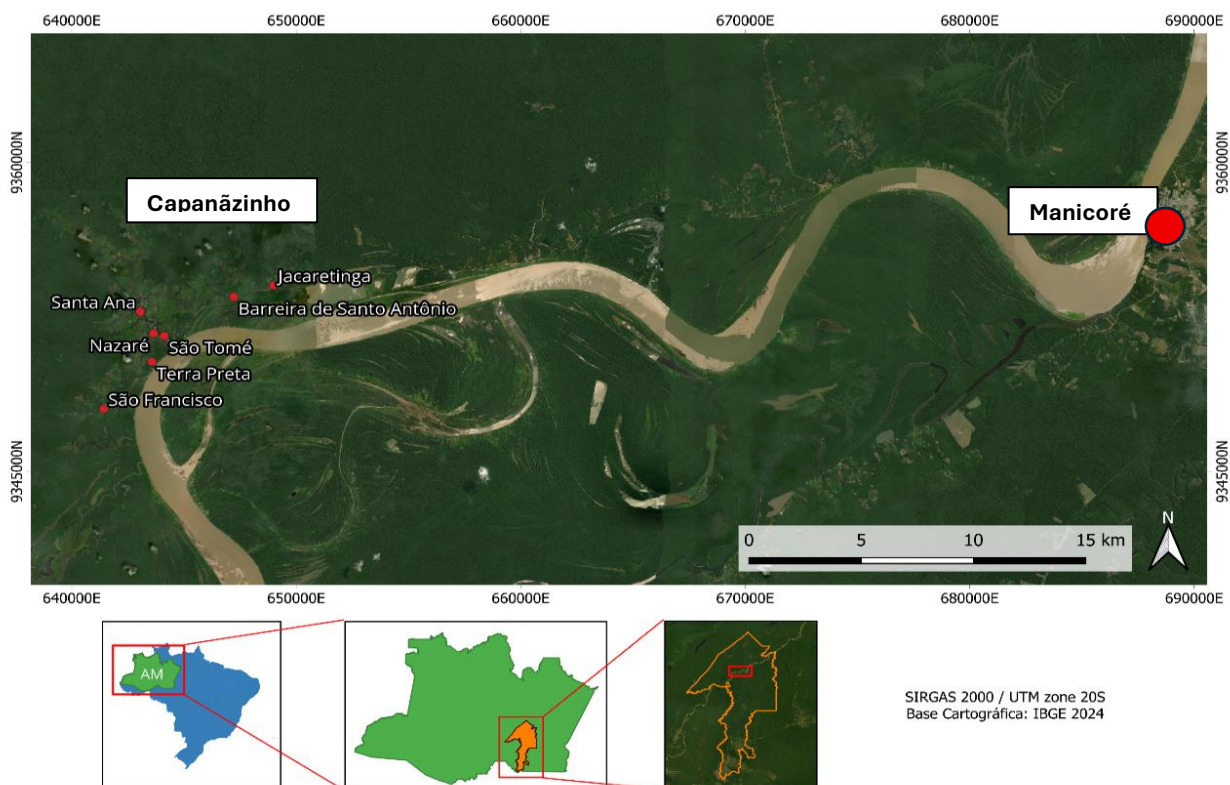
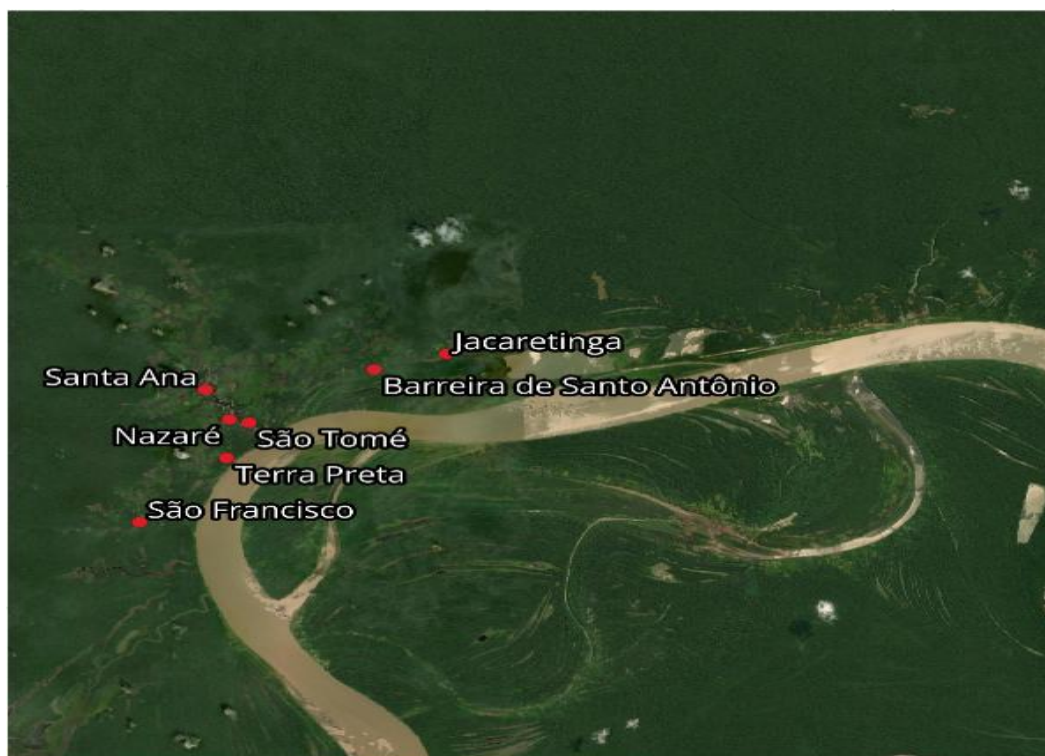


Figura 5: Disposição geográfica das sete comunidades do distrito de Capanãzinho



Nota. Terra Preta é acessada diretamente pelo Rio Madeira e São Francisco é acessada por outra afluente de Igarapé. As demais são acessadas pela Boca do Capanãzinho.

A extensa área territorial do distrito é predominantemente coberta por castanheiras (*Bertholletia excelsa*), árvores de grande porte cujos moradores realizam a extração sustentável das castanhas para comercialização. Por esse motivo, a AANAC posteriormente chamada de Sociedade dos Castanheiros Capanaenses nasceu para organizar a distribuição das terras e consequentemente a extração das castanhas de forma igualitária entre os moradores da região.

O sistema de posse e usufruto das terras da região se dão através da propriedade comunitária com gestão associativa, bastante comum em algumas comunidades tradicionais e rurais. Ou seja, a AANAC é responsável pela gestão territorial e política e seus moradores possuem direito à moradia e plantação mediante o pagamento de taxa anual. Além disso, projetos e benefícios advindos através da AANAC contemplam todos os moradores associados.

Uma vez ao ano, em meados de maio, o distrito conta com a festividade chamada Festa da Farinha organizada por comunitários e lideranças em parceria com a prefeitura

municipal de Manicoré. Na ocasião, é exaltado o elemento produzido a partir da mandioca, alimento utilizado para consumo próprio e comercialização. Dessa forma, ocorrem desfiles, danças e músicas em torno da temática. Há também ao longo do ano as festividades dos santos padroeiros da igreja católica, os quais expressam por meio da fé e espiritualidade o senso de coletividade das comunidades.

No que se refere ao trabalho, a comunidade apresenta uma diversidade de ocupações, sendo a atividade agrícola, especialmente o cultivo de roça e a produção de farinha, a mais predominante. A pesca, por sua vez, ocorre majoritariamente para subsistência. Também se destacam ocupações como professores e técnicos de enfermagem, funções geralmente exercidas pelos próprios moradores da região, sobretudo mulheres. Já os homens, em especial adolescentes e jovens, atuam como mão de obra na extração de ouro em balsas de garimpo no Rio Madeira.

Todos esses elementos configuram o cotidiano do distrito de Capanãzinho, que possui características próprias, mas comuns às comunidades tradicionais ribeirinhas da Amazônia. A comunidade de Nazaré apresenta uma boa infraestrutura em comparação com outras localidades ribeirinhas. Possui poço artesiano, acesso à energia elétrica, e algumas residências contam com placas solares. A maioria dos domicílios dispõe de eletrodomésticos como geladeiras e freezers, além de roteadores de internet. Entretanto, comumente (e durante a realização da pesquisa) a região enfrenta restrições no fornecimento de energia elétrica em decorrência da estiagem e de chuvas intensas que comprometem parte da rede de distribuição. Diante dessa situação, a comunidade conta com o uso de um motor de luz movido a diesel, garantindo energia elétrica apenas no período de 18 às 22 horas.

A escolha do Capanãzinho como campo de pesquisa se justifica por essa intensa dinâmica socioeconômica e cultural, permitindo um estudo dos Itinerários Terapêuticos em um contexto onde o serviço biomédico (a UBS) e os saberes populares (presentes nas crenças e na espiritualidade) se articulam de forma indissociável no cotidiano ribeirinho. Além disso, o contato anterior como psicóloga proporcionou abertura favorável ao campo de pesquisa uma vez que na convivência com os comunitários e lideranças uma aliança de amizade se fortaleceu. Não se configura apenas um campo de pesquisa, mas um espaço de afeto, conexão humana e com a natureza.

4.2 Participantes

Os participantes totalizaram 12 pessoas, divididas em dois tipos de coleta de dados. O primeiro grupo foi composto por duas mulheres moradoras da comunidade Santa Ana, reconhecidas como detentoras de conhecimentos tradicionais de saúde e cuidado, funções que exercem há décadas, uma parteira de 67 anos e uma curandeira de 62 anos.

O segundo grupo foi constituído por 10 comunitários, sendo seis moradores da comunidade Nazaré, três de São Tomé e um da comunidade Terra Preta, com idades entre 24 e 70 anos. Todos são casados, nascidos e/ou residentes no distrito há mais de 20 anos. As ocupações incluem agentes comunitários de saúde, agricultores, aposentados e lideranças locais.

4.3 Instrumentos

Os instrumentos de coletas de dados utilizados durante a pesquisa de campo consistiram em entrevistas semiestruturadas, grupos de discussão, diário de campo, observação participante e fotografias registradas pelos participantes. Os dados do diário de campo e observação participantes foram cruzados com o objetivo de apreender os fenômenos que não se manifestam exclusivamente nas palavras, mas nas manifestações e rotinas da comunidade. As fotografias solicitadas aos participantes tiveram como objetivo trazer de forma palpável o universo vivido representado pelas imagens e que foram analisadas a luz da interpretação feita pelos próprios donos das fotografias. Na seção seguinte, serão detalhadas como os instrumentos foram essenciais para a composição desta pesquisa.

4.4 Pelos caminhos das águas: vivências e procedimentos de coleta de dados na Amazônia

Realizar pesquisa na Amazônia não é tarefa fácil, o que exige do pesquisador cuidados e preparos específicos para empreender o estudo com sucesso. Dessa forma, é necessário planejamento cuidadoso considerando que a realidade de executar pesquisa em contexto rural é diferente a depender da região, da estrutura das comunidades, do orçamento e da proximidade prévia com esse campo (Calegare et al., 2013). Além disso, é importante considerar que a pesquisadora enquanto Agente Externo (AE) está dotada de valores e

crenças próprias e relação desta com os Agentes Internos (AI) são cruciais para o êxito ou fracasso da pesquisa (Calegare, 2021).

O processo de coleta de dados deste estudo envolveu três momentos: 1) aproximação com o campo; 2) submissão ao comitê de ética; e 3) coleta de dados e 4) conclusão da pesquisa.

A primeira etapa ocorreu em abril de 2024 e consistiu na realização de contatos telefônicos com lideranças comunitárias de Capanãzinho. Durante as chamadas, foram explicados os objetivos da pesquisa e solicitada autorização prévia para a ida ao campo, a qual foi concedida por ambas as lideranças. Uma semana depois, iniciou-se o deslocamento para Manicoré e, em seguida, para Capanãzinho.

A jornada teve início às 3 horas da manhã com embarque em lancha cuja viagem dura cerca de 15 horas até Manicoré, o meio de transporte mais rápido pelas águas. A escolha do meio de transporte é influenciada por fatores econômicos, tempo e sazonalidade dos rios; neste caso, optou-se pela lancha devido à urgência da chegada, apesar do custo elevado.

Às 19 horas, avistam-se as luzes da cidade, acompanhadas do questionamento sobre a recepção no local. Embora sem parentes na cidade, havia amigos que se disponibilizaram para hospedagem. O desembarque da lancha implica enfrentar dificuldades logísticas, como aguardar bagagens em meio a grande movimentação no pequeno porto, onde embarcações precisam atracar próximas umas das outras. Logo, a ajuda dos amigos facilita o transporte da bagagem por morro e deslocamento de moto até a residência.

O acesso às comunidades ribeirinhas do interior está condicionado à disponibilidade de embarcações, uma vez que barcos e lanchas realizam viagens em horários variáveis. Inicialmente, havia a previsão de embarque em lancha às 13 horas; contudo, diante da ausência de viagem nesse dia e do fato de o barco já ter partido, foi necessário aguardar a saída do próximo, programado para as 18 horas. No período de abril, o nível do rio encontra-se em condição intermediária em fase de cheia, período que os rios e igarapés sobem de nível. Para o acesso final à comunidade, torna-se imprescindível o contato prévio com o presidente local, responsável por organizar o deslocamento a partir da Boca do Capanãzinho até o interior do igarapé, área onde embarcações de maior porte não conseguem aportar diretamente devido ao nível da água.

Às 18 horas, o barco parte sob um pôr do sol e céu carregado, prenunciando chuva. Às 21 horas, a chuva intensa inicia, trazendo preocupação com os equipamentos eletrônicos

e a recepção na comunidade. Contato telefônico via tripulante com acesso à internet confirma que a família do presidente aguardaria a chegada, mesmo sob chuva.

Por volta das 22 horas, a viagem prossegue em uma embarcação menor, a voadeira (motor de maior potência acoplado em um bote de alumínio), que se desprende do barco no meio do Rio Madeira. Durante o trajeto, avistam-se pequenas luzes de lanternas, indicando a presença de moradores em voadeiras e canoas. A esposa e o filho do presidente realizam o transporte até a comunidade Nazaré, localizada dentro do igarapé.

A visita ao campo teve duração de 10 dias, com o objetivo principal de obter as assinaturas dos termos de anuência do presidente da Associação Agroextrativista Nova Aliança dos Castanheiros Capanaenses (AANAC) – entidade responsável pela organização social do distrito – e do presidente da comunidade Nazaré, sede do distrito onde seria realizado o encontro com o grupo de comunitários. Durante a elaboração dos termos, realizou-se o primeiro mapeamento de possíveis participantes.

Todas as etapas contaram com a participação direta dos Agentes Internos. Inicialmente, buscou-se identificar os especialistas tradicionais residentes em Nazaré e comunidades próximas, com o auxílio de uma informante local (“semente”), essencial para o deslocamento até as residências em canoa com motor de popa rabeta. Acompanhado pela informante, a pesquisadora foi apresentada a pessoas que ainda não conheciam; apenas uma já havia tido contato prévio. Todas as especialistas apresentavam algum grau de parentesco com a informante, o que facilitou a comunicação.

Foram convidados três especialistas populares para participarem da pesquisa após aprovação ética. As visitas revelaram que as especialistas possuem limitações físicas, indicando que as entrevistas individuais deveriam ocorrer em seus domicílios, inviabilizando a participação no grupo. Posteriormente, foram realizadas visitas aos moradores da região, apresentando a pesquisa e recolhendo relatos de episódios de dor e uso de remédios caseiros. Não foram realizadas gravações antes do cumprimento das etapas éticas.

Após as primeiras observações e obtenção dos termos de anuência dos presidentes comunitários e da Secretária Municipal de Saúde de Manicoré, e avaliação da viabilidade, a segunda etapa consistiu no ajuste do projeto e submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, que concedeu parecer favorável em junho de 2024 (CAAE: 81867224.7.0000.5020).

A terceira etapa ocorreu entre 1º e 14 de dezembro de 2024. Inicialmente, a viagem de ida seria feita por barco, com duração aproximada de três dias. Avaliações sobre o tempo para realização da pesquisa e orçamento financeiro disponível influenciaram as decisões de

transporte, optando-se pelo meio mais adequado. Esta fase da coleta de dados foi custeada com recursos próprios, baseando-se em planejamento para economia. O barco é indicado para quem não possui urgência, oferecendo redes para descanso e fornecendo refeições e internet, no entanto a época era de constantes chuvas e o rio ainda estava enchendo com frequentes episódios de barcos encalhando em bancos de areia. Com a proximidade da data, a pesquisadora recebeu oferta de custeio para passagem em lancha, considerada mais segura devido ao aumento do nível do rio e riscos de tempestades e bancos de areia.

De Manicoré, o deslocamento para Capanãzinho ocorreu em lancha às 13 horas, chegando às 16 horas, com desembarque direto na comunidade, facilitado pelo nível das águas. A bagagem foi transportada por moto triciclo recentemente disponibilizado para auxiliar os moradores. A hospedagem ocorreu na residência do presidente da comunidade, onde fui recebida por sua esposa.

A casa do presidente é confortável, construída em alvenaria, com dois quartos, sala e cozinha. No quarto, há uma cama de solteiro e uma de casal, esta compartilhada com uma técnica de enfermagem e uma médica da Unidade Básica de Saúde (UBS). As refeições são fornecidas pelos moradores sem aceitar qualquer gratificação.

As visitas foram organizadas em conjunto com uma técnica em enfermagem local chamada Laiana, a “semente” da primeira etapa, que auxiliou no transporte em canoa de madeira com motor rabeta, fornecendo gasolina e compartilhando impressões que enriqueciam as conversas com os participantes.

A curandeira e a parteira foram visitadas no mesmo dia para receberem novamente o convite. A curandeira relatou estar com dor e informou que avisaria quando pudesse conceder a entrevista. Já a parteira, foi possível ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido o qual ela assinou por meio da digital, manifestando sua concordância em participar da pesquisa.

Diante da resposta inicial da curandeira, emergiu a preocupação de que ela não desejasse participar, sobretudo por ser a única benzedeira disponível na comunidade. Esse sentimento foi posteriormente discutido com a anfitriã da casa onde eu estava hospedada, que explicou a importância de deixar claro às especialistas que a pesquisa não tinha fins lucrativos. Após isso, Laiana responsável por acompanhar as visitas realizou contato telefônico com a benzedeira, que então concordou em agendar a entrevista para uma data posterior.

A terceira participante que é benzedeira mapeada na etapa inicial encontrava-se impossibilitada. No dia agendado, as entrevistas semiestruturadas foram conduzidas: parteira pela manhã e curandeira à tarde. Laiana e Andreziana atuaram como assistentes de pesquisa, e as entrevistas foram gravadas para análise posterior. Novas visitas foram realizadas durante a semana para reforçar o convite aos participantes do grupo.

O grupo de discussão reuniu-se em 8 de dezembro, por 2 horas e 40 minutos, em área coberta no anexo da igreja de Nazaré onde havia mesas e cadeiras. Laiana e a médica da UBS auxiliaram na organização e gravação do diálogo com o grupo. Todos os convidados compareceram, e o encontro ocorreu de maneira satisfatória, ainda que tenha sido necessário lidar com pequenos desafios relacionados às condições de tempo e à iluminação natural do local. A reunião foi dividida em três partes: inicialmente cada participante relatou algo de bom que aconteceu na semana e ouviram a leitura do TCLE, tiraram dúvidas e assinaram o documento juntamente com o termo de autorização de uso de imagem. Em seguida, a respeito do tema de saúde e doença foi pedido que cada participante dissesse uma palavra ou frase que lhe remetesse à “saúde” ou à “doença”. Após isso, os integrantes escolhiam a palavra ou frase do outro para discorrer mais e trazer experiências do cotidiano.

Na Parte 2, conversamos sobre as especialistas populares, quem são, o que representam e os motivos que levam as pessoas a procurá-las. Já a Parte 3 foi dedicada à construção da linha do Itinerário Terapêutico conforme exemplificado na figura 6. Para isso, usamos um cartaz e pincéis para desenhar, junto ao grupo, os caminhos percorridos diante de um problema de saúde. Durante a atividade, surgiram duas trajetórias principais: uma que começa no serviço formal, pela Unidade Básica de Saúde, e outra que tem início dentro da própria família. Após isso, as fotografias que os participantes haviam enviado ao longo da semana, retratando lugares que associam à saúde, já haviam sido impressas por Laiana e foram distribuídas aos seus donos para cada um relatar os motivos da escolha. Cada um contou o significado das imagens e as memórias que despertavam. Ao final do encontro, o grupo se reuniu em torno de um lanche, encerrando a atividade em um clima de troca e acolhimento.

Figura 6: Participante falando sobre sua fotografia



Figura 7: Elaboração dos itinerários terapêuticos com o grupo



A quarta e última etapa ocorreu em junho de 2025 com duração de sete dias e teve como objetivo o encerramento das atividades de campo. Nesse momento, o local para reunião foi decidido junto com os participantes e ocorreu na casa da ACS Ana Geralda. Foram apresentados ao grupo os resultados preliminares da pesquisa, possibilitando a validação das informações já coletadas. Durante esse encontro, os participantes foram convidados a relatar como avaliaram a experiência de participar da pesquisa e a oferecer sugestões para aprimoramento. Os relatos indicaram aspectos relacionados ao tempo e ao local escolhidos para a realização das atividades, mas destacaram de forma positiva a oportunidade de diálogo proporcionada. Os participantes referiram que a reunião possibilitou maior aproximação com amigos da própria comunidade, com os quais nem sempre têm oportunidade de conversar. Também relataram sentir-se honrados por terem sido selecionados para contribuir com o estudo e manifestaram que desejam que seus nomes verdadeiros sejam citados na pesquisa.

Ao final do encontro, Ana Geralda e Andréia entoaram uma música de despedida, gesto que expressou acolhimento e marcou simbolicamente o processo de desligamento, etapa prevista e necessária na interatuação com os AI conforme descrito por Calegare (2021). Trata-se, contudo, de um desligamento relativo apenas à pesquisa, permeado por incertezas quanto ao retorno, mas acompanhado da abertura para que futuras visitas possam ocorrer sempre que possível.

É importante ressaltar, conforme descreve Calegare (2021), que a etapa de *sintonização* com os AI é antecedida pela “angústia de ir sem saber exatamente o que fazer”. No caso desta pesquisa, essa angústia se manifestou na insegurança sobre se as próprias expectativas seriam alcançadas, especialmente diante da incerteza quanto à aceitação das especialistas e dos demais participantes mapeados. Também havia dúvidas sobre a viabilidade de reunir pessoas residentes em diferentes comunidades, o que acrescentava mais um elemento de apreensão ao início do trabalho de campo. Nesse sentido, a participação direta dos AI nas decisões dessa pesquisa implicaram no contato com as especialistas, na marcação do melhor dia para a reunião do grupo, nas fotografias tiradas por eles, na minha participação e observação em almoços, passeios na roça, na feitura de farinha e nos bingos da igreja. Tais observações permitiram compreender que pesquisa em comunidade ribeirinha exige, além do cuidado ambiental, vínculo, participação ativa e confiança na sintonização.

Figura 6: A saída de campo. Barco com rota para Manicoré.



Nota: Localização da embarcação: boca do Capanãzinho. As canoas que aguardam transportam passageiros e encomendas para a cidade.

4.5 Procedimentos de análise

O processo de análise de dados escolhido para compreender e viabilizar os resultados da pesquisa foi baseado na Análise Temática (AT), descrita em seis fases por Braun e Clarke (2006). De acordo com as autoras, a AT constitui um método de análise em pesquisa

qualitativa que apresenta fases semelhantes a outras estratégias metodológicas, mas o ponto central consiste na identificação e interpretação de temas (padrões) presentes nos dados. Um tema corresponde às significações atribuídas ao material empírico e serviu como referência para a construção das respostas à questão de pesquisa.

A análise não se iniciou apenas após a coleta de dados em campo e transcrições das entrevistas, uma vez que esse processo já podia emergir quando o pesquisador percebia padrões de significados durante as entrevistas individuais e em grupo (Braun & Clarke, 2006). O trabalho sistemático de organização e tratamento dos dados, contudo, ocorreu em seis fases: 1) **familiarização com os dados** – incluiu a transcrição e a leitura exaustiva do material, possibilitando uma imersão que favoreceu a emergência das primeiras ideias. Foram registrados padrões e significações preliminares que orientaram a etapa seguinte de codificação; 2) **geração de códigos iniciais** – os códigos latentes e semânticos, referentes às entrevistas, imagens e transcrições, foram tratados manualmente e organizados de modo a permitir a identificação inicial de padrões para composição dos temas; 3) **busca por temas** – os códigos foram agrupados em possíveis temas, por meio de análise e organização em quadros e esquemas visuais. Os temas foram refinados e sofreram ajustes conforme o avanço da análise; 4) **revisão dos temas** – consistiu na avaliação crítica dos agrupamentos, a fim de aprimorá-los ou descartar aqueles cujos códigos poderiam ser realocados em outros. Essa etapa envolveu dois níveis: a verificação da coerência interna dos padrões e a reavaliação da pertinência dos temas diante do referencial teórico-analítico; 5) **definição e nomeação dos temas** – nesta fase, cada tema foi analisado de forma a abranger diferentes dimensões expressas pelos códigos. Pequenas análises dialogaram com a literatura, assegurando que os temas respondessem às questões da pesquisa e aos objetivos propostos. Essa etapa definiu os temas finais que compuseram a análise; 6) **produção do relatório** – realizada após a consolidação dos temas, possibilitou a elaboração da análise final, estruturada em descrições e fundamentadas, de modo a conferir clareza e lógica à exposição.

4.6 Considerações sobre custo e financiamento

Empreender viagens e estadias em território ribeirinho distante da cidade de Manaus requer investimento e tempo. No quesito de financiamento, a primeira viagem desta pesquisa teve apoio financeiro da agência de fomento FAPEAM por meio do pagamento de diárias que auxiliaram no custo das passagens. As demais entradas foram utilizadas recursos

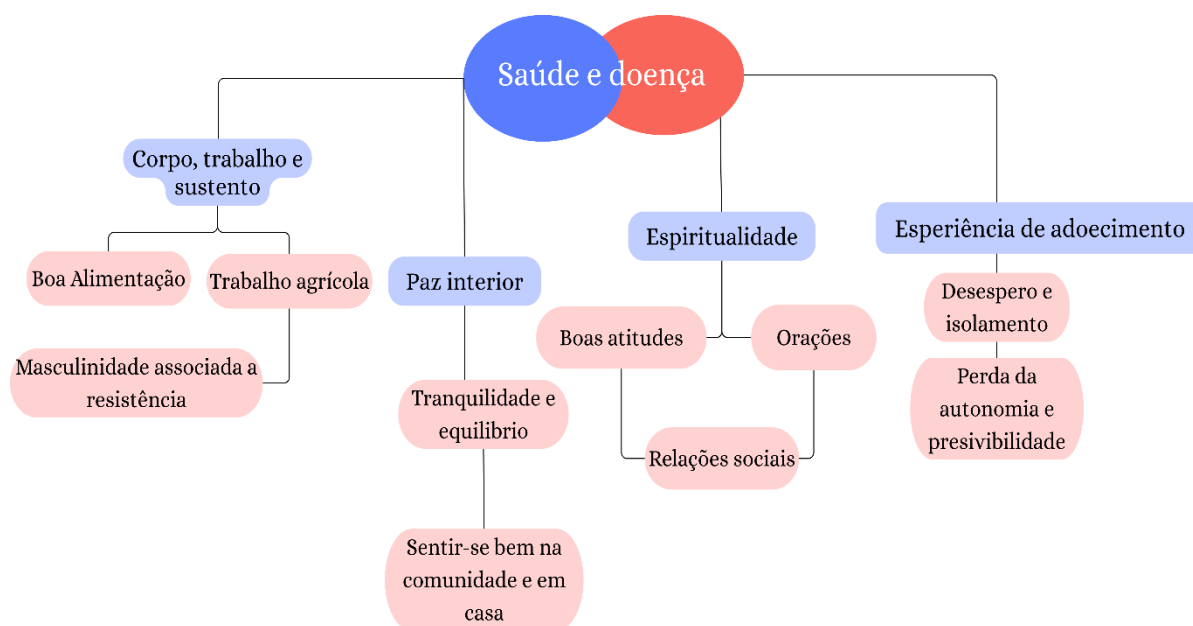
próprios da bolsa financiada pela CAPES e auxílio financeiro de familiares. A estadia e alimentação foram cedidas por amigos de Manicoré e no Capanãzinho que foram cruciais nesse processo. Dessa forma, o custo maior se refere às passagens de deslocamento, a saber: lancha para Manicoré 450,00, barco para o Capanãzinho 80,00, lancha do Capanãzinho 50,00, avião de Manicoré 600,00. Considerando que foram realizadas 3 entradas esses valores se multiplicam.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos a partir da análise das entrevistas realizadas com os participantes. Os achados foram organizados em três categorias temáticas: o processo saúde doença, as vivências das especialistas tradicionais e o itinerário terapêutico da população ribeirinha.

5.1 O processo saúde e doença para os ribeirinhos do Capanãzinho

Figura 7: Mapa temático 1 "saúde e doença".



Esta sessão temática aborda as perspectivas e vivências sobre saúde e doença para os dez moradores das comunidades ribeirinhas do distrito do Capanãzinho que compuseram o grupo de discussão e as duas especialistas tradicionais: uma parteira e uma curandeira entrevistadas individualmente. Após examinar os significados atribuídos à saúde e a doença, observou-se que os ribeirinhos percebem a saúde e o adoecimento nas múltiplas dimensões física, emocional, espiritual e social, revelando uma compreensão holística que ultrapassa os limites do modelo biomédico. Foram identificadas redes de sentidos que estruturam os modos de cuidar de si e dos outros no cotidiano. O olhar sensível e situado sobre saúde e doença entre os ribeirinhos do Capanãzinho revela a especificidade cultural desse grupo e a riqueza de seus modos de significar e enfrentar o sofrimento.

É importante destacar que compreender como as pessoas percebem a saúde permite que suas experiências e perspectivas sejam reconhecidas e valorizadas (Silva et al., 2019). Os conceitos de práticas de autoatenção, intermedicalidade, entre outros, são explorados por causa de sua contribuição na antropologia para as políticas públicas em saúde. Estes antropólogos vêm argumentando que as práticas de saúde precisam ser entendidas através das noções de autonomia, coletividade, agência e práxis, em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica (Langdon, 2014). Isso contribui para práticas mais sensíveis, inclusivas e culturalmente situadas. Esse aspecto é especialmente relevante em contextos como das populações ribeirinhas, onde os modos de cuidar estão profundamente enraizados na construção coletiva de ver o mundo.

De acordo com Spink (1992), na história da psicologia, inicialmente, a explicação do processo saúde-doença esteve centrada no indivíduo, focando em aspectos internos e subjetivos buscando compreender o surgimento da doença a partir de fatores intraindividuais. Dessa forma, a psicologia social tem buscado superar os modelos cartesianos de explicar comportamentos coletivos pela perspectiva unicamente individualizante. Para inserir a psicologia cada vez mais contextualizada com a realidade, é necessário compreender como diferentes grupos sociais, como os ribeirinhos, concebem suas experiências de adoecimento e seus modos de cuidar de si e dos outros.

As discussões que permeiam os conceitos de saúde doença variam entre diferentes polos, o positivo sendo atrelado à saúde e o negativo à doença. Embora, no primeiro momento, essas duas palavras representem oposição uma à outra, Canguilhem (2006, p. 26) descreve em *O Normal e Patológico* que: “é preciso não fazer da saúde e da doença

princípios distintos, entidades que disputam uma à outra o organismo vivo e que dele fazem o teatro de suas lutas”. Apesar dessa crítica, os participantes compartilharam pensamentos diversos acerca do assunto, ao mesmo tempo que há a polarização de saúde como completo bem-estar, há consciência de que a doença é multifacetada e ambos os estados convivem e coexistem.

Investigar o que é estar doente ou o que constitui a doença ultrapassa uma curiosidade conceitual e se inscreve como questão fundamental para as ciências humanas e da saúde. Adoecer não se resume a um evento fisiopatológico isolado, mas configura-se como experiência complexa, mediada por fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Os ribeirinhos, pessoas que vivem um contexto desafiador do ponto de vista urbano, compartilham suas visões a respeito da saúde e adoecimento e abordam como esses processos estão diretamente ligados ao seu modo de vida familiar e comunitário.

A compreensão das experiências de saúde e doença não podem ser dissociadas das condições sociais, econômicas e culturais que estruturam o seu cotidiano. De acordo com a noção de determinantes sociais da saúde, a saúde não é apenas resultado de fatores biológicos ou de escolhas individuais, mas é profundamente influenciada pelas condições de vida, trabalho, moradia, acesso a alimentos e serviços de saúde, relações sociais e suporte comunitário. Entretanto, as comunidades ribeirinhas possuem seu próprio modo de viver esses determinantes de saúde que podem ser desconsiderados. Dessa forma, os resultados revelam uma relação que foge aos modelos deterministas, cartesianos, coloniais de se conceber saúde.

Os determinantes sociais compreendem as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo os sistemas de saúde. No contexto amazônico, esses determinantes assumem formas particulares, marcadas pelo isolamento geográfico, pela economia de subsistência e pela forte presença de vínculos comunitários e espirituais.

5.1.1 Corpo e Sustento nas Margens do Rio: vivências ribeirinhas sobre alimentação, trabalho e saúde

A partir das observações realizadas em campo, o cotidiano dos ribeirinhos das comunidades do Capanãzinho envolve uma rotina de trabalho diretamente ligada à alimentação, e as atividades laborais constituem modos de existência. Dessa forma, o

primeiro indicativo de saúde apontado pelos participantes do grupo é a alimentação em conjunto com a boa convivência social. Para eles, *“uma boa alimentação, tá de bem com a vida, com a família e também com a vida espiritual, que isso aí ajuda muito”*. Outro participante complementa ao afirmar que *“é uma boa alimentação; eu sei que muitas vezes, se nós não se alimentar o correto, nós vamos perdendo a força, a coragem”*.

O alimento envolve dimensões físicas e subjetivas, sendo vista como fonte de energia vital e motivação para enfrentar as demandas do cotidiano. No contexto ribeirinho, onde o trabalho manual e a subsistência estão diretamente ligados ao corpo, alimentar-se bem é sinônimo de manter-se saudável e resiliente (Murrieta, 2001). Essa percepção reforça a ideia de que os determinantes sociais da saúde, como o acesso à alimentação de qualidade, têm impactos diretos não só na saúde física, mas também no estado emocional e no ânimo das pessoas.

No roçado, tem-se a plantação de mandioca para a produção da farinha, na beira dos rios e igarapés estão redes içadas para coletar o peixe; e ao redor das casas, plantações de frutíferas e pequenas criações como galinhas e patos. Há também a atividade de caça, realizada principalmente pelos homens com fins alimentares. Todas essas atividades envolvem participação da família, desde os mais velhos até as crianças. Ou seja, a relação entre alimentação e trabalho, por exemplo, envolve uma rede de afetos, ligação direta com o que se produz e o que se come. Esses elementos fortalecem o senso de pertencimento, os vínculos familiares e comunitários, o que está ligado à saúde mental e emocional, mencionado pelos participantes.

Para isso, o trabalho é ferramenta primordial na vida dos comunitários, sendo um elemento apontado como indicador de saúde. Na foto solicitada a cada participante que representasse um lugar de saúde, o interlocutor Laelson, agricultor, mostrou uma foto sua ao lado da casa de farinha.

Figura 8: Participante Laelson ao lado da sua casa de farinha



Nota. A foto é reprodução do participante, ano de 2024.

"[...] essa foto aqui eu tirei em frente a uma casa de forno porque representa na minha atividade do dia a dia, da semana. Aqui nessa casa de farinha me representa eu com minha saúde, porque [...] o momento que você está fazendo seu trabalho representa que você é uma pessoa saudável" – Laelson

Figura 9: Interior da casa de farinha do Laelson



Nota. Foto reproduzida por Laiana Paixão, filha de Laelson, 2024.

A casa de farinha é onde ocorre todo o processo de produção a partir da raiz da mandioca, o qual a farinha é utilizada tanto para a venda, consumo próprio e troca por outros bens de consumo. Neste local, estão dispostos os principais instrumentos de preparo da farinha: forno, triturador, tipiti (cilindro feito de palha trançada usado para extrair líquido da mandioca) e peneira. A farinha é um dos principais alimentos consumidos na Amazônia, geralmente é atrelado às regiões rurais, mas está presente também na zona urbana. Indispensável na mesa do ribeirinho, esse produto é relacionado à contribuição da força do corpo e funciona também como um aliado remédio por meio do chibé (mistura de farinha e água) (Murrieta, 2001).

No entanto, antecedente à produção da farinha, há o preparo do plantio no roçado, que se configura um trabalho braçal que exige muito esforço físico. Dessa forma, os participantes homens relataram que não buscam os serviços de saúde para não descobrirem patologias que comprometam seu desempenho laboral nos roçados.

Um dos participantes no momento da reunião do grupo estava com o dedo lesionado e enfatizou que mesmo estando com uma parte do corpo comprometida, não podia parar seu trabalho, pois tem que sustentar sua família. Essa fala revela uma visão de masculinidade relacionada principalmente à força e a responsabilidade familiar, o qual desde muito novos aprendem que a responsabilidade do prover e da força de trabalho é do homem. O estudo de Miranda et al. (2017) realizado com homens ribeirinhos da região do Pará, indica que a manutenção da produtividade é vista como um sinal concreto de estar saudável, sendo a figura masculina culturalmente ligada à força e ao vigor, sem espaço para a fragilidade.

As atividades laborais exigem constante esforço físico, atrelado à terra, as águas e às florestas. Alguns comunitários exercem profissões contratados pelas secretarias municipais de educação e saúde e possuem vínculo à Carteira Nacional de Trabalho, mas são poucos os que ocupam esses espaços. O trabalho autônomo e manual da maioria dos comunitários traz consigo a imprevisibilidade do futuro, diante da possibilidade de doenças paralisantes. Rapidamente, a primeira preocupação consiste em como irão ter autonomia para trabalhar e consequentemente como irão manter o sustento de seus familiares.

Logo, cuidar da saúde nem sempre é visto de forma positiva, pois, para os homens, isso pode significar a descoberta de algo incapacitante. Para compreender melhor esse comportamento, um participante explicou que o adiamento para a busca por atendimentos médicos pode agravar o estado físico e trazer limitações futuras, como exemplificado em seu relato:

“Porque muitas vezes, quando você tem uma família grande, você já fica com aquela preocupação: se eu sair de casa, quem é que vai cuidar do meu trabalho? Quem é que vai fazer? Então, eu tenho essa experiência porque olha como tá essa minha perna, tá desse jeito porque eu não procurei logo o tratamento mais cedo”. – Paulo Lopes

A fala revela que a percepção de saúde dos homens entrevistados não está focada na prevenção, mas sim na ausência de sintomas incapacitantes que prejudiquem o trabalho. Há um entendimento de que buscar cuidado só faz sentido quando o corpo já está em um estado crítico, o que reforça uma visão de saúde centrada na funcionalidade física imediata (estar apto ao trabalho), e não em um processo contínuo de bem-estar e prevenção. Também se percebe um medo do diagnóstico, como se descobrir uma doença fosse pior do que o próprio adoecimento silencioso. De acordo com Santana e Gondim (2016), o bem-estar é um conceito polissêmico que requer análise entre o bem-estar subjetivo e o bem-estar psicológico. Na dimensão subjetiva, o sujeito referirá seu nível de satisfação com a vida e na dimensão psicológica serão avaliadas as capacidades humanas para superar desafios e a busca por sentido e realização pessoal. Em ambos, há a busca pelos aspectos positivos e a evitação do sofrimento.

Alves (1993, p. 264) analisa que o “comportamento do enfermo” diz respeito à uma “realidade social” e esta pode ser assumida de diferentes formas por diferentes grupos sociais. De modo geral, o comportamento dos homens diante de uma enfermidade não assume um modelo em que ao pesar a preocupação biofísica, consequentemente ocorre a busca por um sistema de cuidado. Contrariamente, os homens decidem não ocupar esse lugar de enfermo, pois nesse lugar há uma série de outras questões que podem ser comprometidas caso ele assume que necessita de cuidados médicos.

A percepção das mulheres sobre o comportamento dos homens em relação à saúde também revela críticas à negligência com o próprio cuidado. Em algumas falas, aparece a preocupação com o excesso de valorização do trabalho e a negação da própria vulnerabilidade física. Como expressa Rosa Galdino: *“os homens dizem que não vão procurar saúde por causa de trabalho, mas eles não podem esquecer que eles são humanos, né?”*.

Embora a saúde física e a capacidade para o trabalho apareçam como elementos centrais nas falas, os participantes também ampliaram essa compreensão ao incluir aspectos

emocionais e subjetivos. Para além disso, observou-se que a principal queixa de idosos em idade avançada sob cuidado de familiares, é não poder trabalhar em seus roçados, revelando que as atividades laborais constituem os modos de existir e se sentir pertencente ao lugar. Como pontuou Dejours (2004, p. 27) “trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo e, no melhor dos casos, é uma ocasião oferecida à subjetividade para se testar, até mesmo para se realizar”. Essa ideia é ecoada pela pesquisa de Nina (2014), que destaca como o trabalho se reveste de um papel fundamental na construção psíquica do sujeito, sendo um determinante social da saúde e um meio de inserção e valorização coletiva.

Observa-se que o trabalho do roçado também é uma oportunidade para fortalecer vínculos comunitários e sociais. Frequentemente, os primeiros processos da produção de farinha exigem ajuda para retirar a mandioca da terra, descascar, colocar na água e dias depois dar início ao processo de moer a massa e transformá-la em farinha, tucupi e tapioca. Essa tarefa, não é simples de ser executada devido ao grande volume de produtos e a necessidade de rapidez. Por isso, os comunitários organizam o *puxirum* também conhecido como mutirão para colaborar nesse processo sem esperar necessariamente um pagamento formal por aquilo, mas para que aquela ajuda ocorra novamente. Na ocasião, os familiares e amigos brincam, contam causos, conversam e compartilham conhecimentos juntos, contribuindo para a aprendizagem das crianças.

Esses são alguns dos fatores que permeiam a realidade ribeirinha no que diz respeito às visões de saúde e doença relacionadas ao trabalho e a alimentação. Os participantes também enfatizaram de forma mais subjetiva o que é a doença e como é estar doente, aspectos aprofundados no próximo tópico.

5.1.2 Experiência do adoecimento

No que se refere a experiência do adoecimento, os participantes trouxeram falas com profundos significados de sofrimento emocional e isolamento social. As expressões revelam o impacto subjetivo diante da incerteza e da ameaça representada pelo adoecimento, como por exemplo no contexto da pandemia de Covid-19. O adoecer é vivenciado de forma única por cada indivíduo, ainda que carregue traços compartilhados socialmente, costuma representar uma ruptura na ordem habitual, afetando simultaneamente o corpo, a dimensão subjetiva e o ambiente em que a pessoa vive (Alves, 1993; Mandú, 2004).

Destaca-se que os aspectos relativos à afetação do corpo ou doenças específicas não foram privilegiados nas falas, mas foi dada ênfase aos aspectos cognitivos e sociais do adoecer, sendo nomeado como “desespero”. A doença vai além dos sintomas físicos, afeta a vivência individual e familiar na qual se experimenta e se interpreta o adoecimento em múltiplas dimensões. Observa-se que os profissionais de saúde, nos encontros com os pacientes, frequentemente se limitam a avaliar as dimensões orgânicas da doença (Kleinman, 1978, 1988). No entanto, o adoecimento também envolve preocupações relacionadas à perda de emprego, ao estresse e ao isolamento social, fatores mencionados pelos participantes desta pesquisa. Além disso, emergem sentimentos associados à imagem pessoal, ao medo da morte ou da invalidez e, por vezes, à vergonha de perder um papel social que exercia. Nesse sentido, há dois aspectos centrais relacionados ao adoecimento: o conceito de *disease*, que corresponde à anormalidade biológica reconhecida pela biomedicina, e o conceito de *illness*, que diz respeito à experiência subjetiva da pessoa diante da doença, influenciada pelo contexto sociocultural em que está inserida (Langdon, 2014). Essa diferenciação é fundamental para compreender os sentidos atribuídos à doença pelos ribeirinhos, que extrapolam a dimensão biomédica.

Nesse sentido, o desespero mostra-se para os participantes como um sentimento fruto da experiência do adoecer que envolve visões sobre si, sobre a doença e sobre os outros.

"A doença é um desespero. Porque quando ouvimos falar na pandemia, né? A gente já tava vendo que era muito desespero das pessoas, é saber como tratar. Né? Pra mim assim, muitas vezes quando você vê falar de uma doença, você fica desesperado, né? Não tem é como resolver isso". – Laelson

"Eu pensava que eu não ia mais ficar boa, não ia mais ser curada porque o desespero veio na frente" – Rosa Galdino

Esses relatos evidenciam como a *illness*, a maneira como os sujeitos vivem, interpretam e dão sentido ao adoecer está atravessada por medos, incertezas e pela percepção da falta de recursos para enfrentar a enfermidade. O adoecimento, portanto, não é vivenciado apenas como uma disfunção orgânica, mas como um evento permeado por sentimentos de vulnerabilidade, especialmente em contextos marcados por dificuldades de acesso à informação e aos serviços de saúde. O desespero, nesse sentido, não é apenas uma reação

emocional pontual, mas uma expressão legítima do impacto subjetivo e existencial do adoecer. Estar doente pode significar perder a previsibilidade da vida, o controle sobre o próprio corpo e a segurança de uma rotina estável, fatores que contribuem para o surgimento de um estado de angústia e impotência.

Quando alguém diz que a doença é um desespero, está nomeando não apenas um estado de sofrimento, mas a quebra de expectativas, de autonomia e de sentido. Podemos então pensar que esse desespero pode moldar as decisões terapêuticas, os pedidos de ajuda e os caminhos percorridos em busca de cura. Dessa forma, a busca por quais recursos materiais, simbólicos ou espirituais são acionados para dar conta dessa experiência limite. O manejo mais comum nos serviços formais de saúde é focado apenas no organismo, desconsiderando que as pessoas são seres individuais e sociais e realizam um julgamento sobre sua condição. Como mencionado pelos participantes, um adoecimento afeta o trabalho, traz preocupações, desespero e desesperança.

Portanto, o fator psicológico torna-se potencializador de agravamento da enfermidade, como mencionado pelo participante:

“O mais grave da doença é o psicológico da gente, né? [...] é uma coisa que abala mais, a doença faz se agravar mais” – ACS Manuel

“Doença pra mim é você não dialogar, né? Você se fechar, não ter nenhum contato com nenhuma pessoa, fica ali isolado, né?” – Ana Geralda

As relações familiares e comunitárias funcionam como importantes redes de apoio, e a falta de interação social é citada como um sinal de adoecimento. Para além disso, a espiritualidade também é marcadora de saúde e influencia o transcorrer da vida nas comunidades ribeirinhas. Para compreender esse fenômeno com profundidade, optou-se por detalhá-lo no tópico a seguir.

5.1.3 “A gente viaja lá nas alturas”: a paz interior entre equilíbrio interno e os vínculos sociais

A busca por bem-estar não se limita apenas ao corpo em funcionamento, mas envolve também estados internos de equilíbrio, como a paz interior. Essa perspectiva surge como um

complemento importante à visão biologizante da saúde, evidenciando a complexidade e a integralidade com que os ribeirinhos percebem a saúde.

Enquanto as falas dos homens destacam a valorização da força física e a resistência ao adoecimento como sinal de saúde, outros participantes ampliaram essa concepção, trazendo dimensões mais subjetivas e emocionais para o entendimento do que é estar saudável. Nessas falas, a saúde passa a ser relacionada não apenas à ausência de doença ou à capacidade de trabalho, mas também a estados de equilíbrio emocional e bem-estar interior, como expressa um dos entrevistados ao mencionar a importância da paz interior.

Os participantes expressaram suas ideias sobre saúde por meio de conceitos diversos de bem-estar, que envolvem tanto a capacidade de realizar tarefas cotidianas quanto o equilíbrio mental e emocional como ilustram os relatos a seguir:

"Pra mim é tá em paz consigo mesmo. Paz... a gente viaja lá nas alturas. Quando a gente não tá com paz, a gente não dorme, não se alimenta, a gente fica com dificuldade em algumas coisas". – Manuel

"Saúde é paz interior. E pra isso, o físico tem que tá com saúde, o mental também é primordial. Então a saúde é primordial na vida de qualquer ser humano. Então, saúde é isso aí, não é só falta ou ausência de dor ou uma doença, é paz interior acima de tudo" – Ana Geralda

A relação entre psicologia e paz é pouco explorada, sendo que as menções sobre esse assunto possuem ligação direta com a não violência e a ausência de guerras. De acordo com Souza et al. (2006) o envolvimento da Psicologia com a temática da paz teve início no começo do século XX, quando autores como William James, Jean Piaget e Sigmund Freud passaram a discutir questões relacionadas à guerra e à promoção da paz. James abordou o tema em palestras, Piaget propôs a educação para a paz, fundamentada em sua teoria do desenvolvimento moral, e Freud trocou correspondências com Albert Einstein sobre o assunto. Naquele contexto histórico, marcado pelas duas grandes guerras mundiais, a paz era compreendida principalmente como a ausência de conflitos armados. Foi justamente após esses eventos que o campo científico passou a se dedicar mais profundamente à definição de conceitos como paz e violência.

Os participantes desta pesquisa não mencionaram diretamente o termo “violência” ao relacionar a paz interior com a saúde, no entanto, a ausência do equilíbrio interno, implica diretamente em processos de adoecimento na vida cotidiana (dificuldades para dormir e para se alimentar). Esses relatos evidenciam que, para os ribeirinhos, a paz interior pode ser entendida como um estado de equilíbrio emocional, serenidade e estabilidade psíquica. Podemos pensar a paz como um determinante de saúde e como um mecanismo de enfrentamento, capaz de fortalecer o indivíduo frente aos desafios da vida cotidiana. Ao afirmar que "saúde é paz interior", os participantes nomeiam a saúde como algo que transcende o funcionamento físico do corpo, abrangendo o bem-estar emocional, os pensamentos e a relação do indivíduo consigo mesmo e com o seu entorno, como destacado pelo participante:

“É estar em paz com o próximo, né? [...] Não importa se é meu parente, não importa se eu não conheço ele, né? Mas você chega num ambiente que você vai em paz com as pessoas e demonstra a sua alegria, sua gentileza... Isso aí eu acho que é um complemento muito importante na vida da gente. Você tá com a autoestima e transmite autoestima também para as pessoas. Tu chega no ambiente que fica no teu canto isolado, não fala com ninguém, não cumprimenta... Transmite até também uma parte negativa para as pessoas, né? E começa a dizer "chegou ali, chegou uma pessoa exibida, não falou com ninguém". [...] E tá em paz com o próximo só dessa forma: falar, se comunicar com as pessoas, ter um bom... como disse a Ana, ter uma boa amizade, um bom relacionamento, né? Com essas pessoas. Ajuda a disseminar a paz e a autoestima de saúde”. – Laelson

Essa fala traz uma compreensão de paz profundamente vinculada à qualidade das relações interpessoais e ao exercício da convivialidade. O participante destaca que estar em paz não se limita ao bem-estar individual, mas envolve também o modo como a pessoa se posiciona diante do outro, independentemente de laços de parentesco ou proximidade. Essa compreensão de paz como construção relacional, centrada no diálogo e na convivência, aproxima-se da perspectiva da Psicologia Comunitária como práxis de libertação, que valoriza o desenvolvimento comunitário e a constituição de sujeitos ativos nas suas relações sociais (Nepomuceno et al., 2009). Ou seja, a psicologia deve compreender os processos subjetivos no contexto coletivo, não apenas individual, mas nas trocas sociais, nos afetos,

nos símbolos compartilhados, na ajuda e vínculos mútuos que configuram ferramenta para o bem-estar comunitário.

A ênfase recai sobre atitudes como a gentileza, o acolhimento e a comunicação, entendidas como formas concretas de promover a paz no convívio social. Há uma relação direta entre autoestima e capacidade de construir vínculos: o bem-estar interior se manifesta nas interações e é igualmente nutrido por elas. O participante Laelson sugere que gestos simples como cumprimentar ou demonstrar alegria impactam tanto o próprio estado emocional quanto o ambiente coletivo. Sua fala também revela uma percepção crítica sobre os efeitos da indiferença e do isolamento. O silêncio e o distanciamento são interpretados como geradores de mal-estar social, reforçando a importância do cuidado mútuo na construção da paz cotidiana.

Esse depoimento reforça as noções da paz relacional e da saúde como fenômenos coletivos, direcionando para uma compreensão ampliada de saúde, que integra dimensões subjetivas e comunitárias. Além disso, o ambiente, especialmente a moradia também é citado como espaço que favorece essa vivência de paz, o que se expressa nas fotografias, entendidas como representações de lugares de saúde e pertencimento

Figura 10: Casa de Andréia e Rosivaldo



Nota. Reprodução dos participantes, 2024.

“[...] é um lugar que eu me sinto bem, né? Um lugar de paz, é que desde o começo da minha vida, não que eu não me sinta bem na comunidade, os locais da comunidade, eu me sinto, mas esse aqui é o meu lugar mesmo que eu me sinto em paz, né? Onde eu descanso, onde eu acolho as pessoas que vão na minha casa, né? Todos são bem recebido. E também que era um sonho que eu tinha, né? De morar assim [em uma parte sem os demais vizinhos da comunidade], nunca gostei assim, minha mãe me deu lugar pra morar perto do lado da casa dela, não quis, minha sogra também me proporcionou, não quis. Porque eu sempre pensei em morar, assim, criar meus filhos lá e colocar um lugarzinho da casa deles, tudo do meu lado lá [...]. Eu me sinto muito feliz”. – Andréia

Observa-se que nas comunidades ribeirinhas, as relações afetivas, de amizade e laços de parentesco, juntamente com o prazer de se comunicar com o outro traduzem o modo de vida ribeirinho e revelam que o constante contato com seus pares causa sensações de valorização pessoal, companhia e bem-estar psicológico. Dessa forma, diferente dos lares urbanos, os lares ribeirinhos não possuem muros ou cercas altas. Nas varandas, estão dispostas cadeiras ou banquinhos de madeira sempre à espera de um visitante. Como a casa de Rosa e Paulo, que levaram a foto de sua varanda para representar um local que faz bem para a saúde, o local que podem receber pessoas:

Figura 11: Rosa sentada em sua varanda



Nota. Foto fornecida pela moradora, 2024.

“É o lugar sempre onde a gente fica mais à vontade assim, né? Passar do meio-dia pra tarde já. [...]. Aparece muitas pessoas assim pra conversar, então é uma parte [...] onde a gente se sente bem. Que toda pessoa que passa fala com a gente, para um pouco pra conversar. As vez vem outras pessoas de outras comunidades, né, que ficam aí na UBS, né? Pede água. As vez vem de longe, a gente já vai, faz uma merenda pra dar pras pessoas. Então [...] a gente fica ali, né? Pra ajudar sempre alguma pessoa que precisa de alguma coisa [...] E eu acho que lá é o lugar, que é onde mais a gente fica mesmo assim, né? E de manhã nós sai cedo pra trabalhar. Já chega aí, quando é de tarde, já vai pra lá pra aquela parte lá da frente”. – Rosa Doce

Outra participante, a dona Rosa Galdino, também escolheu a fotografia de sua casa como um lugar de paz:

Figura 12: Casa de Rosa Galdino



Nota. Casa da participante feita de madeira localizada em frente ao igarapé.
Fonte: arquivo pessoal da entrevistada, 2024

“Pra mim representa uma coisa muito importante, porque eu tenho sossego nela. Eu tenho paz, graças a Deus que eu encontro na minha casa. Eu sou muito feliz na minha casa, graças a Deus”. – Rosa Galdino

A escolha dos participantes por representarem a paz e a saúde por meio da imagem de suas casas reforça a ideia de que o lugar de moradia não é apenas um espaço físico, mas carrega significados afetivos e simbólicos. Esse vínculo com o espaço vivido dialoga com o que Santos e Almeida (2018) descrevem ao analisar o modo como os ribeirinhos produzem o seu território e o seu lugar, atribuindo a eles valores de segurança, pertencimento e identidade.

Além do local de trabalho, a casa é onde a vida acontece, mais que um local de segurança é o local de acolhimento familiar e comunitário. Para os participantes, a casa aparece como um lugar de enraizamento, proteção e bem-estar. Albuquerque e Gunther (2019) enfatizam que a relação com a casa e o ato de habitar compõem a subjetividade humana e expressam os modos de viver a territorialidade, que inclui não apenas a moradia, mas também a vizinhança e a comunidade como um todo. As autoras apontam alguns fatores que potencializam a satisfação com o lugar onde se vive como a disponibilidade de serviços, o suporte social, as oportunidades de participação comunitária, o nível de privacidade, o conforto, a facilidade de deslocamento, a sensação de segurança e a qualidade estética do ambiente. Esses elementos corroboram às características casa de Andréia e Rosa Galdino pois ficam em locais “sem vizinhança” conferindo mais privacidade para suas famílias, mas ainda próximas às comunidades para não se perder o convívio com outros comunitários.

Além das fotografias de casas, Manuel o ACS e morador da comunidade Terra Preta apresentou uma fotografia da sua comunidade:

Figura 13: Comunidade Terra Preta



Nota. A reprodução fotográfica é de autoria desconhecida, fornecida pelo entrevistado morador de Terra Preta, foi tirada a partir da torre de internet e é usada em documentos da comunidade.

“[...] é o local que eu tenho assim grande consideração e agradeço a Deus eu ter nascido aqui, me criado e prestado o meu serviço a essa comunidade aqui. Aí eu me sinto bem, assim, trabalhar aqui. Eu acho que todo o conhecimento que eu que eu adquiri hoje junto com a saúde que eu pratico hoje, foi assim, exercendo funções pra me cuidar dela. Como vocês vejam lá que é comunidade bonita, conservada. Eu me preocupo muito com isso, entendeu? Ela faz parte do meu aconchego. Eu tive oportunidade pra mim sair daqui da comunidade com proposta de trabalho, mas eu escolhi esse lugar e eu me sinto muito bem a cuidar dela junto com a comunidade. Por isso que eu escolhi essa foto” – Manuel, ACS.

Nesse sentido, a saúde e a paz são percebidas de forma ampliada, não apenas como estados físicos ou emocionais, mas como experiências que se materializam nas relações com o espaço de moradia e as relações interpessoais. Dessa forma, as relações que se constroem nesses ambientes e os sentimentos atribuídos a eles potencializam a saúde e qualidade de vida das pessoas (Albuquerque & Gunther, 2019).

5.1.4 "Inspiração de Vida": espiritualidade como prática de cuidado, parte essencial para se ter saúde.

A espiritualidade se apresenta como um elemento central na forma como os ribeirinhos compreendem e experienciam o processo saúde-doença. Longe de se restringir às práticas religiosas formais, a espiritualidade é vivida como uma dimensão relacional, ética e vital do cotidiano. Para explorar as compreensões de espiritualidade para os participantes desta pesquisa, é necessário diferenciar as perspectivas que atravessam a espiritualidade: religião, religiosidade e fé.

Com o passar do tempo, as experiências de espiritualidade foram sofrendo atualizações e novos modos de influência sobre o comportamento individual e coletivo, não se relacionando exclusivamente a uma religião. De acordo com Catré et al. (2016, p. 33) “entre os séculos IX e XI que o termo *spiritualitas* se propaga, associado a uma vida segundo o Espírito de Deus, ou seja, tendo presente uma vida à luz da fé, dependente da graça divina”. A respeito da religião, Paiva (2022) discorre que isso é um fato eminentemente humano, nem Deus nem os animais possuem religião, o que evidencia o interesse das ciências humanas em compreendê-la. Assim, antropologia, sociologia, história, política e economia abordam a religião como fenômeno coletivo: um sistema de símbolos que molda compreensões sociais, uma instituição que estrutura vínculos, uma força que atravessa movimentos históricos e que influencia posições no governo e na organização da produção. Nessa perspectiva, a espiritualidade vivida pelos ribeirinhos articula elementos individuais e coletivos e embora todos possuam religiões institucionais, as falas carregam elementos mais subjetivos como experiências pessoais de fé e formas comunitárias de interpretar e enfrentar o adoecimento.

Durante as discussões em grupo, ao questionar o que é saúde, os participantes trouxeram elementos relacionados à espiritualidade e destacaram que não é possível ter saúde sem esse elemento, conforme o seguinte trecho:

“Na questão da espiritualidade, o espírito pra gente reconhece, sabe o que é vida no espírito. É vida. Ela tá dizendo espírito, inspiração de vida, uma inspiração de saúde, de tudo, [...] dá boa conduta, você vai ter essa espiritualidade. Do momento que você não tem essa espiritualidade, você não tem uma espiritualidade saudável. A sua espiritualidade é uma espiritualidade que é contaminada. Ela não vai te ajudar no teu dia a dia, pra tudo de

querer uma coisa boa assim, sim uma coisa ruim. Então, a espiritualidade é vida pra todos nós, né?” – Laelson

O participante entende que o espírito não é apenas algo religioso ou metafísico, mas aquilo que anima a vida, inspira saúde, bem-estar e motiva as ações. Esse relato evidencia a centralidade da espiritualidade no entendimento do processo saúde-doença entre os ribeirinhos. Ou seja, a espiritualidade, em um sentido amplo, refere-se ao modo como as pessoas atribuem sentidos à própria existência e a sua realidade (Lemos, 2019). Ao afirmar que “o espírito pra gente reconhece”, o participante revela uma concepção de saúde que integra o corpo às dimensões subjetiva e espiritual, o espírito, nesse contexto, é um agente sensível, capaz de perceber e discernir aquilo que é “vida”, ou seja, aquilo que promove a vitalidade. Essa perspectiva dialoga com Paiva (2022), para quem a espiritualidade contemporânea refere-se justamente à relação da pessoa com aquilo que confere significado à vida, independentemente de uma filiação religiosa. Em outras palavras, trata-se de uma força que articula intuição, afeto, confiança e busca de sentido, elementos que também aparecem na fala do participante ao relacionar espiritualidade, saúde e vitalidade. A expressão “inspiração de vida” remete a uma força vital que orienta e sustenta o viver, conectando saúde, espiritualidade e sentido de existência.

Essa percepção alinha-se à noção ampliada de saúde presente nas práticas populares, onde a cura e o cuidado envolvem não apenas medicamentos e técnicas, mas também fé, intuição e conexões com forças não visíveis, mas significativas. A relação entre espiritualidade e conduta moral também é enfatizada pelo participante como elemento fundamental no equilíbrio da saúde. Para ele, uma espiritualidade considerada “saudável” está diretamente ligada a atitudes éticas e comportamentos que promovem o bem viver. Quando essa conduta é desviada, a espiritualidade pode ser “contaminada”, comprometendo, assim, a harmonia entre corpo, mente e espírito.

Batistella (2007) e Catré et al. (2016) discorrem que esta dualidade bem e mal, espiritualidade boa e ruim, advém da influência judaico-cristã em que frequentemente associava-se a doença aos castigos divinos e más ações das pessoas. Reforçam que essa perspectiva pode produzir efeitos ambíguos: por um lado, oferece sentido ao sofrimento e incentiva práticas de cuidado espiritual como formas de reconciliação e cura; por outro lado a espiritualidade “contaminada” pode induzir a comportamentos prejudiciais. Para Roesse (2011, p. 337), “nem toda espiritualidade é saudável, nem sempre conduz ao bem próprio e

do próximo”. Este pensamento traduz a discussão trazida pelo participante ao afirmar que a espiritualidade contaminada não trará benefícios para o cotidiano. Nesse sentido, como ponto de apoio em meio às diversidades, existe a fé, elemento destacado pelos participantes:

“Eu entendo que a espiritualidade ela tem muito a ver com fé, né? A gente vê na bíblia que como se diz que o espírito tá pronto, mas a carne é fraca, né? E a carne seja o que? A doença” – Ana Geralda

“A fé pra mim, é no que eu creio, né? [...] Se eu tô com uma doença, eu vou ter fé em Deus que eu vou ficar curada. [...] É dois espírito, né? Então, espírito de Deus e espírito mau, o espírito mau traz a morte, né? E o espírito de Deus traz vida então se nós estiver com o espírito de Deus, nós vamos estar bem, né? E essa fé vai o que, nos fortalecer pra tudo o que... Porque ele diz: "tudo o que tu pedires em meu nome, tu receberás". Então é uma fé”. – Rosa Galdino

A fala revela o papel da fé como instrumento de fortalecimento subjetivo e psicológico, funcionando como recurso de enfrentamento (*coping*) frente à adversidade. Do ponto de vista psicológico, a fé pode atuar como um fator de resiliência, proporcionando sentido ao sofrimento e sustentando a esperança. Nesse sentido, a fé não apenas dá suporte ao enfrentamento da enfermidade, como também mobiliza afetos, emoções e práticas de cuidado. Os achados de Trindade et al. (2022) apresentam resultados semelhantes aos desta pesquisa. Os participantes também consideraram a espiritualidade como um importante instrumento para superar os desafios cotidianos e a intrínseca relação entre saúde e fé.

Frequentemente quando os recursos biomédicos não apresentam solução, as práticas religiosas, a fé que não necessariamente está atrelada a uma religião, tornam-se ferramenta essencial nos itinerários de saúde (Silva et al. 2021). A fé, portanto, quando falamos de itinerários terapêuticos, não pode ser tratada como coadjuvante, mas como elemento central que influencia tomadas de decisões, como ressaltam as falas a seguir:

“Porque se eu não tenho fé, eu não tenho esperança de ser curada e não confio nem médico, nem remédio, nem nada, né? [...] Se eu não tenho Esperança, eu não confio em ninguém, né? E pra mim confiar e para mim buscar ajuda eu tenho que ter Esperança, porque se eu não tiver Esperança, eu não tenho fé [...]” – Ana Geralda

“As pessoas pensam ou sentem que é impossibilitada de fazer, mas de repente uma reação positiva, né? No psicológico, junto com a fé que ele possa professar a dizer: ‘não, eu tenho fé, vou acreditar que vai dar certo. Vou conseguir superar’. Ou seja, na cura de uma doença, ou superar um momento difícil da vida. E então, eu acredito que incluiu-se nisso aí a fé [...]” – Romerisson

Percebe-se, a partir dessa fala, que a espiritualidade ultrapassa a lógica da relação apenas com o divino, mas transcende para uma compreensão que envolve a coletividade, como destacado por Ana Geralda: *“espiritualidade é estar bem com o próximo, estar bem com si mesmo”*. Estar bem com o próximo sugere uma relação de empatia e convivência harmoniosa. Como pontuado por Miranda et al. (2021, p. 9), a espiritualidade inclui *“a inter-relação do humano consigo mesmo, com o outro, incluindo sua família e seu mundo social e natural, no sentido da integralidade da vida”*. Esse pensamento reforça que os cuidados podem ser vistos de forma integral englobando fatores diversos e que devem ser considerados e incentivados pelos profissionais de saúde que estão presentes em territórios ribeirinhos. É necessário trazer o elemento da espiritualidade para as nossas discussões como bem destacaram Catré et al. (2016, p. 40) *“o que está verdadeiramente em causa é a compreensão do ser humano, enquanto ser complexo que é dotado de uma dimensão biopsicossocial, mas, também, espiritual”*.

A espiritualidade para os participantes é apontada como o ato de estar em conexão com o divino por meio de orações e leitura de escrituras sagradas e também como o ato de ajudar o outro:

“Faço minha oração, meus pedidos pela minha comunidade, pelos meus filhos, pela minha família e por todas as pessoas, pelos doentes, por todas as pessoas que precisam” – Andréia.

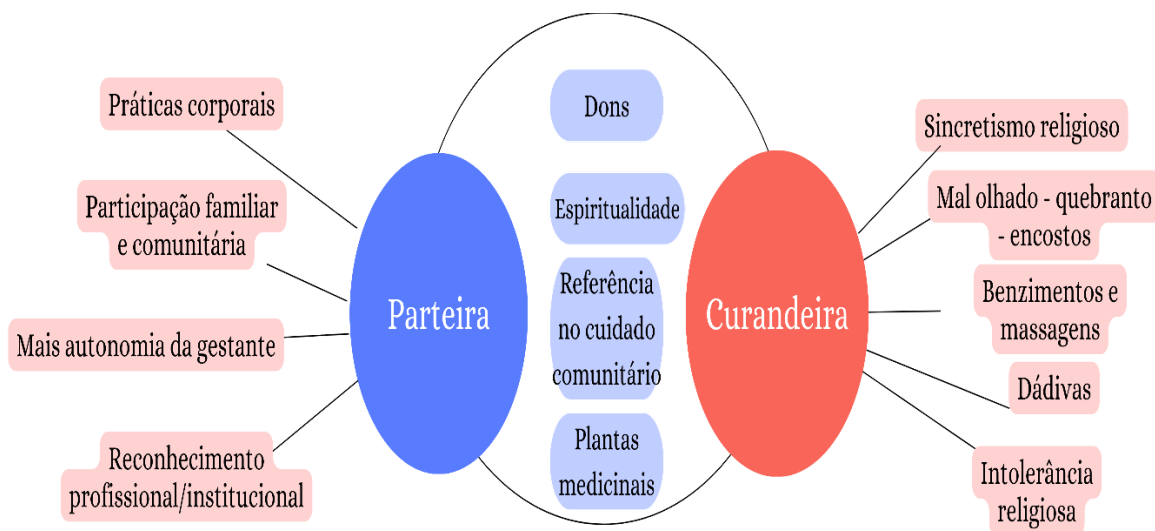
“Do pouco ou do muito a gente ajuda quem precisa. Isso é o quê? Uma espiritualidade. Por exemplo assim, conversar com um idoso. Eu tenho assim um relato, ele já até faleceu o finado Biato, ele pegou AVC, ele ficou no fundo de uma rede, então ele agradecia muito quando eu passava na visita, ele não queria nem que a gente saísse de lá, porque ele se achava que ele não tinha voz, que as pessoas não ouviam ele, e o idoso sente

que as pessoas abandonam ele [...] eu visitar um idoso é uma espiritualidade [...] é uma coisa que acolhe”. – Ana Geralda

Conclui-se, que para os ribeirinhos, a espiritualidade é entendida a partir de práticas religiosas formais, crenças dogmáticas e também como uma força de vida, uma forma de dar sentido à existência, de enfrentar o sofrimento e de encontrar meios de resistência diante das adversidades. Trata-se de uma espiritualidade vivida no cotidiano, que se manifesta nas relações de solidariedade, nos rituais coletivos, nas celebrações, nas práticas de cuidado e nas formas de lidar com a dor e com o adoecimento. A espiritualidade que guia a vida também se manifesta nas relações de cuidado e modos de ver o mundo e o outro. Outro exemplo desse fator aplicado na prática, são as ações da parteira e da curandeira que aplicam técnicas corporais e espirituais em prol da recuperação e cuidado com os comunitários do distrito do Capanãzinho.

5.2 Entre Benzimentos, partos e chás: o Cuidado Popular na Amazônia Ribeirinha

Figura 14: Mapa temático 2



Esta seção é dedicada à descrição das principais formas de cuidado popular utilizadas pela população ribeirinha. Por meio da voz das principais agentes de cura e cuidado popular que nasceram e cresceram na comunidade do Capanãzinho, iremos conhecer métodos e os desafios que atravessam as principais práticas: partos, benzimentos e uso de plantas

medicinais. Para compreender as práticas e os saberes populares em saúde, é imprescindível escutar aquelas que detêm experiência e legitimidade no assunto.

Melissa, a parteira, e Maria, a curandeira são duas mulheres que, ao longo de anos, têm se dedicado à assistência e promoção de práticas não coloniais de saúde, contrapondo-se à visão biomédica de saúde, e atuando como fio condutor para as análises que se seguem. Ribeirinhas, mães, avós, trabalhadoras e comadres, elas dedicam parte significativa de seu tempo ao cuidado da saúde de seus semelhantes.

A relevância de seus saberes para a comunidade é expressa por Borges (2008, p.329), ao afirmar que:

Por estar comprometida tanto individual, quanto socialmente com a realidade à sua volta, parteira e benzedeira, por meio de distintos rituais, abraça quem precisa de seus préstimos, acolhendo a carência humana dentro do contexto real da necessidade. Essas duas formas de cuidar estão, aos olhos da racionalidade da ciência, impregnadas de desqualificação, marginalização, supressão e encontram-se silenciadas ou ocultas.

A colonialidade do saber, como discutem Bezerra et al. (2023) e Sevalho (2024), estrutura a desigualdade e a opressão de saberes, priorizando a epistemologia ocidental em detrimento dessas outras formas de conhecimento. Longe de se limitar apenas a técnicas corporais e ritualísticas (ou desqualificadas, como sugere a racionalidade médica hegemônica), essas práticas envolvem um conjunto de saberes, significados e relações sociais que articulam dimensões físicas, espirituais e comunitárias do cuidado.

5.2.1 Memória, Prática e Resistência: relatos de uma parteira ribeirinha

O parto, por séculos, ocorreu predominantemente no ambiente domiciliar, com o uso de tecnologias próprias, onde as parteiras e mulheres da família assumiam a responsabilidade do parto e pós-parto. Essas profissionais detinham e ainda detêm conhecimentos que abrangem o puerpério, a atenção ao recém-nascido e a saúde da mulher de forma geral. Ao longo do tempo, essa prática foi sendo ressignificada de acordo com os costumes, e os contextos econômicos e culturais (Palharini & Figueirôa, 2018; Rodrigues et al., 2024).

Contudo, esse cenário começou a se transformar a partir do século XVII, com o avanço e a difusão da medicalização do parto na Europa. No Brasil, esse processo teve início em 1809, com a criação das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro. Esse momento representou uma ruptura importante: o parto deixou de ser um ato feminino e domiciliar para se tornar responsabilidade do “médico-parteiro”, figura masculina que ocupava os espaços da medicina institucionalizada. Somente no século XX, o parto hospitalar passou a se consolidar, tendo como estratégia central a proibição da realização de partos por pessoas que não fossem médicas ou devidamente autorizadas por esses profissionais (Brenes, 1991; Palharini & Figueirôa, 2018).

Dentro desse panorama histórico, há um crescente interesse científico pelas parteiras tradicionais (Cardoso & Nascimento, 2019) devido a elas continuarem a desempenhar papel central na saúde materna e infantil em diversas comunidades, compartilhando conhecimentos de geração em geração e garantindo a continuidade de práticas culturalmente significativas. A trajetória e as práticas de Melissa oferecem um exemplo concreto dos saberes tradicionais que vêm sendo estudados. A entrevista foi realizada também com a presença do marido de Melissa que chamaremos de João, este exerceu papel fundamental no apoio à sua esposa em aceitar a missão de partejar centenas de pessoas há mais de 30 anos. Esse contexto evidencia que a prática da parteira depende, em grande medida, de um consenso familiar que apoia e sustenta sua atuação.

O início da prática de partejar, conforme relatado pela entrevistada, ocorreu em resposta a uma necessidade imediata na comunidade, momento em que revelou seu dom para o ofício. Esse tipo de narrativa é recorrente entre parteiras tradicionais, já que outros estudos apontam que o início da trajetória dessas mulheres frequentemente está relacionado a uma necessidade concreta que impulsiona sua atuação (Vieira et al., 2024), bem como à percepção de um dom para o trabalho de parto (Silva et al., 2020). Além disso, o aprendizado inicial de dona Melissa não se dá por cursos formais ou pela tradicional “transmissão por mestre”, em que a aprendiz acompanha a tutora (Cardoso & Nascimento, 2019).

Apesar da institucionalização do parto por meio dos sistemas oficiais de saúde, as parteiras tradicionais continuam exercendo essa profissão em diferentes regiões do Brasil incluindo a Amazônia. Em uma busca rápida na literatura, percebe-se uma discordância entre os autores acerca dos motivos que sustentam a prática do parto tradicional e domiciliar, principalmente em ambientes rurais. O primeiro motivo atribuído diz respeito à dificuldade e às desigualdades de acesso aos serviços oficiais de saúde (Vieira et al., 2024; Gusman et

al., 2015) e o segundo decorre das limitações do sistema em ter institucionalizado o parto de forma a torná-lo uma experiência desafiadora para as mulheres, desconsiderando os processos subjetivos que permeiam o parto e o pós-parto (Santos et al., 2024).

Atribuir a presença e o trabalho das parteiras exclusivamente ao primeiro fenômeno implica reduzir sua atuação à ideia de substituição, como se, diante da plena oferta do sistema oficial de saúde, sua prática deixasse de ser necessária. O trabalho de Santos et al. (2024), sobre os diálogos decoloniais com parteiras do Amazonas, contextualiza a relevância e o papel sociopolítico dessas mulheres. O conhecimento delas não é a ausência de um saber formal, mas sim um saber-fazer próprio, validado pela experiência e pela tradição. A forma como Melissa aprendeu com sua intuição e observação, mesmo sem experiência prévia é um exemplo prático dessa epistemologia que, como aponta Walsh (2019), se posiciona de forma "outra" diante da diferença colonial.

Ao relatar seu primeiro parto, Melissa contou que, ao chegar, a parturiente já estava “avexada” e clamava por ajuda, dizendo: *“Ai, minha madrinha, pô, me acuda. Deus o livre, minha madrinha, a parteira não tá aí. E eu mandei ele chamar, sabe a senhora não vai dar um jeitozinho”*. Melissa explicou que respondeu que nunca havia partejado antes, mas então orientou comadre Chica, mãe da gestante, a preparar um chá bem forte de mangarataia para auxiliar o parto, lembrando que, naquele momento, ainda não sabia realizar o procedimento sozinha, apenas observando e guiando os outros.

Durante o parto, a criança apresentava o cordão umbilical enrolado no pescoço, situação que Melissa denominou de “laçada”. Ela relatou ter ficado surpresa, pensando: *“Ai, ai, que eu nunca tinha visto. Oh meu Deus, me ajude nossa mãe poderosa do céu”*. Em seguida, demonstrou com as mãos como destrançou cuidadosamente o cordão, conseguindo liberar a criança: “destrancei, que quando eu destrancei, a cunhantãe pulou”, momento que provocou risos de Melissa ao recordar a experiência.

Destaca-se, como nos estudos de Cardoso e Nascimento (2019) e Oliveira et al. (2019), o elemento fundamental que rege a atuação das parteiras: a fé. O clamor a Deus e divindade Mãe do Céu, para que fosse ajudada, já que não dispunha de habilidades pré-existentes. A partir deste dia, nunca mais parou de ser chamada. Atualmente, devido à sua idade e à fragilidade física, Dona Melissa não se desloca mais até os domicílios das gestantes; no entanto, continua atendendo aquelas que vão até sua casa para receber cuidados como puxar a barriga (posicionar o bebê), puxar a mãe do corpo e receber recomendações de

remédios à base de plantas medicinais. Ela compartilha um conjunto de saberes transmitidos oralmente, que envolvem práticas de prevenção e preparo para um parto bem-sucedido.

Entre essas práticas, destaca-se o cuidado com a chamada “mãe do corpo”, que provoca fraqueza na mulher durante a gestação: “dá aquela fraqueza na gente, né? A gente fica naquela grande fraqueza. É nela que dá. Tá cheio de vento, de gases. Ah, mas é um coisa ruim, a tal de mãe do corpo”. As parteiras de Lindoia (Amazonas) descrevem a “mãe do corpo” como um órgão localizado na região do umbigo, que acompanha a mulher ao longo da gestação e ao sair o bebê a “mãe do corpo” o procura, causando mal-estar a mulher (Silva, Dias-Scopel e Schweickardt, 2020).

As práticas de cuidado ao parto na comunidade ribeirinha articulam saberes corporais, espirituais e ambientais, refletindo a interação entre cultura, natureza e experiência acumulada ao longo do tempo (Maia & Silva, 2012). Essas práticas não se limitam a procedimentos técnicos, mas incluem orientações e condutas que visam preparar o corpo da gestante, garantir o bem-estar do recém-nascido e regular o ambiente familiar. Entre esses cuidados, destacam-se rituais relacionados à água do rio e normas de conduta para o pai da criança, que ilustram a mediação entre saberes tradicionais, corpo e elementos naturais. Durante o percurso de volta para casa, deixe essa água escorrer entre os seios até a barriga. Segundo ela, esse gesto tem a finalidade de “dar água ao parto”, evitando o chamado “parto seco” e preparando o corpo da mulher para o momento do nascimento. O rio, para as populações ribeirinhas, não é apenas um recurso natural, mas um ser vivo, com força, agência e espiritualidade. A mulher incorpora em seu corpo a fluidez do rio, facilitando o fluxo do parto. Trata-se de uma forma de mediação entre natureza e corpo.

Na comunidade, é amplamente reconhecido que o pai do recém-nascido não deve realizar atividades físicas intensas, como roçar ou caçar nos primeiros dias após o nascimento do filho. Trata-se de uma norma cultural fortemente seguida, fundamentada na crença de que esse tipo de esforço pode interferir no processo de cicatrização do umbigo do bebê ou causar-lhe adoecimento. Segundo Seu João, após o parto, a mulher não deve realizar determinados trabalhos físicos antes de cumprir um ritual simbólico que assegura sua recuperação e a proteção da criança. Ele explica que, para permitir o retorno às atividades, realiza-se um gesto ritual com o terçado ou machado: *“manda dá três golpes com um terçado, com um machado, assim: tá, tá, tá. Pronto, pode trabalhar. [...] Ele sara logo o golpe, né? É pra não inflamar o umbigo da criança”*.

Segundo Santos et al. (2024) não dá para entender a saúde separando o ser humano do ambiente onde vive. As práticas de saúde mostram que as pessoas estão profundamente conectadas ao meio em que vivem, o que quebra aquela visão tradicional que colocava o ser humano de um lado e a natureza de outro. As recomendações de Melissa evidenciam dimensões culturais implicadas no processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que reafirmam a indissociabilidade entre corpo e natureza, superando a perspectiva biomédica centrada exclusivamente no organismo.

Figura 15: Quadro de técnicas e saberes utilizadas pela parteira

Cuidado	Finalidade
Jogar a água entre os seios e escorrer para a barriga durante a gravidez	Não ter parto seco
O pai não pode não trabalhar em roçados e caça	Evitar adoecimento do bebê
Cortar o tronco do taperebazeiro 3 vezes	Ajudar a sarar o umbigo da criança
Chá de mangarataia com azeite	Aumentar contrações
Chá de folha de araticum, vindicar e folha de algodão roxo	Retirar o frio da barriga
Cortar o cordão umbilical e queimar a ponta com vela	Não sangrar
Sumo do pião roxo	Cicatrização do umbigo

Dona Melissa também trouxe à tona conflitos entre a prática médica convencional e os saberes da parteira. Ela relatou, por exemplo, que não gosta do grampo umbilical utilizado nos hospitais, pois acredita que ele dificulta a limpeza e a aplicação do Pião Roxo, usado para ajudar na cicatrização do umbigo do recém-nascido. Além disso, ao acompanhar o parto de sua neta, observou que, se o médico tivesse seus conhecimentos, o parto poderia ter sido menos doloroso e complexo.

“E o sangueiro, ó, meu Deus do céu, eu fiquei com medo, eu nunca tinha visto. Porque a gente assiste assim, não fica assim tanto. Pai do céu. Aí ele: “nasceu o curumin”, foi o primeiro. [...] e aí ficou a Cunhantãe. [...] ela se criou assim, né? Por cima dele. Se ele

soubesse virar, se soubesse virar...[...], quando o curumim chegou pra cá, pra já ter de nascer, a cunhantãe ficou lá em cima, ela endireitou pra cá a cabeça dela (mostrando a direção do ventre). Endireitou, ficou com a cabecinha aqui. Oh, meu Deus do céu. Se ele soubesse que quando o curumim nasceu, se ele soubesse empurrar, ela ia ficar normal pra nascer. Era rápido. Ainda deixou escapolir. Ah, coitadinho”.

Quando questionada se ela falou algo para o médico, sua resposta imediata foi: “*não, que ele é médico, né?*”. Uma resposta simples, mas que traduz a lógica de poder, legitimação de conhecimento e invisibilidade da experiência de anos acumulada pela parteira. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) busca a integralidade entre os saberes, proporcionando às parteiras cursos e materiais para o melhor desempenho e incentivando a continuidade do trabalho nas comunidades tradicionais. O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) do Ministério da Saúde (Brasi, 2010) deu o ponta pé inicial buscando integrar o trabalho das parteiras aos serviços de saúde locais, especialmente por meio da articulação com as equipes de saúde da família e promovendo curso de capacitação para parteiras já atuantes, estratégia considerada central no âmbito do SUS (Gusman et al., 2015).

O discurso de valorização da parteira tradicional, que vem ocorrendo de maneira mais evidente nas últimas décadas, sofreu uma mudança em relação ao discurso anterior, que apontava a necessidade de dotar as parteiras de conhecimentos e práticas biomédicas. Ainda hoje, a obstetrícia moderna tende a considerar as formas não medicalizadas de assistência ao parto como práticas a serem superadas, apesar do respeito às tecnologias trazidas pelas parteiras.

Busca-se promover a inserção das parteiras tradicionais por meio da intervenção direta, expressa, por exemplo, na entrega do chamado “kit da parteira”¹ instituído pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 com a expectativa de que, a partir desse recurso,

¹ Bolsa para acondicionar os materiais; tesoura curva em inox, ponta romba, para uso exclusivo no parto; caixa em inox ou em alumínio para guardar a tesoura de inox; balança de tração com gancho e suporte “tipo cegonha”; lanterna média a dínamo; fraldas de algodão; guarda-chuva e capa de chuva; bacia de alumínio; toalha para enxugar as mãos; estetoscópio de Pinard de plástico; fita métrica; pacotes com gaze; escova de unha; sabão líquido; rolo de barbante para ligadura do cordão umbilical; luvas descartáveis; Álcool 70%; Saco plástico transparente (polietileno); Almontolia ou pinceta média, para acondicionar o álcool; Tesoura comum para uso pessoal; Livro da Parteira; Lápis/caneta e borracha; Caderno pequeno para anotações; Balão auto-inflável com válvula reguladora; Máscaras para balão; Bulbo ou pêra de borracha; Estetoscópio adulto; Gorro/toca capilar; Coberta de flanela para o recém-nascido; Avental plástico e Forro protetor (Brasil, 2011).

seja viável integrar ao SUS o parto e o nascimento domiciliar realizados por parteiras tradicionais (Gusman et al., 2015). Nesse cenário, considera-se também relevante promover um movimento de aproximação entre os saberes tradicionais das parteiras e a formação dos profissionais de medicina e enfermagem. Inserir esses conhecimentos nos currículos dos cursos da área da saúde contribui para uma formação mais abrangente, sensível às diversidades culturais e mais alinhada às práticas de cuidado presentes em diferentes territórios. Essa articulação fortalece o reconhecimento e a valorização das práticas populares no campo da saúde.

Ademais, a relevância social do trabalho das parteiras passou a ser reconhecida também no âmbito legal. No Amazonas, a Lei nº 4.875, de 16 de julho de 2019, instituiu o Dia Estadual da Parteira, enquanto a Lei nº 5.312, de 18 de novembro de 2020, garantiu às parturientes o direito de contar com a presença da parteira tradicional durante todas as etapas do parto e do pós-parto imediato, em maternidades, casas de parto e demais unidades hospitalares públicas e privadas do Estado (Schweickardt et al., 2023).

Apesar da relevância social, o trabalho das parteiras ainda é atravessado por dificuldades e ausência de reconhecimento material. De acordo com seu marido, Melissa nunca deixou de ser chamada. Pelo grande fluxo de nascimentos, ele chegou a pensar que esse ofício poderia receber alguma compensação financeira da prefeitura:

“Quando a mulher tinha criança, eu ia anotando, essa quantia que deu, anotei até 246. Aí foi o tempo que eu pensei que... eu ainda falei uma viagem com o [prefeito da época], se era difícil ela ganhar uma ajudazinha da prefeitura. Aí disse que não, que isso era um favor que ela tinha que fazer pra comunidade [...] não sei não, mas era pra ela ganhar um pouquinho, né? Porque a responsabilidade não tinha hora e nem dia pra ir e nem voltar”.
– Marido da parteira

Ele acrescenta que não lembra quando sua esposa iniciou como parteira, mas foi antes do primeiro mandato desse prefeito, na década de 90. Ao ser questionada sobre a percepção de seu trabalho como um favor, Dona Melissa afirmou considerá-lo um trabalho, destacando a grande responsabilidade envolvida. Esse fator revela que, embora haja uma dimensão social e afetiva muito forte no ato de partejar, não se pode reduzir a importância da disponibilidade de tempo e dos riscos que envolve a prática. Como ressaltam Santos e

Rodrigues (2024), compõe o escopo das reivindicações das próprias parteiras a valorização do trabalho por meio de remuneração justa.

A falta de compensação financeira não é um caso isolado. Em pesquisa realizada com 67 parteiras (indígenas e não indígenas), as dificuldades mais recorrentes foram: falta de transporte (citado por 43 parteiras), falta de material para o parto (citado 28 vezes) e ausência de remuneração (citado 27 vezes). Esses fatores constituem dimensões fundamentais quando se pensa em inclusão nos serviços de saúde e reconhecimento do trabalho (Gusman et al., 2015).

Mesmo com iniciativas de treinamento oferecidas pelo sistema de saúde, ainda há um longo caminho para o reconhecimento pleno da profissão. Para Moreira et al. (2009), já existe certa movimentação para a legalização do trabalho das parteiras na Região Amazônica, mas de forma incipiente. São necessárias políticas públicas que assegurem não apenas o reconhecimento, mas também a remuneração justa e a garantia de aposentadoria dessas mulheres.

Assim como ocorreu com a mobilização de seu João no passado para que sua esposa fosse compensada pela prefeitura, permanece urgente a necessidade de garantir os direitos das parteiras tradicionais. Destaca-se, nesse sentido, a tramitação do Projeto de Lei nº 912/2019, que busca regulamentar a atividade das parteiras, assegurando remuneração justa, além de direitos trabalhistas e previdenciários.

Conclui-se que o trabalho da parteira envolve mais do que um conjunto de técnicas oriundas da sabedoria popular: trata-se de uma profissão séria, que exige esforços constantes e envolve riscos significativos. Embora o Ministério da Saúde reconheça a importância social das parteiras e ofereça cursos e materiais para o aperfeiçoamento da prática, é necessária a regularização da profissão para que elas tenham seus direitos efetivamente reconhecidos e assegurados. Como destacam Santos e Rodrigues (2024), o pensamento e as práticas decoloniais possibilitam um diálogo mais simétrico com os saberes locais de saúde, alcançando o princípio da integralidade no cuidado. Não se trata apenas de uma consideração moral, mas de uma exigência ética e política, visto que os saberes ancestrais configuram modos de existência.

5.2.2 “A gente precisa da medicina dali da UBS e precisa da medicina que Deus deixou para nós”: vivência de uma curandeira ribeirinha

A entrevista foi realizada na casa de Maria, a curandeira, na varanda onde recebe aqueles que a procuram em busca de cuidado e orientação. Cadeiras dispostas de forma a aguardar visitantes sugerem a espera constante de quem necessita de seus préstimos, enquanto na parede repousa a imagem de um santo, testemunha silenciosa da fé que orienta suas práticas. Esse espaço, ao mesmo tempo doméstico e ritualizado, evidencia a articulação entre espiritualidade, saberes tradicionais e cuidado comunitário, oferecendo um contexto privilegiado para compreender a dimensão social e simbólica de sua atuação. Desde a infância, Dona Maria demonstrava interesse pelos saberes ligados ao uso de remédios caseiros, reconhecendo nessa prática uma inclinação pessoal: “eu acho que é porque é desde pequena, né? Que eu começava a fazer esses negócios de remédio, esses banhos assim, né? Podia até ser variado, mas era a minha vontade aquilo ali, né? De ter esse dom”. Ao longo dos anos, quando dona Maria já havia se casado e tido filhos, relata que recebeu visitas e orientações de entidades espirituais como a Nossa Senhora figura do catolicismo e Maria Padilha figura espiritual afro-brasileira, particularmente na Umbanda e Candomblé (Lima, 2021). Seus conhecimentos advêm de dons oferecidos pelas entidades espirituais e de seu tio que foi um importante benzedeiro na comunidade. Antes de falecer repassou seus dons para ela por meio do toque de mãos, conforme relato a seguir:

“Ele deixou de benzer pra quebrante, né? Quando a criança tá com quebrante. Pra olho grande, olho gordo. Foi os dons que ele deixou pra mim. [...] E quando foi pra ele morrer, ele mandou me chamar em casa, aí eu fui. Quando eu vi, tá se acabando, né? Aí eu fui lá, peguei na mão dele. Aí eu acho que foi o dom que ele repassou para mim. Aí ele disse: “não se negue a ninguém” [...]. Essa reza eu deixo pra você”.

Essa fala expressa a importância da transmissão simbólica e afetiva de um saber tradicional entre familiares, marcado pela dimensão espiritual e pelo reconhecimento do "dom" como algo sagrado, quase hereditário. O dom aqui é entendido como um presente divino, e não como um simples aprendizado técnico. Isso evidencia uma cosmologia em que saúde, cura e espiritualidade estão profundamente entrelaçadas (Lemos, 2019).

Além disso, o tio ao passar seus dons por meio do toque de mãos indica que o dom não é finito, ele pode ser compartilhado, passado adiante. Isso remete a uma lógica de transmissão de saberes que escapa aos moldes formais da ciência moderna. É um saber vivo e espiritual. Portanto, essa fala revela a importância da oralidade, da espiritualidade e das

relações familiares no reconhecimento, valorização e continuidade das práticas de cura tradicionais. Momento em que o tio de dona Maria passa seus dons através do toque de mãos, esse momento abrange à lógica de corpo *socioancestral* presente nas dinâmicas dos processos psicoflorestais amazônicos (Calegare, 2023). Isso quer dizer que o que constitui a pessoa hoje, suas visões de mundo e seus dons conectam o presente e o passado por meio das interações com pessoas significativas. No caso de dona Maria, os dons de seu tio não se esgotaram em sua morte, mas foram ressignificados e continuados e isso mantém viva a memória do tio. É uma cena de iniciação, mas também de afirmação de identidade.

Maria destaca também que não pode negar o Dom pois pode sofrer consequências como quando uma parente próxima deixou de explorar seus dons mediúnicos: *“eu disse: ‘é por isso que tu anda doente’. Daqui acolar aparece inchaços nela, né? [...] não pode negar, tem que ir atrás desse dom”*.

Ela relatou que na ocasião em que esteve afastada das suas atividades como curandeira, uma entidade espiritual lhe aplicou punições:

“Porque quando a gente tem o dom que a gente não serve, a gente vai sofrer. Porque 2 meses eu parei, né? Eu apanhava de cipó que eu não sabia nem de quem, da onde vinha aquele cipó. Quando foi um dia, eu agarrei o cipó. Eu disse: ‘ah, te peguei, te peguei, agora você é malina, né? ‘Cê’ tá me malinando”. Aí pega, agarrou, me olhou, ela disse: “porque você está merecendo”. Aí eu disse: “eu não to merecendo isso, é você que tá me malinando (fazer mal a alguém). Ce já até me amarrou numa corda no caminho aí”.

“Maria Padilha, ela deu o nome dela, Maria Padilha. – ‘Eu sou Maria Padilha. Eu não quero teu mal, eu só tô te ajudando’. Eu disse: ‘mas ME marcar de Cipó?’ – ‘É que é pra tu cuidar dos teus trabalhos’”.

Esse fator do Dom também está diretamente ligado a uma missão de vida e há uma regra que ela não pode negar ajuda para ninguém, conforme orientado pela sua guia espiritual e pelo seu tio. A interlocutora complementa que cumpre este juramento ao não cobrar compensações pelos seus serviços.

“Não se negue a ninguém e também não cobre ninguém”.

“E é por isso que eu não me nego, né? Por causa que eu nunca gostei de me negar pra pessoa, eu disse: “eu só não vou mesmo ajudar você por causa que... quando eu estou doente assim”.

Mauss (2003) mostra que nas sociedades arcaicas o dom não é gratuito no sentido moderno, sendo nomeado como dádiva. Ele envolve sempre uma obrigação de dar, receber e retribuir. No caso da curandeira, dar cuidado (remédio, parto, benzimento) é um dever sagrado. Ao mesmo tempo, ela recebe respeito, reconhecimento e eventualmente retribuições espontâneas, como bens ou alimentos oferecidos de bom grado sem imposição de um preço. Essa postura é comum entre as curandeiras do povo.

Conforme identificado por Sousa et al. (2021), as curandeiras não cobram pelos seus serviços porque são escolhidas pelo sagrado, logo torna-se um favor para a sociedade, do contrário podem ser castigadas com a perda de seus dons. Isso se articula com o que Mauss (2003) chama de sanções sociais e religiosas ligadas ao dom: quando alguém quebra a lógica da reciprocidade (por exemplo, se recusa a retribuir ou transforma a dádiva em mercadoria), isso pode gerar desequilíbrio, vergonha ou até mesmo punições espirituais, dependendo do sistema de crenças envolvido.

O principal fazer de dona Maria envolve a prática do benzimento e a manipulação de ervas medicinais. Destaca-se que esta prática é nomeada por Dona Maria como “medicina que Deus deixou”, embora o termo medicina seja comumente associado à medicina científica, validada por instituições e saberes biomédicos. No entanto, práticas como as de Dona Maria, baseadas em saberes populares, espirituais e na experiência também operam como formas legítimas de cuidado. Embora não reconhecidas oficialmente, são eficazes para a comunidade, pois oferecem diagnóstico, alívio e cura dentro de um sistema próprio de significados. Reduzir o conceito de medicina apenas ao científico é ignorar a pluralidade de saberes e práticas que historicamente cuidam da saúde das populações. Assim, a medicina de Dona Maria, ainda que invisibilizada pelos saberes hegemônicos, não deixa de ser medicina.

Dessa forma, o instrumento de cura mediado por dona Maria é o benzimento, que são rezas em prol do corpo doente, em que o elemento fé é primordial. A interlocutora também refere que as principais demandas que recebe estão relacionadas a doenças de cunho espiritual como o mal olhado, olho gordo, fracasso e quebranto. Essas doenças só podem ser compreendidas à luz da interpretação cultural que o sujeito atribui a seus sintomas, e a

benzedeira, que possui autoridade do ponto de vista espiritual, é quem dispõe dos instrumentos para trazer alívio desses sintomas.

Dessa forma, a curandeira desempenha um importante papel social de agente de cura e confiança pelas pessoas de sua comunidade e pessoas de outros estados que entram em contato solicitando suas garrafadas. Sua postura, como mediadora entre Deus e os seres humanos revela que os diferentes sistemas de saúde podem conviver harmoniosamente nas comunidades tradicionais. Dona Maria relatou que as pessoas continuam buscando seus serviços apesar de haver na comunidade uma unidade básica de saúde estruturada.

Apesar de Dona Maria ser amplamente requisitada para diferentes formas de cuidado, ela relata sentir preconceito e estigma por parte de alguns membros da comunidade. Ao ser questionada sobre em quais espaços se sente bem, ela mencionou que essa rejeição a impede de se sentir totalmente à vontade, mesmo na comunidade onde nasceu e se criou. Esse incômodo está relacionado a formas de preconceito religioso e cultural, frequentemente dirigidas às práticas tradicionais de cura. Em suas próprias palavras, Dona Maria exemplifica o estigma: *"não assim bem, bem, bem na mesma comunidade que eu nasci me criei por causa que tem uns que já me chamaram até de macumbeira. Me chamam de macumbeira."*

Esse pensamento parte de uma lógica colonial já instaurada no pensamento coletivo. Bezerra et al. (2020, p. 135) apontam que no Brasil, ser reconhecido como pajé, benzedor, curador ou pertencente a tradições afro-indígenas era visto de forma pejorativa, sendo associado a práticas como “feitiçaria”, “macumba”, “enganação” ou mesmo falta de caráter. Essas figuras eram alvo de denúncia e perseguição. As benzedeiras, na prática, enfrentam dois tipos de preconceito distintos: um relacionado à religião e outro à cultura. Isso acontece porque suas crenças e práticas são desvalorizadas em uma sociedade que privilegia tradições religiosas de origem ocidental, relegando as expressões afro-indígenas à incompreensão. Além disso, elas são alvo de rejeição devido a um processo histórico que marginaliza e invisibiliza saberes populares (Pimentel et al., 2024).

Apesar do estigma, a confiança na benzedeira persiste, evidenciando a dualidade entre preconceito e crença. Durante uma discussão em grupo, uma participante defendeu a benzedeira, traçando uma clara distinção:

"A benzedeira, eu assim, eu acredito, [...] é tudo é pela fé mesmo, né? [...] O meu terceiro filho [...] adoeceu rápido do vômito e diarreia [...] falam que tem problema de

quebrante, que vai pra rezadeira...' [...] 'vamos levar ele pra lá, pra ela rezar nele'. [...] Ela rezou nele. [...] Ele dormiu; quando acordou já foi bem melhor".

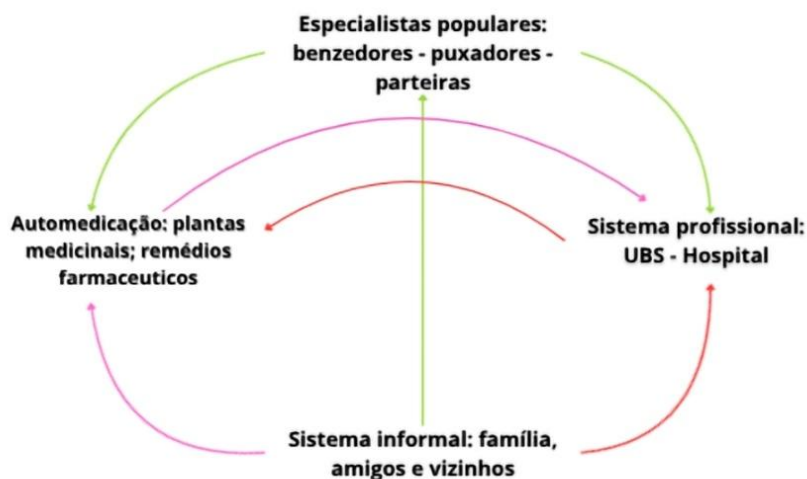
A fala da participante distingue uma moral fundamental: o feiticeiro é quem faz o mal, enquanto quem cura, reza e ajuda não pode ser visto como tal. Isso mostra como as categorias de cura e feitiçaria são socialmente definidas e carregadas de juízo ético. As benzedadeiras, embora possam ser alvos de estigma ou confundidas com práticas negativas, são defendidas por quem as reconhece como agentes do bem, baseadas em uma fé que não distingue entre o saber popular e o divino.

5.3 “Não é porque tem a UBS que a casca da sucubeira não vai tá lavrada”: a pluralidade de saberes que define os itinerários de saúde da população ribeirinha

Neste eixo temático, as falas dos participantes revelam a pluralidade de saberes envolvidos no itinerário terapêutico. A partir das interpretações de saúde e doença discutidas no primeiro tópico, é possível entender que as visões sobre esses processos ultrapassam a racionalidade cartesiana de um corpo livre de doenças, logo, os itinerários serão regidos por múltiplos fatores. De acordo com Garnelo (2022), o processo que versa sobre a negociação entre diferentes terapêuticas, como a popular e a biomédica, é chamado de intermedicalidade. A intermedicalidade, portanto, não é apenas a coexistência passiva desses modelos, mas sim a sua interação ativa, que se manifesta na busca por alívio ou cura, exigindo dos indivíduos um constante trabalho de negociação entre lógicas de saúde muitas vezes antagônicas. Essa negociação é fundamental para compreender as estratégias de saúde adotadas pelas populações e a pluralidade de caminhos terapêuticos existentes.

Nesse sentido, os itinerários são influenciados pela forma como os indivíduos concebem e vivenciam a causalidade e as visões sobre si e sobre os outros, que são complexos e não lineares.

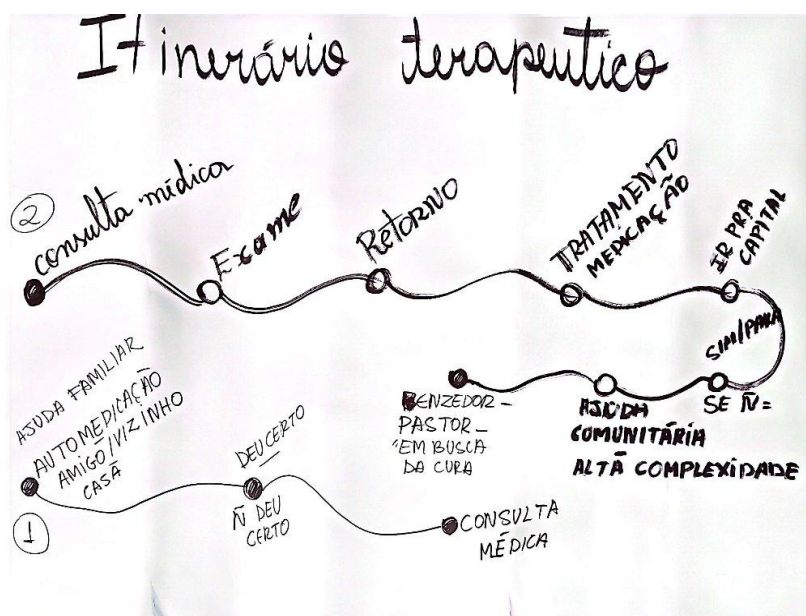
Figura 16: Fluxo não linear de itinerários terapêuticos



5.3.1 Redes de Apoio e Troca de Experiência

Inicialmente, durante a discussão em grupo, os participantes descreveram seus itinerários terapêuticos com uma progressão que iniciava na consulta médica e, se não resolvido, levava à busca de auxílio nos saberes populares como benzedores e pastores. Entretanto, após uma reflexão, o grupo reformulou essa linha. Eles concluíram que a verdadeira primeira etapa na busca por cuidados de saúde não é a instituição médica, mas sim a rede de apoio comunitário. Esse primeiro momento é caracterizado pela troca de experiências entre amigos e familiares, conforme a figura 19 elaborada no momento do grupo. Na imagem estão representados na primeira linha o itinerário narrado e na segunda linha é o que seria o verdadeiro primeiro passo na busca por tratamento de saúde.

Figura 17: Representação de Itinerários Terapêuticos elaborado no grupo, 2024.



A linha sinalizada com número “1” representa o que Helman (2006) descreve como o sistema informal mas que neste trabalho chamamos de sistema comunitário, onde estão todas as opções terapêuticas sem pagamento e sem consulta a especialistas como curandeiros tradicionais ou praticantes da medicina oficial, tais como o autotratamento ou automedicação, os conselhos de amigos e familiares, vizinhos e colegas de trabalho, o cuidado mútuo em igrejas e as consultas com outras pessoas que têm experiência parecida. Após a elaboração da linha 1, essa perspectiva de cuidado comunitário foi justificada por um participante do grupo em que narra uma conversa do dia-a-dia, ao imitar a fala de um amigo: “Colega, eu tava assim mesmo do meu estômago, tomei tal remédio”. E conclui: *olha aí, não foi nem no médico, nem no benzedor. Só porque o problema dele é o mesmo, aí passou e vai lá, toma o remédio*”.

Na prática, a saúde é vivenciada e tratada primeiramente no âmbito social e comunitário. Tais achados encontram respaldo em pesquisas sobre itinerários terapêuticos de comunidades quilombolas no Nordeste e Sudeste do Brasil, onde a busca por cuidado também se inicia majoritariamente no âmbito familiar e comunitário, evidenciando uma característica comum que é a automedicação diante de barreiras de acesso ou para mitigação de problemas simples (Fernandes & Santos, 2019; Gomes, et al., 2024b; Oliveira et al., 2024).

A consulta médica, em vez de ser o ponto de partida, torna-se a etapa final de um processo que se inicia na troca de saberes e cuidados dentro da própria rede de relacionamentos dos participantes. Essa dinâmica ressalta a importância das práticas de cuidado populares e do conhecimento comunitário como uma etapa fundamental e primária no processo de cuidado. Os recursos versam sobre formas de prevenção, elaboração e administração de remédios caseiros feitos a partir de plantas medicinais e partes de animais. O remédio caseiro é amplamente valorizado entre os participantes cujos conhecimentos foram e são adquiridos no meio familiar ou amigos, vizinhos e agora também por meio da internet. O acesso à internet como fonte de conhecimento em automedicação, representa um processo híbrido que pode ser problematizado, ao mesmo tempo que amplia possibilidades, reduz a transmissão oral entre amigos, familiares e especialistas em remédios caseiros, como a curandeira.

As redes de indicação são potencializadas devido à proximidade que a vivência em comunidade proporciona, visto o grau de parentesco, a proximidade das casas e a tradição oral familiar, conforme os relatos a seguir:

“Se for falar em remédio caseiro, o que eu já apresentei, colega... é muito. [...] porque meus avós faziam, meu avô fazia. A mamãe faz. E eu tenho isso como experiência, que esses daí foram curado com esse tipo de remédio” – Rosivaldo, Agricultor.

“Em uma visita na casa de um casal de comunitários, na varanda de frente para o igarapé, cheguei e perguntei como estavam e logo a primeira resposta foi que a senhora estava com dores na perna. Logo se iniciou uma conversa que girou em torno da causa de suas dores e o que deveria fazer para mitigar a dor. Recomendei que usasse sandália dentro de casa pois o frio do chão passa para as pernas. Seu marido disse para passar andiroba pois era bom para aliviar as dores. E assim seguiu-se a maior parte do tempo, relatos sobre doenças e dores que obtiveram cura” (Diário de Campo, 2024).

Outra participante do grupo relatou que enquanto percorria várias comunidades a trabalho, compartilhava a seus pares o problema de saúde que sua neta passava e dizia que a causa era por comer “besteira” e obteve de uma comadre sua a indicação de um remédio, o que evitou que a família levasse a criança à UBS. Além de demonstrar confiança na experiência do seu semelhante, denota uma evitação de se deslocar inicialmente para o

serviço público de saúde. Bôas e Oliveira (2020) discorrem que a rede de apoio em comunidades ribeirinhas é um elemento central nos itinerários de saúde e corrobora que frequentemente nos momentos de socialização os temas de saúde e doença se sobrepõe. Esse fenômeno também foi observado por Gerhardt (2006) ao constatar que a maior parte dos sintomas são resolvidos em âmbito familiar, vizinhança, amizades ou com especialistas populares, que isso se dá pela força das relações sociais. Segundo a autora:

O que se observa igualmente, é que as atividades ligadas à saúde se desenvolvem em casa, com atividades que compreendem não somente os primeiros cuidados, mas a avaliação do estado de saúde e as decisões sobre o tipo de recurso a ser mobilizado. Seja qual for o grau de dificuldade econômica, este não é o único em questão quando se trata de saúde (Gerhardt, 2006).

Essa circulação de saberes e práticas entre familiares, vizinhos e amigos evidencia que o cuidado à saúde nas comunidades ribeirinhas se constrói, em grande parte, fora das instituições formais, sustentando-se nas redes de convivência e nas experiências transmitidas de forma oral. Nesse contexto, as especialistas populares como parteiras, benzedadeiras, raizeiras e curandeiras também ocupam um papel central nesse itinerário, pois são reconhecidas como detentoras de saberes específicos e de confiança comunitária. Elas se tornam referências importantes, atuando como mediadoras entre o sofrimento das pessoas e as formas de cuidado disponíveis, muitas vezes antes mesmo da busca pelos serviços oficiais de saúde (Fernandes, 2016; Gerhardt, 2006; Oliveira et al., 2024).

5.3.2 Itinerário Terapêutico: apontamentos da parteira e curandeira

No capítulo 2, conhecemos a vivência de duas especialistas presentes no distrito do Capanãzinho: dona Melissa (parteira) e Dona Maria (curandeira). Nesta sessão, especificamos o papel dessas cuidadoras no itinerário das pessoas que elas cuidam e a visão dos participantes do grupo. A parteira, figura central no parto humanizado ocorrido em comunidades tradicionais, distingue-se pelo seu saber-fazer que abrange a puxação de barriga (ato de posicionar o bebê no ventre), respeito pelo tempo do parto e envolvimento comunitário e familiar. O ponto central que concerne o diferencial de seu trabalho, segundo

a parteira e o seu marido é o “carinho” e a técnica de puxar de barriga, conforme o trecho a seguir:

“[...] porque eles (médicos) não puxam a gente, né? Não agasalham bem como a gente. A parteira agasalha tudo bem, puxa a gente tudo”. - Melissa, parteira.

“As parteira é com todo carinho, no hospital é na marra, é... Aguentar, aguentou, né?”. - João, marido de Melissa.

As falas de Melissa e João demonstram que a escolha no Itinerário Terapêutico do parto não se restringe às técnicas, mas é determinada pela busca por um cuidado integral e humanizado. A prática hospitalar é percebida como desumanizada, carregando a característica do isolamento e da lógica de resistência que as mulheres precisam mobilizar.

Essa percepção corrobora as narrativas das mulheres do grupo, que vivenciaram os dois modelos. Andréia, por exemplo, contrasta a experiência de ter o apoio da mãe e outras mulheres que “iam lá ajudando” ao isolamento hospitalar:

“Eu também já teve 6 filhos, né? Teve só o último que foi no hospital, né? Que hoje ele tem 20 anos e também não tinha negócio de como tem hoje, é: pré-natal. Só do último já que eu fiz um exame só, que nunca fez exame. Só ir na parteira pra puxar, né? [...] Elas ensinava as garrafada pra fazer, pra inflamação, infecção, né? [...] Tem uma grande diferença porque aqui, né, em casa eu teve, aí [...] tinha outras mulheres lá dentro como minha mãe, outras mulheres que iam lá ajudando, né? Me ajudando. E lá no hospital não, uma grande diferença é que eles deixam a gente isolada dentro de um quarto lá”. - Andréia, agricultora.

[...] os meus partos também foram todos em casa. A gente faz remédio caseiro, garrafada que as parteiras, né? Agora já não vão mais muito lá, mas elas sempre ensina remédios e são muitos bons remédios que elas fazem”. – Ana, ACS.

Destaque para a fala “agora não vão mais muito lá”, o qual se deve a progressiva aproximação dos serviços de saúde formais que tornou a assistência à gestante responsabilidade predominante de médicos e enfermeiros, o que resultou no

encaminhamento automático para o parto hospitalar. De acordo com Tornquist (2007), esse modelo transforma as mulheres em usuárias de hospitais cujos corpos e saberes sobre parto ficam aquém do saber biomédico. A autora enfatiza que essa transição representa uma ruptura com o que era naturalizado: a participação familiar e o acolhimento, como observado nessa pesquisa. Agora, o processo de dar à luz é inserido em uma lógica de mercado, onde o parto humanizado se torna um privilégio acessível apenas a quem pode pagar. Embora essa seja a norma dos sistemas oficiais de saúde, algumas mulheres buscam as parteiras para a recomendação de remédios e para a "puxação de barriga", e alguns partos ainda ocorrem na comunidade. A dinâmica observada é que as gestantes da comunidade realizam tanto o acompanhamento de pré-natal na UBS como se utilizam dos remédios recomendados pela parteira. Os fatores que permeiam a decisão se o parto será domiciliar ou hospitalar depende do grau de risco avaliado pelas profissionais da UBS e a vontade dos familiares.

Dentre as aprendizes de Melissa, dona Maria se destaca por dar continuidade às práticas populares de saúde, atuando como curandeira, benzedeira e parteira. O presente trabalho enfatiza seus saberes e fazeres, especialmente no uso de remédios caseiros e benzimentos. Igualmente, a curandeira estabelece um modelo de cuidado distinto, que se opõe à racionalidade médica que foca apenas na lógica curativista e biológica. A prática da curandeira age em diferentes aspectos, abrangendo a etiologia das enfermidades que estão ligadas a questões espirituais e sociais, as quais exigem terapêuticas específicas que a curandeira detém, o que reforça a singularidade de seu papel (Helman, 2006). Essa postura está em consonância com o que Fernandes e Santos (2019) argumentam, de que os conhecimentos populares possuem uma dimensão ampla, intrinsecamente ligada ao modo de viver e às visões de mundo das pessoas.

Compreender essas diferentes nuances do adoecimento aproxima-se do que Luz (2011) denomina racionalidade médica vitalista, presente em sistemas como a medicina tradicional chinesa, a homeopatia e a ayurvédica. Segundo a autora, essas racionalidades partilham uma cosmologia que integra natureza, corpo e espírito, atribuindo grande importância ao meio ambiente natural e social nas circunstâncias do adoecer. Do mesmo modo, como é observado na pesquisa, a curandeira também compreende a doença como resultado de desequilíbrios que envolvem dimensões espirituais, emocionais e coletivas, e não apenas biológica.

Contudo, observa-se que a mudança de concepções religiosas tem levado alguns moradores a romperem com a crença na eficácia da curandeira. Em uma conversa cotidiana,

um morador sugeriu que não se deveria realizar pesquisa com ela, pois seus saberes “já não seriam mais necessários”, uma vez que, segundo ele, as pessoas poderiam buscar a intercessão direta de Deus ou recorrer ao serviço médico. Ao relatar esse comentário para outra moradora, esta discordou e afirmou que os próprios familiares desse homem continuam procurando a benzedeira quando precisam de benzimentos contra quebranto em crianças.

A fala de dona Maria reforça essa continuidade na procura. Ao comentar sobre a demanda de atendimentos, ela afirmou: *“É uma ou duas casas que ainda não precisaram de mim.”* Em seguida, exemplificou: *“pra fazer massagem, pra fazer remédio. Aquelas pessoas assim que sempre aparece, aqueles encostos, né? Porque se encosta na pessoa, eles [...] vêm atrás de mim.”* E acrescentou: *“pra benzer, pra quebrante, dor de garganta, pra fazer remédio... O que custa mais é o remédio. O remédio eu passo o dia todinho fazendo.”*

Langdon e Wiik (2010) discorrem que essas doenças compõem o sistema cultural de saúde, em que as classificações e etiologias acerca de saúde e doença não privilegiam as mesmas do sistema biomédico e não são consideradas válidas por esse modelo, cabendo aos especialistas tradicionais seu tratamento e o reconhecimento da cura. Para além disso, a curandeira também se ocupa de tratamentos de foram diagnosticados, como o caso de uma comunitária que buscou tratamento para um AVC (Acidente Vascular Cerebral) e considerou que precisava de banhos de ervas para obter a melhora:

“Aí ela veio aqui comigo e pediu pra mim chorando [...] que eu cuidasse da filha dela. Aí eu disse: “porque pra ela falta os banhos, comadre, falta fazer os banhos”. – “A senhora garante?”. Eu disse: “eu garanto. Não tem o que você não peça chorando que eu não faça rindo”. Aí eu fui cuidar dela, ela entregou, né? Nas minhas mãos, nas mãos de Deus primeiro, né?”

A postura da curandeira demonstra uma abordagem de cuidado baseada na empatia, na confiança e no vínculo emocional. A entrega da filha às mãos da curandeira e “de Deus primeiro” revela um ato de fé e de confiança em um sistema de crenças que oferece um tipo de acolhimento único. Nesse sentido, dona Maria atua como intercessora entre as pessoas e o mundo espiritual, semelhante à pesquisa de Marin e Scorsolini-Comin (2017) cujas benzedeadas destacam que seus dons não são poderes próprios, mas emprestam seus corpos para que Deus e os guias realizem suas curas.

A participação familiar nesse processo, de acordo com Helman (2006) é umas das principais vantagens do tratamento com curandeiras populares pois oferecem explicações às causas da falta de saúde com linguagem acessível, envolvendo elementos naturais, comportamentais e sobrenaturais. Conforme mencionado na sessão sobre a curandeira, a fé, a crença na eficácia, o diagnóstico holístico e a participação ativa da família, torna a curandeira importante elemento nos itinerários das comunidades. Ambas as especialistas trazem em seus depoimentos o compromisso comunitário e solidário para com seus pares, por vezes arriscando-se pelas águas, sem hora pra ir ou voltar, com o único objetivo de oferecer assistência e honrar os dons divinos que receberam.

Além de estarem em uma posição de receber, acolher e auxiliar na cura por meio de terapêuticas naturais, Maria e Melissa também atuam no encaminhamento de demandas que julgam “não dar conta”, referenciando-as aos serviços médicos. Maria, curandeira, relata: *“Eu mando ir ao médico. Quando não, assim que eu não posso, eu mando procurar lá.”* De modo semelhante, João, marido da parteira, destaca que *“só teve umas duas ou três mulheres que, quando ela sabia que não ia dar conta, que não era pra ela, ela avisava o camarada pra ir pra Manicoré.”*

O ato de referenciar é mais que simplesmente “não dar conta”, denota que nenhuma terapêutica acaba em si mesma, mas articula-se em outras práticas disponíveis no território. À medida que os serviços da Atenção Primária se estabeleciam na comunidade, os movimentos se expandem e revelam uma integração realizada pelos moradores aos três sistemas: comunitário, cuidadores populares e o sistema profissional. Dessa forma, no próximo tópico conheceremos um pouco como ocorre a dinâmica envolvendo a Unidade Básica de Saúde e a forma como os participantes utilizam o serviço.

5.3.3 A Unidade Básica de Saúde: Acesso, Diagnóstico, Barreiras

A existência e atuação ativa da Unidade Básica de Saúde (UBS) presente na comunidade Nazaré representa um avanço importante na mitigação das desigualdades no acesso à saúde da população ribeirinha. Por cumprimento da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (APS) e da Portaria nº GM/MS 837, de 09 de maio de 2014 que estabelece os arranjos das Equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF), a equipe é composta por uma médica de família e comunidade, dois enfermeiros, uma dentista, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, microscopistas

e Agentes Comunitários de Saúde, além do serviço de ambulância e uma voadeira para o uso interno da equipe. A médica permanece no território 15 dias acompanhada por uma enfermeira e após esse período, o profissional de enfermagem é substituído, permanecendo outro enfermeiro nos 15 dias subsequentes. A cobertura da equipe abrange 15 comunidades da Estratégia totalizando cerca de 2.430 ribeirinhos (Freitas & Mota, 2024).

O serviço compõe então mais uma opção para ampliar o itinerário terapêutico das comunidades do Distrito e regiões próximas. Para se ter uma visão completa dos IT, é essencial considerar a presença e a atuação das equipes de saúde. Isso porque, a exemplo de estudos sobre terapias populares em comunidades ribeirinhas da Amazônia (Cabral et al., 2020; Salazar et al. 2021; Silva et al. 2023; Souza et al. 2023), seu uso frequentemente está relacionado à falta de acesso aos serviços do sistema de saúde oficial.

Os participantes descreveram então duas perspectivas de itinerário terapêutico em relação ao serviço da Atenção Básica. Rosa relata que, embora procure a médica quando apresenta algum problema de saúde, ao retornar para casa prefere recorrer aos remédios caseiros que costuma preparar, evitando a frequência no posto de saúde:

“A gente vai no médico, na doutora, ela fala: “olha, faz o preventivo, você está com uma inflamação, ela passa o remédio do posto. [...] Aí a gente pega, eu pelo menos em casa, pego, faço meus remédios caseiros, meu chá. [...] porque eu fico fazendo meu remédio caseiro, meu chá, e eu tomo o sumo das folhas, que eu sei que é boa para a inflamação, né? [...] porque eu não vou depender só do posto, só de estar aí: ‘eu tô com isso, com aquilo’ eu estou aí no posto, não, uma gripe, alguma coisa, garganta inflamada, não. Eu pego, eu faço meus remédios caseiros. [...] eu tenho muitas plantas que serve de remédio pra mim mesmo. [...] Que faz de manhã, pega se asseia com os seus banhos de remédio, né? E tudo isso é cuidado que a gente tem” - Rosa Galdino.

Em contrapartida, outro participante afirma seguir as orientações médicas como primeira opção, confiando nos tratamentos prescritos e buscando o serviço de saúde sempre que necessário. A parteira relatou que quando precisa recorre à família, mas *“quando precisa aplicar uma injeção, recorre à UBS”*. Outros participantes mencionaram que, ao perceber algum problema de saúde, a primeira ação é buscar uma consulta, destacando que, em seu caso, o atendimento costuma ser realizado pela médica da comunidade. O agente

comunitário de saúde complementa dizendo que, atualmente, a Unidade está localizada próxima à comunidade, o que facilita o acesso aos atendimentos.

Observa-se nesses dados, duas perspectivas de autonomia ou soberania dos pacientes. Uma que ocorre por meio de decisão individual em que a comunitária se utiliza de um direcionamento da médica para fazer remédios a partir de plantas medicinais e outro, a recomendação médica que denota confiança na mediação profissional na decisão dos próximos passos do tratamento. Nesse sentido, o profissional ocupa o lugar de quem oferece o diagnóstico, enquanto o paciente escolhe como irá mitigar seu sofrimento, recorrendo a seus próprios recursos e ao conhecimento que possui sobre o próprio corpo para direcionar suas decisões. Soares e Camargo Jr. (2007) propõem que a relação médico-paciente se construa dentro de uma rede que equilibre a autonomia e a dependência e se fortaleçam os diálogos entre pacientes, profissionais e familiares, superando o modelo autoritário e paternalista que existe no modelo de conhecimento médico-hegemônico.

Nesse sentido, os itinerários terapêuticos dos comunitários não é cristalizado, padronizado em uma única lógica, os caminhos se cruzam e se expandem à medida que o problema não se resolve em determinado núcleo. Um dos objetivos da Atenção Primária a Saúde é oferecer assistência e reduzir agravamentos que necessitem de deslocamentos para rede complexa como os centros hospitalares, no entanto, os participantes destacaram que um dos papéis da UBS é oferecer os encaminhamentos para a capital:

“Depois do retorno, vai ver o que que a médica fala, né? [...] — ‘você tem que procurar ir pra uma capital, pra outra cidade fazer os exames, porque não tá dando certo aqui não. Você pode tá com problema mais sério’. Aí a gente tem que procurar a capital pra ver o motivo”.

No entanto, nesse processo são encontradas fragilidades e barreiras de acesso:

“É a questão financeira que pega, né? Porque as vez exige uma complexidade que se tem urgência, e a família não tem condições, a rede pública não oferece, ou se oferece vai ter [...] uma longa fila de espera, né? Se for pro SISREG, por exemplo, né? E aí, alguma alternativa é o retorno à comunidade e aí a comunidade se mobiliza, faz assim. Aconteceu com a nossa, com que eu fiz uma cirurgia particular”. Manuel, ACS.

É nesse momento que os comunitários do distrito do Capanãzinho se mobilizam para que esse itinerário não seja interrompido. O ACS nomeia como o “*processo de ajuda comunitária em busca de recursos*”.

Além dos fatores culturais, os fatores sociais e econômicos interferem nesse caminho, que diz respeito à necessidade de deslocamentos para realizar exames e atendimentos médicos de alta complexidade como cirurgias. A população ribeirinha convive naturalmente em região distantes dos centros urbanos e em casos de necessidade para a busca de tratamentos mais complexos como em Manaus (capital do Amazonas) e Porto Velho (capital de Rondônia) precisam dispor de recursos econômicos para manter-se durante o tratamento na cidade. Para as pessoas que não possuem condições econômicas para custear estadia, transporte e exames particulares, os comunitários reúnem-se para promover torneios de futebol e bingos com o objetivo de arrecadar dinheiro para a família se manter.

Os eventos geralmente ocorrem aos finais de semana, sendo o bingo promovido após a missa da paróquia, cujos prêmios de natureza alimentar como frango assado e bolos feitos pelas famílias ou doados por outros comunitários. Os torneios de futebol ocorrem frequentemente ao estilo pênaltis, separados entre a disputa masculina e feminina.

Figura 18: Realização de um bingo beneficente



Nesse sentido, os ribeirinhos unem dois aspectos essenciais que fazem parte do seu cotidiano, o lazer e o compromisso social por meio da solidariedade. Essa união reforça os aspectos discutidos no primeiro capítulo sobre a indissociabilidade entre o social, espiritual e a saúde. O lazer promove bem-estar e fortalece os laços sociais, ao mesmo tempo em que ajuda o comunitário a alcançar a recuperação da saúde, que também depende de fatores econômicos, e a retornar o quanto antes para casa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo geral analisar como as práticas populares em saúde estão presentes no itinerário terapêutico da população ribeirinha do distrito do Capanãzinho. Para responder a esse objetivo, foram propostos três objetivos específicos: (I) identificar os significados atribuídos pelos ribeirinhos sobre o processo saúde-doença; (II) citar quais práticas populares em saúde são empregadas no cotidiano de cura e cuidado; (III) descrever os caminhos percorridos pelos ribeirinhos no processo saúde-doença.

Os protagonistas desta pesquisa foram duas especialistas populares: uma parteira e uma benzedeira/curandeira e um grupo de dez moradores do Distrito do Capanãzinho, que representam os usuários dos serviços e práticas de cuidado locais. A partir das entrevistas, dos grupos de discussão e das observações em campo, emergiram três eixos que estruturam o itinerário terapêutico dos ribeirinhos: as interpretações acerca da saúde e da doença; a atuação das especialistas populares como principais cuidadoras; e os caminhos percorridos diante de um problema de saúde.

As interpretações de saúde e doença revelaram o conflito pré-existente na literatura acerca do binômio saúde como ausência de doença e doença como representativo de condições incapacitantes. Nesse sentido, fatores psicossociais como alimentação, trabalho, gênero, relações sociais, sofrimento psíquico e espiritualidade foram apontados como indicativo de saúde ou a ausência dela. Ou seja, para além de uma visão de saúde comumente institucionalizada, passível de medicalização e eliminação, concluímos que a saúde é produzida com e no território e tudo que foge a esse escopo, como por exemplo, impedimento de sair para trabalhar ou ter que sair do seu território, é visto como algo nocivo.

Ao que tange a experiência das especialistas populares, a trajetória da parteira revelou um modo de cuidar profundamente enraizado no respeito ao tempo natural do parto e na valorização das redes comunitárias, especialmente por meio dos vínculos de compadrio. Seu trabalho estende-se ao acompanhamento do pós-parto e à realização de práticas corporais, como a “puxação da barriga”. Sua atuação se configura como uma forma de parto humanizado, alinhada a princípios de cuidado integral, mas que permanece desprovida de reconhecimento material, sobretudo pela ausência de remuneração e de valorização institucional.

Já a benzedeira manifesta, em suas práticas, a intersecção entre elementos do catolicismo popular e de religiões de matriz africana, mediando o cuidado por meio de rezas,

gestos e orientações recebidas de entidades espirituais. Seu trabalho expressa uma forma de cura que integra dimensões espirituais, corporais e ambientais, evidenciando a continuidade entre cultura, natureza e experiência. No entanto, sua atuação é atravessada por desafios específicos, como a intolerância religiosa, fenômeno que incide sobre pessoas que mobilizam saberes espiritualistas e afrodescendentes. Tanto a parteira quanto a benzedeira, cada uma em seu campo de atuação, reafirmam a potência das plantas medicinais, práticas corporais e a centralidade das relações familiares e comunitárias como fundamento das práticas populares de cuidado e cura.

As análises revelaram que, diante de um agravo à saúde, os ribeirinhos tendem a buscar primeiramente a resolução de suas demandas no âmbito familiar e comunitário, recorrendo ao atendimento médico apenas em última instância. Observou-se o uso combinado de diferentes recursos terapêuticos, em que a figura do profissional de saúde orienta o tratamento, mas a decisão sobre o uso de terapêuticas populares permanece sob responsabilidade do próprio paciente. Essa escolha reafirma a autonomia dos sujeitos sobre seus corpos e práticas de cuidado, sustentada tanto pela crença na eficácia dos preparados tradicionais quanto pela ausência de efeitos colaterais atribuída a eles.

A relação com a Unidade Básica de Saúde (UBS) aparece, sobretudo, vinculada à necessidade de realização de exames e consultas com especialistas, o que frequentemente exige o deslocamento até a cidade de Manaus. Tal condição implica na mobilização coletiva para angariar recursos financeiros que garantam a viagem e a estadia do paciente e de seu acompanhante na capital. Esse fenômeno evidencia que, na dinâmica ribeirinha, a saúde e sua manutenção não são compreendidas como responsabilidades individuais, mas como um compromisso compartilhado entre os membros da comunidade.

Os resultados desta pesquisa ampliam a compreensão teórica sobre o itinerário terapêutico ao evidenciar que o processo saúde-doença, entre os ribeirinhos, não se restringe a um percurso linear em busca de cura, mas constitui-se como um movimento relacional, simbólico e territorial. A análise das práticas de cuidado revelou que as dimensões espiritual e comunitária são constitutivas da experiência de adoecer e de cuidar, o que desafia concepções hegemônicas baseadas exclusivamente na racionalidade biomédica. Assim, este estudo contribui para o fortalecimento de perspectivas epistemológicas plurais e para o reconhecimento dos saberes populares como formas legítimas de produção de conhecimento e de cuidado em saúde.

No campo prático, os achados desta pesquisa apontam para a necessidade de elaboração e implementação de políticas públicas que reconheçam e valorizem os agentes populares de cuidado, como parteiras e benzedeiras, como atores fundamentais na rede de atenção à saúde das comunidades ribeirinhas. O estudo evidencia que o cuidado em saúde é sustentado por relações de solidariedade e corresponsabilidade coletiva, o que demanda estratégias de atenção que dialoguem com essas formas de organização social. Além disso, reforça-se a importância de ações de saúde que considerem as especificidades territoriais e culturais da Amazônia, fortalecendo o vínculo entre os serviços formais de saúde e os saberes tradicionais presentes nos modos de vida ribeirinhos.

Sugere-se o aprofundamento de novas investigações no campo da psicologia social em contexto rural ribeirinho que deem continuidade às reflexões aqui apresentadas. Estudos futuros poderão ampliar o escopo desta pesquisa ao incluir outras comunidades ribeirinhas, de modo a comparar diferentes itinerários terapêuticos e práticas populares de cuidado na Amazônia. Também se mostra relevante investigar as percepções e práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde que atuam nesses territórios, buscando compreender como se constroem, ou se tensionam os diálogos entre saberes biomédicos e populares. Além disso, pesquisas que considerem a dimensão de gênero e a experiência das mulheres no cuidado comunitário podem contribuir para revelar outras camadas das dinâmicas de saúde e cura na região.

De modo geral, os achados deste estudo reafirmam que a saúde, para os ribeirinhos do Capanãzinho, é compreendida como um bem coletivo, produzido nas relações de solidariedade e pertencimento à comunidade. As práticas populares mediadas por parteiras, benzedeiras e curandeiras revelam racionalidades próprias e modos de fazer saúde que desafiam a lógica biomédica centrada na doença. Reconhecer e valorizar esses saberes constitui um passo fundamental para a construção de políticas públicas e práticas profissionais mais sensíveis às realidades rurais amazônicas, que considerem a pluralidade de modos de viver, adoecer e cuidar. Assim, esta dissertação não apenas descreve um itinerário terapêutico, mas também contribui para o debate sobre a produção de uma saúde integral, que reconhece diferentes modos de cuidado e se orienta por um compromisso social.

Trabalhar e pesquisar na Amazônia, especialmente em comunidades ribeirinhas distantes dos centros urbanos requer resiliência e investimento humano e financeiro. Além disso, é necessário seguir a vontade do rio, pois quando este está em período de seca, não adianta brigar com a natureza, é necessário esperar que as águas voltem e contar com a ajuda

dele para nos levar até o destino. Trazer a realidade dos nossos povos para dentro do ambiente acadêmico requer ainda se desprender de crenças pré-estabelecidas, do pragmatismo e imediatismo do próprio tempo.

O tempo que a vida urbana nos condicionou não conta quando o motor para de funcionar, quando a comunitária se sente doente e não pode conceder entrevista, não conta quando não tem uma canoa para atravessar para o outro lado do rio. O tempo mostra que hoje é dia de ir para a roça fazer a farinha do parente ou do vizinho, que hoje é dia de bingo e torneio, pois um comunitário precisa de um tratamento, que o remédio feito com planta do quintal não tem a menor pretensão de seguir o imediatismo do remédio da farmácia. Os dados se mostram no cotidiano, nas conversas calmas de varanda e nos almoços após o puxirum na roça.

7 REFERÊNCIAS

- Albuquerque, D. S. & Gunther, I. A. (2019) Onde em nós a casa mora? Os ambientes residenciais nas relações pessoa-ambiente. In M. I. G. Higuchi, A. Kuhnen & C. Pato (Orgs.), *Psicologia ambiental em contextos urbanos*, (pp. 16-33). Edições do bosque/CFH/UFSC. *[Livro Psicologia Ambiental em Contextos Urbanos.indb](#)
- Alencar, D. G. D. S., & Costa, F. S. D. (2021). Resiliência pedagógica: Escolas ribeirinhas frente às variações de seca e cheia do Rio Amazonas. *Educação e Pesquisa*, 47, e230347. <https://doi.org/10.1590/s1678-4634202147230347>
- Almeida, A. V. D., & Caminha, A. F. (2009). Plantas e animais usados na cura e prevenção do “mau-olhado” segundo especialistas populares do Recife, Pernambuco, Brasil. *SITIENTIBUS série Ciências Biológicas*, 9(2/3), 114–121. <https://doi.org/10.13102/scb8000>
- Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista de Ciências Sociais*, 1(42), 29-43. <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/2179>
- Alves, P. C. (1993). Experiencing illness: Theoretical considerations. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 263–271. <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/3606>
- Alves, P. C. B., & Souza, I. M. A. (1999). Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: Considerações sobre Itinerário Terapêutico. In M. C. M. Rabelo, P. B. P. Alves & I. M. A. Souza (Orgs.), *Experiência de doença e narrativa* (20 ed., pp. 125-138). FIOCRUZ.
- Araújo, J. P., Lobo, L. C., Souza, R. C. B., Monteiro, A. X., Melo, G. Z. S., & Machado, R. C. F. (2023). Saberes e práticas tradicionais de saúde da população amazônica. *Saúde Coletiva Barueri*, 13(84), 1222012227. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2023v13i84p12220-12235>
- Barbosa, A. D., Peres, D. A., Bentes, J. C., Cunha, K. V. D., Pereira, M. Z., Souza, C. G. D., Lima, N. P. D., Silva, U. A. O. D., Nunes, V. K. D. S., & Silva, C. C. R. D. (2024). Tratamentos não convencionais em feridas por acidente ofídico por ribeirinhos da Amazônia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(9), e17609. <https://doi.org/10.25248/reas.e17609.2024>
- Batistella, C. E. C. (2007). Saúde, doença e cuidado: Complexidade teórica e necessidade histórica. In A. F. Fonseca & A. M. D. Corbo (Orgs.), *O território e o processo saúde-doença* (pp. 25-49). EPSJV/FIOCRUZ.

- Bezerra, P. A., Cavalcanti, P., & Moura, L. B. de A. (2023). Colonialidade e saúde: olhares cruzados entre os diferentes campos. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 33, e33025. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333025>
- Bôas, L. M. S. V. (2017). *Práticas populares e representações de saúde de comunidades ribeirinhas no Baixo Madeira* (Tese de doutorado em Psicologia Social). Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. BDTD: Práticas populares e representações de saúde de comunidades ribeirinhas no Baixo Madeira
- Brasil. (2007, 7 de fevereiro). Decreto n. 6040, de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. *Diário Oficial da União*, 8 fev. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
- _____. (2003, 11 de novembro). Decreto nº 4.873, de 11 de novembro de 2003. Institui o Programa Luz para Todos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 12 nov. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4873.htm.
- _____. (2011, 28 de setembro). Decreto nº 7.572, de 28 de setembro de 2011. Regulamenta dispositivos da Medida Provisória no 535, de 2 de junho de 2011, que tratam do Programa de Apoio à Conservação Ambiental - Programa Bolsa Verde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 29 set.
- _____. Ministério da Saúde. (2014, 9 de maio). Portaria nº 837, de 9 de maio de 2014. Institui as Equipes de Saúde Ribeirinha. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 12 maio. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0837_09_05_2014.html
- _____. (2010, 4 de novembro). Decreto nº 7.352, de 4 de novembro de 2010. Dispõe sobre a política de educação do campo e o Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária - PRONERA. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 5 nov. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2003/decreto-4873-11-novembro-2003-497318-publicacaooriginal-1-pe.html>.
- _____. (2011, 28 de setembro). Decreto nº 7.572, de 28 de setembro de 2011. Institui o Programa de Apoio à Conservação Ambiental Bolsa Verde. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 29 set.: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7572.htm.
- _____. Ministério da Saúde. (2010, 3 de agosto). Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010. Institui o Programa Saúde da Família Ribeirinha. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 4 ago. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2191_03_08_2010.html.

- _____. Ministério da Saúde. (2011, 24 de junho). *Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha*. Diário Oficial da União. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- Borges, M. S. (2008). Incorporação do saber de parteiras e benzedeiras às práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde*, 19(4), 323-332. Incorporação do saber de parteiras e benzedeiras às práticas de saúde | Comun. ciênc. saúde;19(4): 323-332, out.-dez. 2008. graf | LILACS
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brenes, A. C. (1991). História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos De Saúde Pública*, 7(2), 135–149. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000200002>
- Brito, R. S., Fernandes, S. L., Galindo, D. C. G., & Parra-Valência, L. (2021). Itinerários terapêuticos em comunidades rurais e tradicionais: Uma revisão sistemática. In C. J. S. Santos, M. E. F. Viegas (Orgs.), *Diversidade, espaço e relações étnico-raciais discutindo os procedimentos, dúvidas e percursos* (p. 77–89). Eduneal.
- Cabral, I., Cella, W., & Freitas, S. R. (2020). Comportamento reprodutivo em mulheres ribeirinhas: Inquérito de saúde em uma comunidade isolada do Médio Solimões, Amazonas, Brasil. *Saúde em Debate*, 44(127), 1066–1078. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012709>
- Calegare, M., Higuchi, M. I. & Forsberg, S. S. (2013). Desafios metodológicos ao estudo de comunidades ribeirinhas amazônicas. *Psicologia e Sociedade*, 25(3), 571-580. DOI: 10.1590/S0102-71822013000300011
- Calegare, M. G. A. (2015). Rural-urbano, estudos rurais e ruralidades: saberes necessários à Psicologia Social. In A. F. Lima, D. C. Antunes, & M. G. A. Calegare (Orgs.), *A Psicologia Social e os atuais desafios ético-políticos no Brasil* (pp. 458-475). ABRAPSO.
- Calegare, M. (2021). PROCESSOS E INTERATUAÇÃO PSICOSSOCIAL. In M. CalegarE & A. S. C. Mezzalira, (Orgs.), *Processos Psicossociais vol.2: práticas e reflexões sobre educação, saúde, ruralidades e política*. (pp. 27-48). Alexa Cultura/EDUA
- Calegare, M. (2023). Psicologia florestal amazônica e os processos psicoflorestais. In M. Calegare, L. P. Ribeiro, A. Oliveira-Méndez. *Psicologia Rural: percursos, práticas e reflexões latino-americanas*. (pp. 35-52). Alexa Cultura/EDUA

- Calegare, M., Fernandes, F. O. P., Gomes, T. J. S., Vale, J. A., & Sales, T. N. (2025). Etnopsicologia: Traçando mundos. In F. Scorsolini-Comin, A. L. Macedo, & J. F. M. H. Bairrão (Orgs.), *Etnopsicologia: Traçando mundos* (pp. 171–196). Pedro & João Editores.
- Canguilhem, G. (2006). *O normal e o patológico*. Forense Universitária.
- Cardoso, M. A. de S., & Nascimento, R. (2019). O dom e a dádiva entre parteiras do Amapá: Uma abordagem etnográfica. *Saúde e Sociedade*, 28(1), 235–249. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170010>
- Catré, M. N. C., Ferreira, J. A., Pessoa, T., Catré, A., & Costa Catré, M. (2016). Espiritualidade: Contributos para uma clarificação do conceito. *Análise Psicológica*, 34(1), 31–46. <https://doi.org/10.14417/ap.877>
- Cordeiro, L., & Soares, C. (2020). Revisão de escopo: Potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde*, 20(2), 37–43. <https://doi.org/10.52753/bis.2019.v20.34471>
- Costa, G. D. F., Pimentel, C., & Schweickardt, J. C. (2023). Perfil das parteiras tradicionais do Amazonas: relações do partejar entre serviços de saúde e participação política. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 33, e33023. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333023>
- Dantas, C. M. B., Dimenstein, M., Leite, J. F., Torquato, J., & Macedo, J. P. (2018). A pesquisa em Contextos Rurais: Desafios Éticos e Metodológicos para a Psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 30(0). <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30165477>
- Dejours, C. (2004). *Subjetividade, trabalho e ação*. Revista Produção, 14(3), 27–34. <https://doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>
- Diegues, A. C. (2008). O mito moderno da natureza intocada. HUCITEC/NUPAUB/USP
- Farias, A. S., Gomes Filho, M. R., Da Costa Arévalo, M., Cristino, J. S., Farias, F. R., Sachett, A., Silva-Neto, A. V., De Carvalho, F. G., Ambrósio, S. A., Da Silva Carvalho, E., Lacerda, M., Murta, F., Machado, V. A., Wen, F. H., Monteiro, W., & Sachett, J. (2023). Snakebite envenomations and access to treatment in communities of two indigenous areas of the Western Brazilian Amazon: A cross-sectional study. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 17(7), e0011485. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0011485>
- Fernandes, J. S. N., & Moser, L. (2021). Comunidades tradicionais: A formação socio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. *Revista Katálisis*, 24(3), 532–541. <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e79717>

- Fernandes, S. L. (2016). *Itinerários terapêuticos e política pública de saúde em uma comunidade quilombola do agreste de Alagoas, Brasil* [Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo]. Repositório USP. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07102016-175716/>
- Fernandes, S. L., & Santos, A. D. O. D. (2019). Itinerários Terapêuticos e Formas de Cuidado em um Quilombo do Agreste Alagoano. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(spe), e222592. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176272>
- Fernandes, S. L., Gonçalves, B. S., & Silva, L. S. P. (2022). Psicologia, Povos Tradicionais e Perspectivas De(s)coloniais: Caminho para Outra Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e263863. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003263863>
- Freitas, M. E. S., & Mota, C. G. (2024). Estratégia de saúde da família ribeirinha na Estratégia Capananzinho: Implementação e vivências. In M. A. Moreira, S. M. Lemos, V. C. M. Alves, & J. C. Schweickardt (Orgs.), *Amanhã será um novo dia: SUS presente nos territórios e na vida de Manicoré, AM* (pp. 146–158). Editora Rede Unida.
- Gama, A. S. M., Fernandes, T. G., Parente, R. C. P., & Secoli, S. R. (2018). Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), :e00002817. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00002817>
- Garnelo, L. (2022). Intermedicalidade, autoatenção e interfaces de sistemas de saberes sobre doença, cura e cuidados. In C. C. Teixeira, C. D. Silva, & L. Garnelo (Orgs.), *Saúde indígena em tempos de pandemia: Movimentos indígenas e ações governamentais no Brasil* (pp. 300–312). Mórula.
- Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos De Saúde Pública*, 22(11), 2449–2463. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001100019>
- Gomes, T. J. S. (2024a). *Da Aldeia à Universidade: Vivências cotidianas de mulheres indígenas em uma universidade do estado do Amazonas* [Universidade Federal do Amazonas]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/10213>
- Gomes, R. F., Oliveira, P. S. D., Silva, M. L. O., Miranda, S. V. C. de ., & Sampaio, C. A. (2024b). Itinerários terapêuticos no cuidado em saúde em comunidades quilombolas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e01602023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01602023>
- Gusman, C. R., Viana, A. P. A. L., Miranda, M. A. B., Pedrosa, M. V. & Villela, W. V. (2015). Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil:

reflexão sobre desafios. *Rev Panam Salud Publica*, 37(4/5), 365–70.
<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v37n4-5/365-370/pt>

Helman, C. G. (2006). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artmed.

Hur, D. U., & Calegare, M. G. A. (2016). Political Psychology and Ruralities *Psicología Política y Ruralidades*. *Revista Psicología Política*, 16(37), 277-283.
<https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v16n37/v16n37a02.pdf>

JBÍ. (s.d.) *About JBÍ* [homepage on the Internet]. Adelaide: JBÍ. <https://jbi.global/about-jbi>.

Kadri, M. R. E., Santos, B. S. D., Lima, R. T. D. S., Schweickardt, J. C., & Martins, F. M. (2019). Unidade Básica de Saúde Fluvial: Um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180613.
<https://doi.org/10.1590/interface.180613>

Kleinman, A. (1978). *Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems*. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12(2B), 85–93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)

Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books.

Landini, F. (2015). Introducción. In Landini, F. (Org.), *Hacia una psicología rural Latinoamericana* (p. 11–17). CLACSO.

Langdon, E. J. (2014). Os diálogos da antropologia com a saúde: Contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 1019–1029.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466. <https://doi.org/10.1590/S010411692010000300023>

Langdon, E. J. (2014). Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1019–1029.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.22302013>

Lemos, C. T. (2019). ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E SAÚDE: UMA ANÁLISE LITERÁRIA. *Revista Caminhos - Revista De Ciências Da Religião*, 17(2), 688–708. <https://doi.org/10.18224/cam.v17i2.6939>

Lima, A. F., & Lara, N. (2014). Sobre a(s) metodologia(s) de pesquisa em Psicologia Social Crítica. In A. F. Lima & N. Lara (Orgs.), *Metodologias de pesquisa em Psicologia Social Crítica* (pp. 7-12). Sulina.

- Lima, G. F. M. (2021). ELEMENTOS DO CULTO À POMBAGIRA MARIA PADILHA: A POSIÇÃO SIMBÓLICA DA MULHER NA RELIGIÃO AFRO-BRASILEIRA. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7(11), 337–346. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i11.3072>
- Lima, L. S., & Neto, L. N. A. (2020). Benzo com essa aqui: Conhecimento local de plantas utilizadas na benzeção em uma comunidade do município de Porto de Pedras-AL. *Mundaú*, (7), 138–154. <https://doi.org/10.28998/rm.2019.n.7.8000>
- Luz, M. (2011). Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: M. Pelizzoli (Org.), *Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da Doença*. (pp. 151-176). Ed. Universitária da UFPE.
- Macedo, J. P., & Dimenstein, M.. (2009). Psicologia e a produção do cuidado no campo do bem-estar social. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 293–300. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000300002>
- Maia, S. M. de S. & Silva, L. R. da. (2012). Saberes e práticas de mães ribeirinhas e o cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 131-138. <https://scielo.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a14.pdf>
- Mandú, E. N. T. (2004). Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 665–675.
- Marin, R. C., & Scorsolini-Comin, F. (2017). Desfazendo o “Mau-olhado”: Magia, Saúde e Desenvolvimento no Ofício das Benzedadeiras. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 37(2), 446–460. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002352016>
- Mauss, M. (2003). Sociologia e antropologia. Cosac Naify.
- Mendes, D. S., & Cavas, C. S. T. (2018). Benzedadeiras e benzedeiros quilombolas - construindo identidades culturais. *Interações (campo Grande)*, 19(1), 3–14. <https://doi.org/10.20435/inter.v19i1.1568>
- Minayo, M. C. de S., & Guerriero, I. C. Z. (2014). Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), 1103–1112. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.18912013>
- Silva, M. L. M., Sanches, G. de J. C., Gomes, A. M. T., & Yarid, S. D. (2021). Análise e validação do conceito de espiritualidade e sua aplicabilidade no cuidado em saúde. *Ciencia y Enfermería*, 27(38), 1-13. <https://doi.org/10.29393/ce27-38avms40038>
- Spink, M. J. P.. (1992). A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. *Saúde E Sociedade*, 1(2), 125–139. <https://doi.org/10.1590/S0104-12901992000200008>

- Miranda, H. R., Corrêa, J. A., Nogueira, L. M. V., Palmeira, I. P., & Rodrigues, I. L. A. (2017). Desvendando saberes e preocupações sobre a saúde entre homens ribeirinhos. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(9), 3446–3453. <https://doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201716>
- Moraes, L. L. D. C., Freitas, J. D. L., Matos Filho, J. R., Silva, R. B. L. E., & Santos, A. C. D. (2019). A Ethno-knowledge of medicinal plants in a community in the eastern Amazon. *Revista de Ciências Agrárias*, 42(2), 565-573. <https://doi.org/10.19084/RCA.15625>
- Moreira, K. F. A., de Santana, E. M., de Oliveira, J. L. C., Jácome, E. F., de Lima, J. A., Nobre, R. C. R., & da Silva, R. C. O. (2009). Parteiras ribeirinhas de Calama – Porto Velho/RO e o Vepop-SUS: o encontro de saberes. *Extensão Em Foco*, (3). <https://doi.org/10.5380/ef.v0i3.24858>
- Moura, P. H. B. D., Lucas, F. C. A., Tavares-Martins, A. C. C., Lobato, G. D. J. M., & Gurgel, E. S. C. (2016). *Etnobotânica de chás terapêuticos em Rio Urubueua de Fátima, Abaetetuba-Pará, Brasil. Biotemas*, 29(2), 77. <https://doi.org/10.5007/2175-7925.2016v29n2p77>
- Muniz, T. S. A. (2023). Da materialidade do período da borracha. *Revista de Arqueologia*, 36(2). <https://doi.org/10.24885/sab.v36i2.1063>
- Murrieta, R. S. S.. (2001). Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da Ilha de Ituqui, Baixo Amazonas, Pará. *Revista De Antropologia*, 44(2), 39–88. <https://doi.org/10.1590/S0034-77012001000200002>
- Nardi, M., Lira-Guedes, A. C., Albuquerque Cunha, H. F., Guedes, M. C., Mustin, K., & Gomes, S. C. P. (2016). Artisanal Extraction and Traditional Knowledge Associated with Medicinal Use of Crabwood Oil (*Carapa guianensis* Aublet.) in a Peri-Urban Várzea Environment in the Amazon Estuary. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2016(1), 5828021. <https://doi.org/10.1155/2016/5828021>
- Nascimento-Junior, B. J. do, Souza, E. R. de, Vital, E. A., Lopes, K. A., Silva, D. C. M., Gonçalves, R. K. S., Souto, L. B., & Vieira, D. D. (2021). Comparação dos conhecimentos entre agentes comunitários de saúde de zonas rurais e urbanas sobre o tratamento com plantas medicinais. *Revista Fitos*, 15(2), <https://doi.org/10.32712/2446-4775.2021.1057>
- Nepomuceno, L. B., Ximenes, V. M., Cidade, E. C., Mendonça, F. W. O., & Soares, C. A. (2009). Por uma psicologia comunitária como práxis de libertação. *Psico*, 39(4). <https://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/article/view/3532>
- Nina, S. de F. M. (2014). *Trabalho, ambiente e saúde: cotidiano dos fazeres da mulher rural na Amazônia* [Tese de doutorado, Universidade Federal do Amazonas – UFAM]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações. <https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4212>

- Oliveira, A. T. D., Ladislau, D. D. S., Ribeiro, M. W. S., Bassul, L. A., Paiva, A. J. V. D., Cardoso, L. D., Lavander, H. D., Mattos, D. D. C., Liebl, A. R. D. S., & Aride, P. H. R. (2020). Conhecimento tradicional de pescadores de arraias de água doce da região Amazônica. *Revista Ibero-Americana de Ciências Ambientais*, 11(2), 128–135. <https://doi.org/10.6008/CBPC2179-6858.2020.002.0015>
- Oliveira, J. A. de, & Nina, S. de F. M. (2014). Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. *Saúde E Sociedade*, 23(4), 1162–1172. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400004>
- Oliveira, P. S. D., Santos, M. F., Silva, R. A., & Souza, L. G. (2024). Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e01762023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01762023>
- Oliveira, P. S. D., Santos, M. F., Silva, R. A., & Souza, L. G. (2024). Itinerários terapêuticos de mulheres quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(3), e01762023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024293.01762023>
- Oliveira, R. D. S. D., Peralta, N., & Sousa, M. D. J. S. E. (2019). As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 33, 79–100. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.05.a>
- Pagani, E., Santos, J. D. F. L., & Rodrigues, E. (2017). Culture-Bound Syndromes of a Brazilian Amazon Riverine population: Tentative correspondence between traditional and conventional medicine terms and possible ethnopharmacological implications. *Journal of Ethnopharmacology*, 203, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2017.03.024>
- Paiva, G. J. (2022). *Psicologia da Religião: Uma introdução*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Palharini, L. A., & Figueirôa, S. F. de M.. (2018). Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 25(4), 1039–1061. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008>
- Pimentel, J. G. S. O., Silva, F. A. S. da, & Silva, J. da C. (2024). OS DESAFIOS DA PRÁTICA DA BENZEÇÃO NO ESTADO DE RONDÔNIA, BRASIL. *Revista Da Casa Da Geografia De Sobral (RCGS)*, 26(2), 217–239. <https://doi.org/10.35701/rcgs.v26.969>

- Pojo, E. C., Elias, L. G. D., & Vilhena, M. de N. (2014). As Águas E Os Ribeirinhos - Beirando Sua Cultura e Margeando Seus Saberes. *Margens*, 8(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.18542/rmi.v8i11.3249>
- PRISMA STATEMENT. (2020). *PRISMA 2020 Flow Diagram* [Internet]. [S.l.]: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>.
- Reis, A. E. S., Schweickardt, J. C., Guedes, T. R. O. D. N., Santos, I. C. P. A. M. D., & Murta, S. G. (2024). Navegando pelo “rio da vida”: A produção do cuidado em situações de urgência e emergência em um território da Amazônia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e230649. <https://doi.org/10.1590/interface.230649>
- Rente Neto, F., & Furtado, L. G. (2016). A ribeirinidade amazônica: Algumas reflexões. *Cadernos de Campo (São Paulo - 1991)*, 24(24), 158–182. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v24i24p158-182>
- Ribeiro, D. (1995). *O povo Brasileiro: A formação e o sentido do Brasil* (2º ed). Companhia das Letras.
- Ribeiro, M. A., & Silva, J. D. C. (2020). Mitos ribeirinhos: Múltiplos espaços na Amazônia. *Revista Presença Geográfica*, 07(Esp.02), 76-90. <https://doi.org/10.36026/rpgeo.v7i2.5599>
- Ribeiro, M. R., & Galvão, E. F. C. (2022). Conhecimentos tradicionais como medicina popular de cuidado com a saúde em uma comunidade ribeirinha do interior da Amazônia. *Research, Society and Development*, 11(15), e402111537312. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37312>
- Ribeiro, R. V., Bieski, I. G. C., Balogun, S. O., & Martins, D. T. D. O. (2017). Ethnobotanical study of medicinal plants used by Ribeirinhos in the North Araguaia microregion, Mato Grosso, Brazil. *Journal of Ethnopharmacology*, 205, 69–102. <https://doi.org/10.1016/j.jep.2017.04.023>
- Rodrigues, E., Lago, J. H. G., Santos, J. D. F. L., & Bitencourt, A. L. V. (2018). Nests of “caba-leão” wasps (*Sceliphron* sp., Sphecidae) used in traditional medicine by riverine communities of the Jaú and Unini Rivers, Amazon, Brazil: Ethnopharmacological, chemical and mineralogical aspects. *Revista Brasileira de Farmacognosia*, 28(3), 352–357. <https://doi.org/10.1016/j.bjp.2018.04.005>
- Rodrigues, J. V. da S., Barros, L. S. S. de, Coelho, J. V. da C., Marques, C. (2024). HumanÆ. *Questões controversas do mundo contemporâneo*, 18,(2), 1-15. <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/980>
- Roese, A. (2011). Sofrimento espiritual, busca de sentido e espiritualidade. *Revista Pistis & Praxis*, 3(2), 333–359. <https://doi.org/10.7213/pp.v3i2.13196>

- Rückert, B., Cunha, D. M., & Modena, C. M. (2018). Saberes e práticas de cuidado em saúde da população do campo: Revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 22, 903–914. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0449>
- Maciel Salazar, G. K., Saturnino Cristino, J., Vilhena Silva-Neto, A., Seabra Farias, A., Alcântara, J. A., Azevedo Machado, V., Murta, F., Souza Sampaio, V., Val, F., Sachett, A., Bernarde, P. S., Lacerda, M., Wen, F. H., Monteiro, W., & Sachett, J. (2021). Snakebites in “invisible populations”: A cross-sectional survey in riverine populations in the remote western Brazilian Amazon. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 15(9), e0009758. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009758>
- Santana, V. S.; Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia*, 21(1), 58-68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Santos Bezerra, M. J. P. S., Videira, P. L., & Custódio, E. S. (2020). “Se eu não fizer o bem, o mal não faço!”: O sagrado afro-indígena vivenciado pelas benzedadeiras do quilombo do Cria-ú no Estado do Amapá. *REVER*, 20(2), 123-132. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2020vol20i2a9>
- Santos, I. R. da S. & Almeida, M. G. (2018). TERRITÓRIO E LUGAR: CONSIDERAÇÕES SOBRE O VIVER RIBEIRINHO NO PANTANAL SETENTRIONAL. *Geosul, Florianópolis*, 33(69), 189-209. <http://dx.doi.org/10.5007/2177-5230.2018v33n69p189>
- Santos, L. S., Junior, M. R. de M., & Lucas, F. C. A. (2020). PLANTAS E RELIGIOSIDADES NA REGIÃO INSULAR DE BELÉM, PARÁ. *ETNOBIOLOGÍA*, 18(3). <https://revistaetnobiologia.mx/index.php/etno/article/view/359>
- Santos, L. S., Santos, R. D. S., Moraes Junior, M. R. D., Lucas, F. C. A., Custódio, C., Passos, L. D. S., & Nascimento, E. D. (2023). A medicina tradicional ribeirinha em vozes femininas. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*, 18(1), e20210068. <https://doi.org/10.1590/2178-2547-bgoeldi-2021-0068>
- Santos, L. S., Moraes, J. M. R., Lucas, F. C. A. (2020). Plantas e religiosidades na região insular de Belém, Pará. *Etnobiología*, 18(3), 41–60. <https://www.revistaetnobiologia.mx/index.php/etno/article/view/359>
- Santos, W. P., Moraes, I. S., Rodrigues, M. P. S., Schweickardt, J. C. & Ferla, A. A. (2024). Diálogos decoloniais sobre o parir: a experiência das oficinas de trocas de saberes com parteiras tradicionais do Amazonas. *Revista Saúde em Redes*, 10(3), 01-21. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2024v10n3.4557>
- Schweickardt, J. C., Sousa, M. J. S., Nascimento, A. C. S., Freitas, S. C., Oliveira, T. N., Vale, F. S. Vale, M. L. P., Tibúcio, R. N., & Pereira, S. T. (2020). “Tem que ter as

- mãos leves”: a técnica de “pegar a barriga” como cuidado da gestante pelas parteiras tradicionais na região do Médio Rio Solimões, Amazônia-Brasil. In J. C. Schweickardt, M. J. da S. Sousa, A. C. S. do A. C. S. do Nascimento, M. D. M. Gomes, & T. dos S. Moraes (Orgs.), *Parteiras tradicionais: conhecimentos compartilhados, práticas e cuidado em saúde* (1ª ed., pp. 59-71). Editora Rede Unida.
- Screnci-Ribeiro, R., & Neto, G. G. (2016). O Universo Das Espécies Vegetais Da Comunidade Ribeirinha De Passagem Da Conceição, Várzea Grande, Mt, Brasil. *Flovet*. <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/flovet/article/view/4025>
- Sevalho, G. (2024). Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. *Cadernos de Saúde Pública*, 40(12), e00035724. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT035724>
- Silva, C. A. A. da., Rocha, K. A. F. da., Marquezi Ferro, L. R., Oliveira, A. J. de ., & Rivas, M. G. . (2021). A influência da fé no tratamento de pacientes oncológicos. *Psicologia E Saúde Em Debate*, 7(2), 214–235. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V7N2A14>
- Silva, K. de B. & Macedo, J. P. (2017). Psicologia e Ruralidades no Brasil: Contribuições para o Debate. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(3), 815–830. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002982016>
- Silva, M. J. de S. E., Schraiber, L. B., & Mota, A. (2019). The concept of health in collective health: Contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 29(1), e290102. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
- Silva, M. P. D., Marcelino, R. S., Guimarães, A. F., Silva, S. F. D., Reis, M. H. D. S., Portugal, J. K. A., Lima, P. A. V., & Gama, A. S. M. (2023). Plantas medicinais entre Agentes Comunitários de Saúde Ribeirinhos: Conhecimento, uso, forma de preparação e indicação. *Revista Enfermagem UERJ*, 31, e78314. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.78314>
- Silva, M. P. da, Marcelino, R. S., Guimarães, A. F., Silva, S. F. da, Reis, M. H. da S., Portugal, J. K. A., ... Gama, A. S. M. (2023). Plantas medicinais entre Agentes Comunitários de Saúde Ribeirinhos: conhecimento, uso, forma de preparação e indicação. *Revista Enfermagem UERJ*, 31(1), e78314. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2023.78314>
- Silva, R. L. S. D., Santos, E. R. A. D., Andrade, E. G. R. D., Rodrigues, I. L. A., Nogueira, L. M. V., & Silva, E. P. D. (2023). Produção científica sobre a saúde da população ribeirinha no território brasileiro: Estudo bibliométrico. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 13, e41. <https://doi.org/10.5902/2179769284359>
- Silva, S. C., Dias-Scopel, R., & Schweickardt, J. (2020). Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: Reflexões sobre o papel da parteira tradicional.

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 24, e190030.
<https://doi.org/10.1590/interface.190030>

- Soares, J. C. R. S., & Camargo Junior, K. R. (2007). Patient autonomy in the therapeutic process as a value for health. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65–78. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000100007>
- Sousa, M. C. de, Queiroz, G. da S., Morais, M. G. G. de, Albuquerque, L. T. C. de, Malheiro, D. R., & Oliveira, C. D. M. de. (2021). Cura pela Fé: As Benzedeiras do Cariri Cearense / Healing by Faith: The Benzedeiras of Cariri Cearense. *ID on Line. Revista De Psicologia*, 15(54), 323–332. <https://doi.org/10.14295/idonline.v15i54.2971>
- Souza, C. N. M. D., Silva, J. P. D. J., Santos, J. A., & Lucas, F. C. A. (2023). Plantas medicinais em quintais periurbanos: Espaços de valorização da biodiversidade em São Miguel do Guamá, Pará. *Interações (Campo Grande)*. <https://doi.org/10.20435/inter.v24i2.3490>
- Souza, M. J. C., Lobato, S. L. X., & Menezes, R. A. D. O. (2019). Conhecimento tradicional de plantas medicinais na comunidade ribeirinha do Igarapé Banha no Município de Mazagão-Amapá, Amazônia brasileira. *Estação Científica (UNIFAP)*, 9(1), 51. <https://doi.org/10.18468/estcien.2019v9n1.p51-62>
- Tornquist, C. S. (2007). Gerar, Parir, Narrar: Narrativas de Parto e o Poder (relativo) das Mulheres. In F. Fischman, & L. Hartmann (orgs.). *Donos da Palavra: Autoria, Performance e Experiência em Narrativas Orais na América do Sul* (pp. 132-155). Editora UFSM.
- Trindade, K. A., Andrade, L. F., Sampaio, P. Y. S., Melo, M. S. S., & Hernandez, R. S. (2022). Spirituality and Health: a look through different social actors. *Research, Society and Development*, 11(2), e41311225874. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i2.25874>
- Trindade, D. C. (2014). *As benzedeiras de Parintins: práticas, rezas e simpatias*. EDUA.
- Vaz, F. (1996). *Ribeirinhos na Amazônia identidade e magia na floresta*. UFOPA.
- Veiga, J. B., & Scudeller, V. V. (2015). Etnobotânica e medicina popular no tratamento de malária e males associados na comunidade ribeirinha Julião – baixo Rio Negro (Amazônia Central). *Revista Brasileira de Plantas Medicinais*, 17(4 suppl 1), 737–747. https://doi.org/10.1590/1983-084X/14_039
- Vieira, N. C., Lima, E. C. & Garcia, D. A. (2024). Parteiras e o partejar na Amazônia: uma análise discursiva. *Revista Humanidades e Inovação*, 11(2), 183-192. <https://doi.org/10.1590/2178-2547-BGOELDI-2021-0068>

- Vilas Bôas, L. M. S., & Oliveira, D. C. de. (2020). A Força Das Tradições Culturais Presente nas Representações Sociais em Comunidades Ribeirinhas: uma Análise Informatizada dos Processos Cuidativos E Itinerários De Saúde. *Revista Presença Geográfica*, 7(2), 108–130. <https://doi.org/10.36026/rpgeo.v7i2.5609>
- Wagles, C. (1957). Uma comunidade amazônica: estudo do Homem nos Trópicos. Companhia Editora Nacional.
- Walsh, C. (2019). Interculturalidade e decolonialidade do poder: Um pensamento e posicionamento “outro” a partir da diferença colonial. *Revista Eletrônica da Faculdade de Direito da Universidade Federal de Pelotas*, 5(1), 6–39. <https://doi.org/10.15210/rfdp.v5i1.1500>

8 APÊNDICES

Perfil dos entrevistados Nome: _____ Idade: _____ Comunidade: _____ Local de nascimento: _____ Possui filhos: sim () não (). Se sim, quantos? _____ Há quanto tempo você mora no Capanãzinho? _____
a) Processo saúde e doença - O que é ter saúde? - Como você se sente quando está saudável? -O que é estar doente? -Quando a(o) senhora (or) percebe que está doente? -Quando está doente como a senhora se cuida? -Como você cuida da saúde de quem lhe procura?
b) Práticas populares de saúde - Como você é conhecida aqui na comunidade? -Como as pessoas lhe chamam aqui na comunidade? -Há quanto tempo você ajuda as pessoas a curar doenças? -Com quem você aprendeu essas práticas? -Para quais motivos ou doenças as pessoas costumam lhe procurar? -Qual significado dessas práticas para a(o) senhora(or)?
c) Itinerário terapêutico -Quando as pessoas vêm até a senhora para curar doenças elas já haviam procurado ou tentado outro jeito? -Você recomenda outro tipo de tratamento que não seja os caseiros? Se sim, quais?
d) Recurso no território -O que tem aqui na sua comunidade que te ajuda a cuidar da sua saúde e das pessoas?
1) Abertura -Apresentação da pesquisa

-Leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -Tirar as dúvidas -Registros das assinaturas
2) Acolhimento
-Cada participante irá se apresentar e falar sobre algo de bom que aconteceu durante sua semana
3) Pergunta disparadora (processo saúde e doença) -Para iniciar o Grupo de Discussão a pergunta disparadora será “O que é saúde?” E “o que é doença?”
4) Introdução ao tema das Práticas Populares em Saúde e Itinerário terapêutico
-Em cartazes estarão escritos os tipos principais de cuidados tradicionais da comunidade: parteira, remédios caseiros, puxador e benzimentos -Os participantes terão que escolher algum que utilize ou já utilizou e escrever ou falar em qual situação precisou utilizar -Pergunta: “Vocês costumam recomendar para as pessoas que conhece? Se sim, quais situações?” -Pergunta: Quando vocês ficam doentes a quem vocês procuram ajuda primeiro? Me conte seus caminhos até ficar bom
5) Recurso no território
-Quais são os lugares aqui da comunidade ou do Capanãzinho que fazem bem para a saúde de vocês ou gerem bem-estar? -O que tem na comunidade que os ajuda a cuidar da saúde? -Tem um lugar na comunidade que quando o senhor está o senhor diz “esse é um lugar de saúde”?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **“As Práticas Populares de Saúde no Itinerário Terapêutico de Comunidades Ribeirinhas”**, cuja pesquisadora responsável é a mestrande Maria Eduarda Souza Freitas sob orientação da Prof^a. Dr^a. Socorro de Fátima Moraes Nina e coorientação de Dayse da Silva Albuquerque.

O objetivo do projeto é **analisar como as práticas populares em saúde estão presentes no itinerário terapêutico da população ribeirinha do distrito do Capanãzinho**. Esta pesquisa é desenvolvida a partir do Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). O (A) Sr(a) está sendo convidado por ser morador do distrito do Capanãzinho e se encaixar no perfil de ribeirinho.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

Caso aceite participar sua participação consiste em responder a uma entrevista com perguntas que se interessam sobre as formas de cuidado em saúde, bem como seu itinerário terapêutico envolvendo práticas populares de saúde presentes na sua comunidade. O local da coleta de dados ocorrerá no seu ambiente domiciliar para que não seja necessário o deslocamento da sra (o) para outro lugar. Ao (à) Sr(a) serão esclarecidas todas as dúvidas em qualquer fase e sobre qualquer aspecto da pesquisa que desejar. Sua identidade será preservada conforme os padrões éticos de sigilo, assim, como qualquer informação que o (a) identifique. Quanto a participação no estudo, não existirão despesas ou compensações pessoais ou financeiras relacionadas a sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, será de responsabilidade da pesquisadora. Estes encontros serão gravados em áudio para serem transcritos de forma integral, auxiliando na posterior análise da pesquisadora. Esses dados serão armazenados de forma criteriosa, respeitando os procedimentos de confidencialidade e privacidade conforme estabelece a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) são a possibilidade de constrangimentos, desconfortos e vergonha decorrentes dos conteúdos abordados durante as entrevistas individuais. Caso aconteça, o (a) Sr (a) poderá ser atendido (a) pela própria pesquisadora que enquanto psicóloga, suspenderá

a entrevista para prestar suporte psicológico inicial e posteriormente encaminhado ao serviço de psicologia prestado na Unidade Básica de Saúde Manuel Vaz Vieira.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: compreender como as práticas populares de saúde estão presentes no cotidiano da população ribeirinha e como isso reflete o cuidado em saúde individual e familiar. Esta pesquisa trará importantes contribuições para os estudos da psicologia em contexto rural e temáticas da Saúde Coletiva que envolvem cuidados tradicionais de saúde.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente por meio de débito em conta (transporte ou alimentação).

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário. Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Em caso de dúvidas, o (a) Sr (a) pode entrar em contato com a orientadora da pesquisa, professora Dr^a Socorro de Fátima Moraes Nina, no endereço institucional: Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos 3000 Campus Universitário - Setor Sul, Bloco X, e com a mestrandia Maria Eduarda Souza Freitas, no endereço institucional: Rua General Rodrigo Otávio, nº 300, Coroado I, UFAM, laboratório Yandé Kaá Pura (YKP).

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

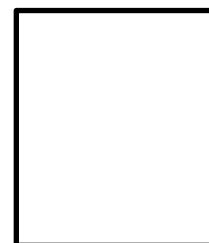
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, CPF: _____, li e concordo em participar da pesquisa e fui informado(a) sobre os objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Data: ____ de _____ de 20 ____.

Manicoré, ____ / ____ / ____

Assinatura do Participante



Assinatura do Pesquisador Responsável

Autorização de uso de imagem e dados digitais

Eu, _____, CPF: _____, também autorizo de forma gratuita e sem qualquer ônus o(a) pesquisador(a) responsável a utilização de imagem e dados digitais, em meios acadêmicos e pedagógicos de divulgação possíveis, quer sejam na mídia impressa (livros, catálogos, revista, jornal, entre outros), e nos meios de comunicação interna (jornal e periódicos em geral, na forma de impresso, voz e imagem), observados os dispostos na Lei nº 9.610/98 de 19 de Fevereiro de 1998, que altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. A presente autorização e cessão são outorgadas em caráter gratuito, não incorrendo a autorizada em qualquer custo ou ônus, seja a que título for, sendo firmadas por livre e espontânea vontade.

Assinatura do (a) participante

9 ANEXOS

10 TERMO DE ANUÊNCIA**ASSOCIAÇÃO AGROEXTRATIVISTA NOVA ALIANÇA DOS CASTANHEIROS
CAPANAENSES****TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu **RAIMUNDO DOCE PRESTES**, RG nº 2028822-0 CPF: 869.382.902-53

estado civil: **CASADO**.

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "As Práticas Populares de Saúde no Itinerário Terapêutico da População Ribeirinha", sob a coordenação e a responsabilidade da pesquisadora Maria Eduarda Souza Freitas, e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida a ser realizada no distrito de Capanazinho, no período de 01 de junho de 2024 a 01 de junho de 2025, após a devida aprovação no sistema CEP/CONEP.

Manicoré, 20 de abril de 2024

CPF: 04.505.343/0001-69
AANACC
Raimundo D Prestes
Presidente

Raimundo Doce Prestes

Raimundo Doce Prestes - presidente AANACC

CADASTRO NACIONAL DE PESSOA JURÍDICA - CNPJ
04.505.343/0001-69
ASSOCIAÇÃO AGROEXTRATIVISTA NOVA
ALIANÇA DOS CASTANHEIROS
CAPANAENSES - AANACC
Com Nossa Senhora de Nazaré, s/n
Capanazinho
CEP: 69.280-000
(MANICORÉ AM)