



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SOCIEDADE**

**LAYLA DE CASSIA BEZERRA BAGATA**

**CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES RIBEIRINHAS:  
RELAÇÕES DE SABER-PODER NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

**SANTARÉM-PA**

**2018**

**LAYLA DE CASSIA BEZERRA BAGATA**

**CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES RIBEIRINHAS:  
RELAÇÕES DE SABER-PODER NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade da Universidade Federal do Oeste do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Sociedade.

**Linha de Pesquisa:**  
Sociedades amazônicas, sistemas culturais e sociabilidades

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Edna Ferreira Coelho Galvão.

**SANTARÉM-PA**

**2018**

**Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)**  
**Sistema Integrado de Bibliotecas – SIGI/UFOPA**

---

B144c Bagata, Layla de Cassia Bezerra

Cuidado em saúde de mulheres ribeirinhas: relações de saber-poder no interior da Amazônia/ Layla de Cassia Bezerra Bagata. – Santarém, 2018.  
112 fls.: il.

Inclui bibliografias.

Orientadora: Edna Ferreira Coelho Galvão.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade. Santarém, 2018.

1. Saúde de mulheres - Amazônia. 2. Práticas populares. 3. Método arqueológico. I. Galvão, Edna Ferreira Coelho, *orient.* II. Título.

CDD: 23 ed. 362.109811

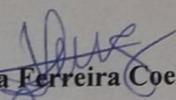


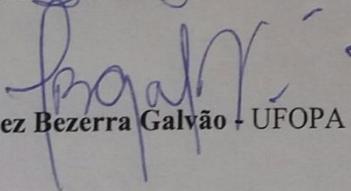
Universidade Federal do Oeste do Pará  
Pró-reitoria de Pesquisa, Pós-graduação e Inovação Tecnológica  
Instituto de Ciências da Sociedade  
Programa de Pós-graduação em Ciências da Sociedade  
Mestrado Acadêmico em Ciências da Sociedade

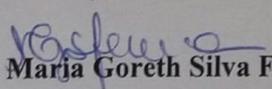


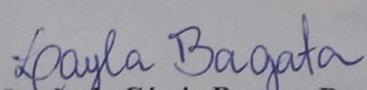
### ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

No dia 13 de agosto de 2018 foi realizada a defesa da dissertação intitulada “**CUIDADO EM SAÚDE DE MULHERES RIBEIRINHAS: RELAÇÕES DE SABER-PODER NO INTERIOR DA AMAZÔNIA**”, da mestranda **Layla de Cássia Bezerra Bagata**, devidamente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade – PPGCS. A banca examinadora estava composta pelos professores doutores: **Juarez Bezerra Galvão** e **Maria Goreth Silva Ferreira**, mediação realizada pela Profa. Dra. **Edna Ferreira Coelho Galvão (orientadora)**. A apresentação teve início às 9:30h e finalização às 10h. Após o término da apresentação foi realizada a arguição pelos devidos membros examinadores. A sessão foi finalizada às 11:11h após a divulgação do resultado da defesa de dissertação de mestrado, na qual a aluna foi aprovada. Para efeito legal segue a presente ata assinada pela professora orientadora, pelos professores avaliadores e pela mestranda.

  
Prof.ª. Dra. **Edna Ferreira Coelho Galvão** (orientadora)

  
Prof. Dr. **Juarez Bezerra Galvão** - UFOPA

  
Profa. Dra. **Maria Goreth Silva Ferreira** - UEPA

  
**Layla de Cássia Bezerra Bagata** (mestranda)

*Para meus avós Osvaldo e Otília, “In Memoriam”, esta é uma homenagem a vocês e ao lugar que tanto amavam.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus, pois tudo é para a sua honra e glória. Tudo é do Pai. Em seguida, agradeço:

Aos meus pais, minhas fontes inesgotáveis de amor e cuidado.

Ao meu esposo, meu companheiro de vida.

À minha amiga/irmã Aldine, pela amizade, amor e escuta.

À Comunidade de Mentai pela acolhida e, em especial, às mulheres que fazem parte dessa pesquisa, por compartilharem suas histórias e seus saberes.

Aos amigos do mestrado, pela alegria do convívio.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Edna, pela confiança, amizade e ensinamentos.

À banca examinadora pela disponibilidade e dedicação.

A todos, que de alguma forma, fizeram parte desta caminhada.

## RESUMO

A presente pesquisa teve como objetivos analisar as práticas de saber e poder presentes no cotidiano de mulheres ribeirinhas, acerca do cuidado em saúde, a fim de conhecer o perfil, modo de vida e organização social das mulheres ribeirinhas e analisar no discurso das mulheres ribeirinhas como a relação saber-poder se revela nas relações de cuidado da saúde. Apoiado no referencial teórico das Práticas Populares de Cuidado, tendo como base metodológica o método arqueológico de Michel Foucault. Para a produção dos dados foram realizadas entrevistas e aplicação de questionário sócio epidemiológico no período de julho de 2017. Participaram dessa pesquisa 22 mulheres da Comunidade de Mentai, localizada na Resex Tapajós-Arapiuns em Santarém – PA. A análise dos dados se deu por meio da Análise Foucaultiana do Discurso. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com protocolo CAAE: 66666817.8.0000.5168. E mediante autorização do Instituto Chico Mendes de Biodiversidade (ICMBio), bem como da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém. O presente estudo foi desenvolvido seguindo as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde-CNS Nº466/2012. O cotidiano vivenciado na comunidade proporcionou observar um pouco da rotina das mulheres, suas vivências, suas redes de cuidado e seus papéis sociais, e também conhecer a realidade da comunidade de Mentai a partir destas mulheres. Para análise e discussão dos dados emergiram as seguintes categorias: *As mulheres de Mentai, Saúde e Doença, O cuidado e Os saberes produzidos pelos atravessamentos de discursos*. A análise dos dados aponta que a organização social e o modo de vida das mulheres de Mentai se assemelham muito as demais comunidades ribeirinhas da Amazônia, essas mulheres atrelam as concepções de saúde, doença e cuidado, principalmente, à higiene e cuidados com o próprio corpo e, manejam os diferentes dispositivos disponíveis para o Cuidar: unidade de saúde, enfermeira, agente comunitário de saúde, benzedores, puxadores, dentre outros. Para essas mulheres ter cuidado é cuidar da alimentação, da higiene, das roupas, da limpeza da casa e do quintal e, os cuidados com a saúde estão atrelados a cosmovisão das populações ribeirinhas da Amazônia. Os conhecimentos e práticas, sobre saúde e cuidado, das mulheres de Mentai são influenciados tanto pelo discurso dos profissionais de saúde que atuam na comunidade de forma permanente ou não, como também pelo saber popular compartilhado entre elas, suas famílias, vizinhos e amigos. Entendemos que no processo saúde e doença a grande habilidade do profissional de saúde está em ouvir o outro, ir além de sinais e sintomas, compreender a complexidade que o outro é e as inúmeras possibilidades e positivities que o seu corpo possui. Ampliamos, também, o entendimento do saber popular enquanto algo que pode agregar ao processo terapêutico, e não uma barreira entre a cultura e a medicina moderna.

**Palavras-Chaves:** Práticas populares, Cuidado em saúde, Método arqueológico.

## ABSTRACT

The objective of the present research was to analyze the knowledge and power practices present in the everyday life of riverine women, about health care, in order to know the profile, way of life and social organization of the riverside women and to analyze in the discourse of the riverside women as the knowledge-power relationship is revealed in health care relationships. Supported in the theoretical reference of the Popular Practices of Care, having as methodological basis the archaeological method of Michel Foucault. For the production of data, interviews and the application of a socio-epidemiological questionnaire were carried out in July 2017. Twenty-two women from the Mentai Community, located in the Resex Tapajós-Arapiuns, in Santarém, PA, participated in this study. The analysis of the data was done through Foucault's Discourse Analysis. The research was approved by the Research Ethics Committee, according to CAAE protocol: 66666817.8.0000.5168. And with authorization from the Chico Mendes Institute of Biodiversity (ICMbio), as well as from the Municipal Health Department of Santarém. The present study was developed following the requirements of Resolution of the National Health Council-CNS No. 466/2012. The everyday life experienced in the community allowed us to observe a little of the routine of women, their experiences, their nets of care and their social roles, and also to know the reality of the Mentai community from these women. For the analysis and discussion of the data emerged the following categories: Women of Mentai, Health and Disease, Care and Knowledge produced by speech traverses. Data analysis shows that the social organization and way of life of Mentai women are very similar to the other riverside communities of the Amazon, these women have the conceptions of health, disease and care, mainly hygiene and care with the body itself and, they manage the different devices available for Caring: health unit, nurse, community health agent, benzers, handles, among others. For these women to be careful is to take care of the food, the hygiene, the clothes, the cleaning of the house and the backyard, and the health care are linked to the cosmovision of the riverside populations of the Amazon. Mentai women's knowledge and practices on health and care are influenced both by the discourse of health professionals who work in the community permanently or not, as well as by popular knowledge shared among them, their families, neighbors and friends. We understand that in the health and disease process, the health professional's great ability is to listen to the other, to go beyond signs and symptoms, to understand the complexity that the other is and the innumerable possibilities and positivities that his body possesses. We also expand the understanding of popular knowledge as something that can add to the therapeutic process, and not a barrier between culture and modern medicine.

**Keywords:** Popular practices, Health care, Archaeological method.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mapa de localização da Resex Tapajós-Arapiuns .....	50
Figura 2 - Localização da comunidade de Mentai .....	51
Figura 3 - Localização da antiga Casa Favorita .....	52
Figura 4 - Igreja de São Sebastião .....	53
Figura 5 - Casas construídas na primeira fase do projeto de habitação na comunidade .....	55
Figura 6 - Sistema de abastecimento de água .....	57
Figura 7 - Unidade Básica de Saúde de Mentai.....	58
Figura 8 - Escola Municipal São Sebastião .....	59
Figura 9 - Rádio Comunitária TransMentai .....	59
Figura 10 – Modelo do Mapeamento Discursivo das entrevistas com as mulheres.....	62
Figura 11 – Exemplo de agrupamento dos discursos.....	63

## **LISTA DE ABREVIações E SIGLAS**

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
APEPROMA - Associação de Pequenos Produtores Rurais de Mentai e Alto Mentai  
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento  
CAPES – Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
FEAGLE - Federação das Associações de Moradores e Comunidades do Assentamento Agroextrativista da Gleba Lago Grande  
FLONA – Floresta Nacional do Tapajós  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
ICMBio - Instituto Chico Mendes de biodiversidade  
INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária  
IPAM – Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PCCU - Exame de Prevenção do Câncer de Colo Uterino  
PET/SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde  
PNEPS/SUS - Política nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS  
PNHR - Programa Nacional de Habitação Rural  
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
PNPMF - Programa Nacional de Planta Medicinais e Fitoterápicos  
RESEX - Reserva Extrativista  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS - Unidade Básica de Saúde

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
Situando-me no contexto.....	11
O objeto de estudo em questão.....	12
<b>1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>19</b>
1.1 Cuidado e Cuidado em Saúde.....	19
1.2 Resignificação da saúde.....	26
1.3 Práticas culturais de saúde e processos de aculturação do discurso dos civilizados..	35
1.4 Práticas de objetivação e subjetivação, disciplinamento e controle .....	39
<b>2. METODOLOGIA.....</b>	<b>47</b>
2.1 Método Arqueológico.....	47
2.2 O lócus da pesquisa .....	50
2.2.1 A comunidade de Mentai – Rio Arapiuns .....	50
2.3 A produção dos dados.....	60
2.4 Análise foucaultiana do discurso .....	60
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
3.1 As mulheres de Mentai.....	64
3.2 Saúde e Doença.....	70
3.3 O cuidado.....	82
3.4 Os saberes produzidos pelos atravessamentos de discursos.....	90
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>96</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>101</b>

## INTRODUÇÃO

### **Situando-me no contexto**

Durante o curso de graduação em Enfermagem passamos por diversos cenários e conhecemos vários sujeitos que são protagonistas na arte de cuidar, cada qual com suas peculiaridades e contextos. Ao conviver diretamente com moradores de uma área rural do Município de Belterra – PA, durante a graduação, percebi particularidades que compõe essa população e interfere na promoção da saúde nestes territórios, como por exemplo, as condições climáticas e geográficas, podendo atuar como barreiras neste processo. Dentre elas, destaco a distância entre algumas comunidades e a Unidade Básica de Saúde (UBS), fato que interfere na ida das pessoas até a unidade e também dos médicos e enfermeiros até as comunidades, dificultando consultas domiciliares e busca ativa de doentes. Além da disponibilidade de meios de transportes<sup>1</sup>, durante o inverno amazônico essas adversidades tornam-se ainda mais acentuadas.

Além das questões físicas que tornavam os atendimentos mais desafiadores, observei o uso de práticas populares de cuidado em saúde, que incluem o uso de chás, banhos, defumações, benzimentos, emplastos, dentre outros. Tais práticas não eram novidade, ao contrário, fizeram e fazem parte da nossa formação enquanto pessoa. São costumes que foram passados pelas mulheres de nossa família. Mas enquanto acadêmica e hoje profissional, foi possível ver que em diversos momentos esses usos foram desencorajados ou desvalorizados por profissionais de saúde, em um contexto e com sujeitos que, em determinadas situações, só podem lançar mão destes recursos para manter sua saúde, até conseguirem atendimento especializado.

Isso nos fez refletir acerca da influência exercida por essas práticas na promoção da saúde e despertou-nos o interesse em estudá-las, não na perspectiva de realizar um mapeamento das práticas em si, como por exemplo, quais plantas são mais usadas para determinadas doenças, como já fizeram outros autores

---

<sup>1</sup> Os horários determinados para o ônibus nas comunidades interferem nos atendimentos de saúde, tendo em vista que médicos e enfermeiros tem que realizar seus atendimentos antes do horário do ônibus, o que muitas vezes, não é possível dada a demanda de pacientes, ou os atendimentos acabam sendo apressados para não interferir no retorno das pessoas para suas casas.

(GUIMARÃES, 2013; HEISLER, 2015; CEOLIN, 2012), mas buscando compreender as relações de saber e poder nas práticas populares de cuidado em saúde.

A decisão de direcionar a pesquisa para as mulheres partiu de dois pontos, o primeiro incidiu também da graduação, enquanto bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET/Saúde) e atuando durante 2 anos, no projeto com mulheres e crianças, e foi possível perceber, enquanto profissional e mulher, os desafios presentes no SUS e em seus programas para a garantia da Saúde da Mulher. O segundo partiu da percepção de que enquanto mulher, o aprendizado das práticas populares de saúde, se deu com outras mulheres.

Por todo o contexto vivenciado, a pesquisa voltou-se para uma comunidade ribeirinha<sup>2</sup> da Amazônia. A comunidade de Mentai tem como um de seus fundadores meu bisavô paterno, e apesar do pouco vínculo com o lugar, essa pesquisa é um desafio e uma homenagem.

### **O objeto de estudo em questão**

Esta pesquisa discute saúde a partir de uma abordagem social, compreendendo que as diferentes formas de saber em saúde são hierarquizadas a partir de relações de poder, e que isto pode implicar em barreiras entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Têm-se como categoria principal as práticas populares de cuidado, que são formas de pensar e fazer saúde acumuladas tradicionalmente.

De acordo com Foucault (1987) as relações de poder-saber não devem ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento, que seria ou não livre em relação ao sistema do poder, mas é preciso considerar que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são efeitos das implicações poder-saber.

O poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); não há relação de poder nem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 1987, p.30).

---

<sup>2</sup> A inserção da categoria “Ribeirinhos” neste estudo não constitui uma identidade da população estudada. O uso do termo parte de uma escolha da pesquisadora em identificar quem são esses atores que compõe a pesquisa, diante em um território que possui um grande contingente de populações tradicionais (quilombolas, índios, ribeirinhos, seringueiros, etc).

Foucault nos esclarece que o saber advém dos efeitos das relações de poder-saber e de suas transformações históricas; que não há saber sem uma prática discursiva<sup>3</sup> definida. “A esse conjunto de elementos, formados de maneira irregular por uma prática discursiva e indispensável à constituição de ciência, apesar de não se destinarem necessariamente a lhe dar lugar, pode chamar-se saber” (FOUCAULT, 2000, p. 206).

Essas práticas de saber e poder permeiam os discursos sobre saúde e instituem regimes de verdade nas relações entre profissionais e pacientes. Segundo Ojeda (2004) o saber em saúde apresenta múltiplos poderes e positivities, mas necessita de abertura para novos saberes, práticas e o questionamento do saber científico como único estatuto que nos pode garantir um viver saudável.

O saber em saúde tem em seu discurso e, presumimos, em suas práticas o saber médico que coloca em sua ingerência o biopoder com práticas inquestionáveis, hermeticamente fechadas ao olhar das pessoas diretamente envolvidas. Sob essa ética ainda vemos em nossos dias o exercício das práticas das diferentes profissões. Poderes com múltiplas positivities parecem encobertos a esse estatuto nos assinalando a necessidade de repensarmos nossas ações; ações essas que necessitam de abertura para novos saberes, novas práticas para o questionamento se o saber científico é o único estatuto que nos garanta um viver saudável. Olhar a saúde sob a dimensão da vida e não da doença requer novos modos de subjetivação que rompam com concepções dicotômicas do viver e do exercício profissional: ou se está bem, ou se está mal, ou se está doente ou se está sadio; ou se é enfermeiro, ou se é nutricionista, ou se é médico ou se é assistente social. O viver e a saúde necessita conciliarem-se no sentido de que a cada dia conquistamos o direito e o dever de sermos saudáveis, mesmo estando acometidos por determinadas doenças (OJEDA, 2004, p.194).

Compreendendo o saber enquanto prática, mediado por relações de poder e a saúde constituída a partir de determinantes sociais e culturais, é mister pensar que relações de poder também se dá/constrói mediante relações culturais. Ao considerar a forma como cada sociedade/grupo organiza/pensa suas relações no âmbito da saúde, verifica-se que não há uma única maneira de fazer e pensar saúde, mas diferentes práticas que variam de acordo com a cultura de cada povo e da interpenetração de diferentes culturas.

---

<sup>3</sup> Segundo Foucault (2000, p. 136) prática discursiva é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiriam, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa. Para Fischer (2001) Exercer uma prática discursiva significa falar segundo determinadas regras, e expor as relações que se dão dentro de um discurso.

Tratando-se de Amazônia, temos uma realidade social que passa pelos saberes acumulados tradicionalmente - passados de uma geração a outra – e aqueles apreendidos pelos profissionais de saúde na academia. Essa relação entre saberes científicos e tradicionais e os discursos usados para que cada saber seja tido como verdade, são geradores de conflitos. E por vezes, os saberes tradicionais são segregados por não serem científicos, ou seja, por não serem considerados verdadeiros.

Partimos, portanto, da necessidade de repensar a saúde e os saberes tradicionalmente acumulados a partir de novos modos de subjetivação<sup>4</sup>, onde os seres humanos sejam tidos como agentes ativos no cuidado de sua saúde e seus saberes e práticas populares de cuidado sejam valorizadas.

Nessa perspectiva, o cuidado em saúde surge como ponto de partida para tal discussão, por estar presente nas relações pessoais e sociais que são construídas diariamente nas famílias, escolas, associações, grupos religiosos, dentre outros. Repensar esse cuidar cotidiano e as práticas populares de cuidado propicia repensar, também, a forma de fazer e discutir saúde nas comunidades tradicionais da Amazônia.

Os ribeirinhos, foco deste estudo, são descritos por Mendonça et al. (2007) como populações que possuem sua organização social em torno do rio, este é base da sua sobrevivência, fonte de alimentos e via de transporte. Para eles, o complexo cultural amazônico compreende um conjunto de valores, crenças, atitudes e modos de vida, que delineiam a sua organização social em um sistema de conhecimentos, práticas e usos dos recursos naturais. Ainda segundo estes autores, o saber tradicional das populações ribeirinhas é alicerçado na vivência dos indivíduos, nas suas relações pessoais e com o ambiente, constitui uma grande riqueza e possui ampla diversidade, o que levou esses saberes a serem cada vez mais valorizados. Portanto, as populações tradicionais amazônicas desenvolvem um modo de vida singular, marcado pela interação com a floresta, rios, lagos, dentre outros, que é transmitido de uma geração para a outra.

---

<sup>4</sup> Segundo Castanheira e Correia (2010) esses processos de subjetivação referem-se às relações que são definidas de si mesmo, consigo mesmo. O modo como o próprio homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento.

A partir disso surgiu como interesse direcionar a pesquisa para os saberes e práticas produzidos por mulheres ribeirinhas, pois são elas que tecem redes de cuidado cotidianamente, junto a familiares, amigas, vizinhas. Mas também, como expressa Boff (2013), o cuidado é, por excelência, o espaço do feminino (no homem e na mulher), mas principalmente na mulher. A mulher, para o autor, possui positivities existenciais que pesam mais do que princípios abstratos e imperativos. Ao tomarem decisões éticas, as mulheres sentem necessidade de possuir mais informações concretas que nascem da experiência, que precisam de conversar com as pessoas, de ver-lhe o rosto e os olhos, detectar-lhes os desejos e sonhos (BOFF, 2013).

Helman (1994) afirma que em quase todas as culturas a maior parte da atenção primária à saúde ocorre dentro da família e, os principais responsáveis pela assistência à saúde são, em geral, mulheres – mães e avós. Neste sentido, compreendem-se as mulheres enquanto protagonistas na arte de cuidar de si e do outro, tem-se nelas as vozes que darão contorno às práticas populares de cuidado no interior da Amazônia.

Neste sentido, busca-se compreender como se dá as relações de saber e poder presentes nas práticas populares de cuidado em saúde de mulheres ribeirinhas de comunidade de Mentai – Rio Arapiuns.

A partir disso, têm-se os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:**

- Analisar as práticas de saber e poder presentes no cotidiano de mulheres ribeirinhas, acerca do cuidado em saúde.

**Objetivos específicos:**

- Conhecer o perfil, modo de vida e organização social das mulheres ribeirinhas.
- Analisar no discurso das mulheres ribeirinhas como a relação saber-poder se revela nas relações de cuidado da saúde.

Partindo de uma concepção ampliada de saúde e do entendimento de que esta é determinada socialmente, e que desse modo os fatores sociais interferem diretamente na saúde da população e definem por que algumas pessoas adoecem e outras não. Torna-se fundamental que se conheça as particularidades de cada grupo social para que a educação, as políticas públicas de saúde, seguridade social e os diversos setores da sociedade possam articular suas ações de forma a atender as necessidades da população, haja vista que a intersetorialidade é eixo estruturador que permite uma abordagem completa dos problemas sociais.

Neste sentido, valorizar as práticas e cuidados de saúde tornou-se uma grande preocupação para profissionais que atuam no processo saúde-doença. Pensar esse processo vai além de, simplesmente, saber identificar patologias e seus tratamentos, exige também conhecer os sujeitos que o compõe, que são ativos, que elaboram e reproduzem meios de promover a sua saúde, assim como, de quem eles cuidam. Os diferentes saberes e práticas geram diferentes modos de cuidar.

A fim de compreender o contexto geral do objeto de estudo em análise foi feito o estado da arte do tema, no *Banco de Teses e Dissertações* da CAPES e na base de dados *Lilacs*, dos últimos cinco anos, utilizando como palavras-chaves: “saberes e práticas tradicionais em saúde”, “relações de saber e poder no âmbito da saúde” e “método arqueológico Foucault saúde”. Devido ao grande volume de pesquisas apresentadas, deu-se preferência por aquelas que apresentavam uma maior relação com a temática deste estudo.

Foi possível observar que muitas pesquisas que tratam sobre saberes tradicionais abordam isso através da educação e de práticas pedagógicas - saberes docentes (DINIZ, 2012; LABEGALINI, 2015; ROSA, 2015; CEOLIN, 2012); ou saberes e práticas dos profissionais, principalmente enfermeiros, em suas assistências (LUIZ, 2013; SANTOS, 2015a). A grande maioria dos estudos sobre saberes tradicionais é abordada no âmbito da estratégia Saúde da Família, ou envolvem saberes e práticas de mateiros e parteiras (MATOS, 2015; SPADACIO, 2013; MARCO, 2012; STANISKI, 2016; FARIAS, 2013; RODRIGUES, 2016; CLARINDO, 2014; SILVA, 2014; COROIA, 2013; SANTOS, 2015b; BRAGA, 2015; GUIMARAES, 2013; FLORIANO, 2016; HEISLER, 2015; ARAUJO 2016). Muitas pesquisas também são realizadas a partir do viés da etnobotânica e modos de

apropriação da natureza (FLORIANO, 2016; DUARTE, 2016; PESSOA, 2015; ANTONIO, 2013; RODRIGUES 2014).

Também é possível encontrar abordagens que usam o olhar de outros sujeitos (pesquisa com escolares, agentes comunitários de saúde), relacionados a diversas categorias analíticas como higiene, cânceres, pacientes hospitalizados, nutrição. Ao tratar sobre a temática “cuidado em saúde”, este apresenta um maior número de estudos relacionando-o com a gestação, parto, climatério, saúde mental, portadores de HIV/AIDS, saúde da pessoa idosa (BISOGNIN,2016; ROCHA, 2014; SANTOS, 2016; SILVA, 2016a; PIMENTEL, 2018; BUBADUE, 2015). Os estudos dos saberes ribeirinhos possuem maior relação com a questão ambiental e territorial. Tratando-se da enfermagem, as discussões sobre saberes e práticas envolvem práticas assistenciais cotidianas, como cuidados hospitalares, manuseio de cateteres e sondas, práticas educativas e relação profissional-paciente (VIEIRA, 2014; MAGNUS, 2015; BITTENCOURT, 2014; OLIVEIRA, 2014a; FIGUEIRA, 2017).

As pesquisas acerca de relações de saber-poder no âmbito da saúde são tratadas a partir da atividade gerencial dos serviços de saúde e da implantação de políticas públicas de saúde (OLIVEIRA, 2014b; BISCARDE, 2016; ALVES, 2016; BRANCO, 2016; AZEVEDO, 2013; NEGRINI, 2015). Outros estudos abordam as relações de saber-poder na enfermagem e na relação enfermeiro-paciente (BAPTISTA, 2016; SILVA, 2016b; BARLEM, 2012; FERREIRA, 2014).

Os estudos que fazem uso do método arqueológico abordam o viés histórico e o processo de democratização da saúde pública brasileira (BORGES, 2012; LOPES,2012). E de uma forma mais específica, a Política de Humanização do SUS (AMORIM, 2014; PITERSKIH, 2013). A análise foucaultiana também é abordada no âmbito da saúde mental e atendimento psiquiátrico (ROBLES, 2013).

Em relação ao banco de dados *LILACS*, utilizando as mesmas palavras-chaves, foram encontrados 37 artigos. Porém, nem todos apresentavam uma relação de proximidade com a temática deste estudo. As abordagens sobre saber tradicional tratavam especialmente do saber de populações indígenas ou sobre assuntos mais específicos como a malária. Sobre relações de saber/poder no âmbito da saúde e quanto ao método arqueológico não foram encontrados materiais que seguissem a temática proposta.

Dos estudos encontrados que possuem alguma relação com a temática na perspectiva do cuidar de si e do outro se destacam Rocha (2014), Nink (2016), Teixeira (2012) e Machado (2012).

O levantamento bibliográfico realizado possibilitou destacar as principais temáticas que têm sido produzidas e, que possuem relação com o objeto deste estudo, para então consolidá-lo e definir os capítulos da presente dissertação.

O capítulo 1 trás a fundamentação teórica da pesquisa pautada em quatro eixos: o primeiro aborda o cuidado e o cuidado em saúde, o segundo eixo trata do processo de ressignificação da saúde que passou do modelo biomédico para uma assistência que busca atender a integralidade do sujeito; o terceiro eixo versa sobre as práticas culturais de saúde e processos de aculturação e o quarto eixo trás a base teórica para discussão das relações de poder/saber abordando as práticas de objetivação e subjetivação, disciplinamento e controle.

O capítulo 2 traça o percurso metodológico estabelecido, a partir da escolha do Método Arqueológico de Michel Foucault, bem como a apresentação do lócus da pesquisa, escolha dos participantes e descrição da produção e análise dos dados por meio da Análise Foucaultiana do Discurso.

Na tentativa de concretizar os objetivos e responder a questão de pesquisa, o capítulo 3 traz os resultados e discussão dessa pesquisa, baseada nos dados coletados, percepção da pesquisadora e apoiados no referencial teórico que embasa esse trabalho. Por fim, compartilhamos as considerações finais desta pesquisa.

## 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 1.1 Cuidado e Cuidado em Saúde

Falar de cuidado em saúde remete inicialmente ao entendimento, presente no senso comum, de procedimentos ou técnicas que possibilitem o bom andamento de uma prática terapêutica ou um tratamento. Porém, para compreender a sua complexidade é necessário antes que o cuidado seja compreendido como um construto filosófico, uma interação entre o cuidador e aquele que recebe o cuidado que transcende a técnica, para torna-se uma prática social.

A fábula do cuidado de Higino pode indicar diversas aproximações hermenêuticas, aqui, porém, daremos destaque a discussão levantada por Ayres (2005) a partir de seu entendimento de Heidegger, para o autor a fábula possibilita uma auto compreensão existencial da condição humana como Ser do cuidado.

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe a forma de um ser humano. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter acedeu de bom grado.

Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a deusa Terra. Ela quis conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material de seu corpo. Originou-se então uma discussão generalizada. Decomum acordo pediram a Saturno, o pai de todos os deuses e o senhor do tempo, para que arbitrasse a questão. Ele acedeu prontamente e tomou a seguinte decisão, que pareceu justa a todos: “Você, Júpiter, deu-lhe o espírito; receberá, pois, de volta o espírito quando essa criatura morrer. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas você, Cuidado, que foi quem, por primeiro, moldou a criatura, cuidará dela enquanto viver. E, uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita o *Humus*, que significa Terra fértil. (Fábula do Higino – BOFF, 2013, p. 55-56)

Boff (2013) assim como Ayres (2005) vê na fábula a condição humana como algo de divino, de terreno e de temporal em sua constituição. O primeiro aspecto destacado por Ayres (2005) é o movimento. “O Cuidado move-se no leito do rio e é movendo-se que percebe a argila”. Para o autor esta alegoria aponta para a construção de nossas identidades de seres vivos, do “encontro” que se deu a

partir do “movimento” surgiu o interesse de moldar o humano. “Esta identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo” (AYRES, 2005). O segundo aspecto é a interação, a alegoria é marcada por interações, seja do Cuidado com a argila, do Cuidado com sua criatura e Júpiter e assim por diante. Das *interações* surge o terceiro aspecto, que são identidade e alteridade:

Um aspecto muito relevante das diferentes interações é que as identidades existenciais só se estabelecem no ato mesmo dessas interações. O cuidado se faz artesão em presença da argila e a argila só tem sua plasticidade atualizada por força do cuidado. Do encontro do artesão com a argila surge a criatura que, sendo produto da existência do artesão e da argila, não é mais nem artesão nem argila. Quando a criatura-forma ganha existência, coloca-se o problema da falta do espírito, que acaba por resolver-se com Júpiter, que se faz origem do espírito vivente, fazendo da criatura um ser vivente e da terra a origem do corpo de um ser vivente. A identidade de cada um se faz sempre, portanto, na presença de seu outro. A alteridade de cada um se define sempre pela construção de uma identidade, e vice-versa (AYRES, 2005, p.93).

O quarto aspecto é a plasticidade da argila, que permite moldá-la. Para o autor a nossa própria existência é plástica, é moldável, e se não fosse, não haveria existência. O quinto aspecto é o projeto. Ayres afirma que a plasticidade, o movimento, as interações e identidade nada seriam sem o potencial criador, “a capacidade de conceber e construí projetos próprios ao Cuidado”. Ayres retoma Heidegger e afirma que é daí que este sustenta que o Ser do humano é cuidado, é projetar-se e, ao mesmo tempo, ser o “curador” do projeto. “Tudo ocorre a partir do encontro desejante com as circunstâncias”, sendo, portanto, o desejo o sexto aspecto (AYRES, 2005, p. 94).

O sétimo aspecto é a temporalidade. É sempre na perspectiva do fluxo do tempo, do devir da existência, que faz sentido falar de cuidado, ao mesmo tempo que o cuidado é, em si mesmo, condição de possibilidade dessa tripartição temporal e devenida da existência. O Cuidado não é o Ser, não é matéria, nem espírito; não podemos explicar a sua existência nos termos de causa e efeito, o que leva ao oitavo aspecto: a não-causalidade. E por fim, “cuidar não é só projetar, é um projetar responsabilizando-se; um projetar ‘porque’ se responsabiliza” (AYRES, 2005, p. 95).

Esses diversos aspectos deixa claro a complexidade do cuidado, que para além de uma simples categoria de estudo, é uma prática que se faz presente em todas as ações humanas. O cuidado é exigido de diferentes formas e em diversos

momentos na vida dos seres humanos, desde cuidar de si mesmo e do próprio corpo – com o cuidado com a própria saúde, com o alimento, o intelecto e o espírito – até o cuidado para com o outro – com os filhos, a família, pacientes, alunos. Enfim, as manifestações do cuidado em nossas vidas são infinitas, todos os simples atos humanos envolvem relações de cuidado. Cuidar e ser cuidado são demandas de nossa existência, Boff (2013) afirma que ele está presente nas duas pontas da nossa vida: no nascimento e na morte. A criança sem cuidado não existe; o moribundo precisa de cuidado para sair decentemente desta vida.

Para adentrar no cuidado como elemento das práticas de saúde é necessário visitar uma segunda construção conceitual: a categoria “cuidado de si” de Michel Foucault. Foucault (2014) compreende que os textos dos dois primeiros séculos da Era Cristã, apesar de tratarem sobre a austeridade sexual e a moral dos prazeres, são marcados por uma insistência sobre a atenção que convém ter consigo mesmo. O autor afirma que na época imperial<sup>5</sup> ocorreu o apogeu desse momento, e o desenvolvimento do que ele denominou “cultura de si”, na qual foram intensificadas e valorizadas as relações de si para consigo. Nas palavras de Ayres (2005), uma espécie de tecnologia que emerge historicamente da experiência social na forma de saberes e práticas, voltados para a construção do lugar eu e do outro na complexa teia de suas interações, nos planos público e privado – *Techne tou biou* para Foucault (2014).

Essa arte da existência é para Foucault (2014) dominada pelo princípio segundo o qual é preciso “ter cuidados consigo”. Ocupar-se consigo mesmo - *heautou epimeleisthai* – é, segundo o autor, um tema bem antigo na cultura grega, para isso ele aponta relatos de Plutarco, Ciro, Xenofonte e Sócrates. O alcance tomado pelo cuidado de si o fez de fato ser uma “cultura de si”.

Por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu uma alcance bem geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso, um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas ou eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a trocas e comunicações, e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT, 2014, p. 58).

---

<sup>5</sup> Segundo Ayres(2005) esse período vai do século I a.C. ao século II d.C.

A *epimeleia heautou* ou a *cura sui* (FOUCAULT, 2014) evoca a saúde da alma, um aperfeiçoamento da alma com a ajuda da razão. O autor traça historicamente os diversos momentos em que os filósofos destacaram a necessidade de cuidar ou aperfeiçoar a própria alma. Foucault retoma os textos de Epicteto para afirmar que foi confiado ao ser humano o cuidado de si, e é aí que reside a diferença em relação aos outros seres vivos. Cuidar-se é uma característica humana, ou melhor, é o que nos torna humanos como afirma Boff (2013). Não cuidar-se é desprezar a liberdade que nos foi concedida, ao sermos os únicos responsáveis pelo próprio Ser.

Segundo Foucault (2014) na cultura de si, o aumento do cuidado médico foi claramente traduzido por uma certa forma de atenção com o corpo, porém o autor adverte, que o termo *epimeleia* não designa simplesmente uma preocupação, mas todo um conjunto de ocupações: as atividades do dono de casa, as tarefas de um príncipe, os cuidados para com um doente ou um ferido, as obrigações com a religião ou com os mortos. *Epimeleia* implica em labor. O labor de que Cuidado teve ao moldar o Humano e ser tornar responsável por ele na fábula de Hígino.

Buscamos em Leonardo Boff uma terceira construção de cuidado, segundo o autor cuidado remete ao latim *cura*, que significa exatamente cuidar e tratar. O cuidado é uma atitude, fonte permanente de atos, atitude que se deriva da natureza do ser humano. Duas significações são preponderantes no cuidado enquanto atitude: A primeira designa desvelo, a solicitude, a atenção, a diligência e o zelo que se devota a uma pessoa ou grupo ou a algum objeto de estimação. O segundo sentido deriva do primeiro, por causa deste envolvimento afetivo, “o cuidado passa a significar: a preocupação, a inquietação, a perturbação e até o sobressalto pela pessoa amada ou com a qual se está ligado por laços de parentesco, amizade, proximidade, afeto e amor” (BOFF, 2013, p. 28-29).

Com base nessas significações Boff (2013, p. 34-36) elabora alguns conceitos de cuidado. O primeiro destaca o cuidado mais íntimo nas relações entre homens e com a natureza, “Cuidado é uma atitude de relação amorosa, suave, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade, pessoal, social e ambiental”. O cuidado mantém o equilíbrio nas relações entre os seres humanos e entre as

relações destes como a natureza. O segundo ressalta o nosso instinto de sobrevivência, ele trás características que possibilitaram a nossa evolução, “O cuidado é todo tipo de preocupação, inquietação, desassossego, incômodo, estresse, temor e até medo face às pessoas e a realidade com as quais estamos afetivamente envolvidos e por isso nos são preciosas”. Boff (2013) deixa claro que essa segunda conceituação não pode dominar nossas ações, pois se forem exacerbadas, elas se tornam sombrias.

O terceiro sentido elaborado por Boff (2013) tem relação com a necessidade e a vontade de cuidar e ser cuidado, “Cuidado é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade e a predisposição de cuidar, criando um conjunto de apoios e proteções que torna possível essa relação indissociável”. Chamamos atenção, para a relação “mãe-filho” e “profissional-paciente”, que são relações que envolvem essa “necessidade” e “vontade”. O quarto conceito de Boff (2013) destaca a precaução e a prevenção:

Cuidado-precaução e cuidado-prevenção constituem aquelas atitudes e comportamentos que devem ser evitados por causa das consequências danosas previsíveis (prevenção) e aquelas imprevisíveis pela insegurança dos dados científicos e pela imprevisibilidade dos efeitos prejudiciais ao sistema-vida e ao sistema-terra (precaução) (BOFF, 2013, p. 36).

Somos seres conscientes de nossas ações, e nos damos conta quando as consequências de nossos atos são benéficas ou maléficas para outrem ou para o nosso planeta. A manifestação do cuidado enquanto precaução e prevenção nos permite continuar sendo, como afirma Boff (2013), seres éticos e responsáveis. Esses diversos sentidos de cuidado conceituados por Boff, coexistem permanentemente segundo o autor, eles mesclam-se de forma inseparável, tornam a existência humana paradoxal e contraditória, mas sempre apetecível e de valor inestimável.

Boff (2013) defende que o ser humano é por natureza e essência um ser de cuidado. Cuida e é cuidado. Para o autor, tal cuidado é exigido em praticamente todas as esferas da existência, desde o cuidado do corpo, dos alimentos, da vida intelectual e espiritual, da condução geral da vida até o atravessar uma rua. O cuidado é a essência do ser. Nossas mais simples ações, nossas práticas cotidianas são cercadas pelo cuidado, de forma tão natural, porque não dizer, quase instintiva. Cabe-nos então buscar compreender do que se trata esse cuidado, que se faz

presente em nossa vida de modo tão intrínseco que por vezes não é nem percebido, mas constituem nossas ações, nossas práticas humanas.

A partir dessas perspectivas adentramos no cuidado como elemento das práticas de saúde. Boff (2013) aponta os passos pelos quais o cuidado foi penetrando no pensamento e nas práticas de saúde, bem como na enfermagem. No primeiro, o cuidado foi centrado no *sujeito*, no médico e na médica, na enfermeira e no enfermeiro (cuidado de enfermagem) – cabe destacar a primeira referência de cuidado na enfermagem: Florence Nightingale (1820-1910) – na maneira mais cuidadosa de executar os procedimentos, no passo a passo, na técnica. No segundo momento o cuidado centra-se nos “princípios científicos”, onde destaca-se a produção de novos aparelhos de intervenção, de análise e diagnósticos. Nesse momento a enfermagem passou a se apropriar de conhecimentos de anatomia, fisiologia, microbiologia e química, assim como na incorporação de habilidades na utilização de novos instrumentos. Cultuou-se a eficácia e centrou-se o cuidado com os *meios*.

Boff (2013) afirma que isso tornou a medicina uma ciência cada vez mais especializada, onde além do aprendizado pela prática se fez necessário que os médicos acompanhassem os avanços científicos num nível interdisciplinar, também reforçou a importância da atenção primária. Porém, o autor também afirma que as próprias comunidades inseridas nos processos terapêuticos, trocam os saberes populares pelos científicos, em benefício de uma medicina mais globalizada e eficaz. Levando em consideração, as recentes inserções das práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde e os estudos a cerca dos saberes populares em saúde, entendemos que o abandono desses saberes não gera benefícios, tão pouco torna o processo terapêutico mais eficaz, haja vista que o processo saúde-doença é complexo e envolve diversos aspectos da existência humana, assim como o cuidado.

O próprio autor afirma que o cuidado se impõe quando se manifesta em alguém alguma crise de saúde que exige internação hospitalar, ele (o cuidado) é colocado em ação por parte dos médicos e enfermeiros, decidindo quais aparatos clínicos e procedimentos são indicados para curar o paciente. Levando em consideração tudo o que já foi apontado, não há como estabelecer um processo

terapêutico ou cuidar de um paciente sem levar em consideração suas singularidades, o que envolveria seus saberes e crenças sobre saúde. Retomando Ayres (2005 p.101) “se assumimos que as repostas necessárias para alcançar a saúde não se restringem aos tipos de perguntas que podem ser formuladas na linguagem da ciência, então a ação em saúde não pode se restringir à aplicação de tecnologias”. É necessário mais, e é nesse mais que encontramos os saberes e práticas populares de cuidado em saúde.

O terceiro momento que Boff (2013) elenca ganhou força a partir dos anos de 60 e 70 do século XX, valendo especialmente para a enfermagem, centrando na atenção e cuidado ao paciente. Segundo o autor nessa fase chamada de “teorias da enfermagem” o cuidado ao paciente foi visto de forma mais holística e complexa. O cuidado médico também passou a incorporar os conhecimentos de outras áreas como a psicologia. Esse momento marca o cuidado para com o *paciente*.

Apesar de todos os avanços da medicina contemporânea, Ayres (2005) afirma que há uma crise<sup>6</sup> de legitimidade das formas de organização do cuidado em saúde, ou seja, para o autor é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo entre os seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Essa crise para o autor é decorrente da progressiva cientificidade e da sofisticação tecnológica, que apresentam efeitos positivos – como precocidade da intervenção terapêutica, eficiência e eficácia dessas intervenções, dentre outros – e efeitos negativos. Nesse cenário o profissional de saúde é um legitimador de regimes de verdades que se disseminam a partir da ciência, e também mediador dessas tecnologias para cuidar dos seus pacientes.

Para Ayres (2005) a importância do Cuidar nas práticas de saúde está no desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem

---

<sup>6</sup> Luz (2005) se refere a esta “crise” como presente em planos ético, político, pedagógico e social. Para a autora em termo de “ciências das doenças”, a medicina vai muito bem, revolucionando-se constantemente através da produção dos ramos disciplinares da biociência que mais lhe são próximas. A autora considera ainda que, na medida em que o próprio paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção. E na medida em que o sujeito humano sofredor deixou de ser o centro do objeto da medicina (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica). Esse duplo afastamento gerou uma dupla crise na saúde das populações e na medicina como instituição a partir da segunda metade do século XX.

deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Nesse sentido, o cuidado em saúde é um espaço de ação constante que usa a tecnologia como uma das ferramentas necessárias para promover a saúde, assumindo, porém, que não pode reduzir-se a ela. Para abarcar a complexidade do cuidado em saúde é preciso considerar que ele está presente em tudo e de tal forma que talvez nem percebamos que ele está lá, mas está.

## **1.2 Resignificação da saúde**

As significações sobre saúde e doença, constituem tessituras sociais históricas que, como afirma Ojeda (2004), imprimem em nosso cotidiano determinados saberes e práticas que articulados ao cuidado de si organizam e determinam ou orientam nosso viver. Desse modo, é necessária a compreensão dessas tessituras históricas, para entendermos, os regimes de verdades que surgem a partir do devir dos saberes e práticas de saúde, e que constituem esse processo de ressignificação ou, como se refere o supracitado autor, momento de transição de um modelo na saúde.

O processo de constituição e reprodução dos saberes tradicionais opera, como afirma Jaber (2013), paralelamente a um campo de saber hegemônico: o conhecimento científico. Segundo este autor a ciência, como é concebida hoje, é fruto de uma trama histórica e possui uma emergência em um discurso próprio, que é regido por métodos e técnicas específicas. Foucault (1979) que analisa o nascimento da medicina social, afirma que a medicina moderna científica nasceu em fins do século XVIII, com o aparecimento da anatomia patológica, e que esta é uma prática social diferente da medicinal medieval que era do tipo individualista.

Para Camargo Jr (2012) esse período que vai do fim da Idade Média ao início da modernidade, surgiu e desenvolveu na Europa não apenas uma nova forma de produzir conhecimento, que definiu conjuntos de técnicas e métodos, mas uma nova visão de mundo que “coloniza” a cultura geral, tornando-se hegemônica nas sociedades ocidentais. Este contexto vai criar as bases para o crescimento da medicina moderna.

Para Foucault (1979) a medicina moderna, que nasceu em fins do século XVIII, é uma medicina social à medida que o capitalismo socializou o corpo, objeto, enquanto força de produção, força de trabalho; a medicina, assim, tornou-se uma prática social. O corpo tornou-se uma realidade biopolítica e a medicina uma estratégia biopolítica. O autor afirma que três etapas podem ser reconstituídas na formação da medicina social: medicina de Estado, Medicina urbana e, finalmente, medicina na força de trabalho. Para tal, ele usa como exemplos a Alemanha no começo do século XVIII, a França em fins do século XVIII e a Inglaterra, sobre esta última ele afirma:

Essa fórmula da medicina social inglesa foi a que teve futuro, diferentemente da medicina urbana e sobretudo da medicina de Estado. O sistema Inglês de Simon e seus sucessores possibilitou, por um lado, ligar três coisas: assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, permitindo às classes mais ricas se protegerem dos perigos gerais. E, por outro lado, a medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: a medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. Enquanto o sistema alemão da medicina de Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes, segundo se tratasse da medicina assistencial, da administrativa ou da privada (FOUCAULT, 1979, p. 97-98)

Para Foucault (1979) esses setores bem delimitados, permitiram a existência de um esquadramento médico bastante completo, em fins do século XIX e primeira metade do século XX. Todo esse processo constituiu o modelo de cuidado da medicina moderna, reorganizando os conhecimentos médicos e desenvolvendo um novo discurso a partir de uma nova experiência com a doença, que também poder ser atribuída ao momento da transformação do hospital como um instrumento terapêutico, que segundo Foucault (1979), data do fim do século XVIII. O autor afirma também que com o plano Beveridge<sup>7</sup> e os sistemas médicos dos países mais ricos e industrializados da atualidade, trata-se sempre de fazer funcionar esses três setores da medicina, mesmo que sejam articulados de maneiras diferentes.

Canguilhem (2009), ao analisar o desenvolvimento da clínica, atribui à necessidade terapêutica a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença. Portanto, o processo terapêutico se dá a partir da necessidade de cuidar de alguém.

---

<sup>7</sup> Plano de seguridade social elaborado por William Beveridge, cujo objetivo era reparar os danos causados pela guerra. O Plano Beveridge é considerado o precursor da assistência social moderna.

Para o autor, foi durante o século XIX que os fenômenos vitais, normais e patológicos, tornaram-se uma espécie de dogma, cientificamente garantido, cuja extensão no campo da filosofia e da psicologia parecia determinada pela autoridade que os biólogos e os médicos lhe reconheciam.

A racionalidade que preside a ciência moderna constituiu-se a partir da revolução científica do século XVI e seguiu no domínio das ciências naturais. No século XIX esse modelo de racionalidade se estendeu às ciências sociais e a partir de então se pode falar em um modelo global de racionalidade científica. A ciência moderna se distingue, por via de fronteiras ostensivas, de duas formas de conhecimento não científico (e, portanto, irracional): o senso comum e as chamadas humanidades ou estudos humanísticos. Sendo um modelo global, a nova racionalidade científica é também um modelo totalitário, na medida em que nega o caráter racional a todas as formas de conhecimento que não se pautarem pelos seus princípios epistemológicos e pelas suas regras metodológicas (SANTOS, 1988).

Sobre essa hierarquização de saberes instituído pelo conhecimento científico, Foucault (1979) afirma que existe um estranho paradoxo em querer agrupar, em uma mesma categoria de saber dominado, os conteúdos do conhecimento histórico, metódico, erudito, exato (chamado pelo autor de “saber sem vida”) e estes saberes locais, desqualificados pela hierarquia dos conhecimentos e das ciências. São os efeitos do poder centralizador presente na racionalidade da ciência moderna e no discurso científico que devem, segundo Foucault (1979), serem combatidos.

[...] trata-se da insurreição dos saberes não tanto contra os conteúdos, os métodos e os conceitos de uma ciência, mas da insurreição dos saberes antes de tudo contra os efeitos de poder centralizadores que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 1979, p. 171).

A racionalidade moderna trouxe à medicina e à saúde novas dimensões do cuidar. O modelo biomédico ou mecanicista de abordagem da saúde e da doença é fruto dessa ciência moderna, que pretendia explicar o mundo pelos pilares da razão. Esse modelo, pautado no pensamento cartesiano, cujas regras formuladas por Descartes constituíram um novo enfoque sobre o conhecimento, persiste hegemônico no raciocínio médico ainda hoje. São eles: só pode ser admitido como verdade o que houver evidência para tal; separar cada dificuldade a ser examinada

em tantas partes quanto sejam possíveis e requeridas; o pensamento deve ser conduzido de forma ordenada, partindo do mais simples ao mais complexo; e por fim, tem-se a necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento, de tal maneira que seja possível certificar-se de que nada foi omitido (JABER, 2013).

Jaber (2013) explica ainda, que os pensadores da saúde queriam apartar da ciência da saúde qualquer influência do pensamento mítico-mágico-religioso. Ojeda (2004) considera que o modelo biomédico, embora em transformação, mostra-se em evidência em nossa realidade. Para a autora a racionalidade que evidencia a doença sobre a vida parece ter perpassado a formação e a prática das diferentes profissões da saúde. Destacando o *regime de verdade* que impõe que o nível de saber biológico de determinado profissional, traz poder e trazem diferenciais na formação das diferentes profissões.

O poder centralizador da racionalidade moderna pode ser percebido na própria origem da saúde pública brasileira. Camargo Jr (2012) retrata isso a partir do preventivismo clássico, que era o fundamento das ações maciças sobre a sociedade, presente, por exemplo, nas medidas de saneamento urbano de Oswaldo Cruz.

O surgimento de novos modelos de cura e promoção à saúde, sobretudo com o movimento social urbano denominado de contracultura, nos anos 60 e 70 nos Estados Unidos e na Europa, incluiu a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da racionalidade médica. A importação de antigos sistemas médicos como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, a reabilitação das medicinas populares como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas, atingiu, além do Brasil, o conjunto de países latino-americanos, principalmente durante a década de 1980 (LUZ, 2005).

Neste contexto, a saúde brasileira passou por intensas modificações que iniciaram na década de 1970 com um movimento, que de acordo com Paim (2007), postulava a democratização da saúde no período que novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Segundo o autor, esse processo de democratização de saúde recebeu o nome de Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária representa uma *reforma social* inconclusa, passando por diversos momentos de um ciclo: era uma *ideia* que se ia plasmando na medida em que se precedia a uma crítica ao sistema de saúde durante a ditadura. Foi uma *proposta* inicialmente apresentada pelo Cebes<sup>8</sup>, trazendo um conjunto de princípios e proposições tal como disposto no documento *A questão democrática na saúde*, em 1979. Foi, também, um *movimento*, mobilizando um bloco de forças políticas, ideológicas e sociais, além de um *projeto*, sintetizado no *Relatório Final da 8ª CNS*, consubstanciando um conjunto de políticas articuladas que requerem uma dada consciência sanitária, uma participação da cidadania e uma vinculação com as lutas políticas e sociais mais amplas. É ainda um *processo*, porquanto a *proposta* e o *projeto* formulados não se contiveram nos arquivos nem nas bibliotecas, mas se transformam em “bandeiras de luta” de um *movimento*, articulando práticas (política, ideológica, científica, técnica e cultural) e tornando-se História (PAIM, 2007, p. 241. grifos do autor).

A partir desse processo de democratização reformularam-se também as concepções de saúde. Segundo Paim (2007) essas concepções vinculadas à proposta da Reforma Sanitária foram elaboradas na década de 1970 nos departamentos de medicina preventiva e social e nas escolas de saúde pública, ou seus equivalentes, inspiradas na Medicina Social desenvolvida na Europa em meados do século XIX. O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente pelas dimensões biológica e ecológica, para este autor, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade.

O marco institucional da Reforma Sanitária foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986. Paim (2007) afirma que esta conferência foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Surge, a partir das diretrizes sistematizadas na 8ª CNS, um conceito ampliado de saúde, a proposta de um sistema de saúde único e descentralizado e com participação social.

A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (RELATÓRIO DA 8ªCNS, 1986 p. 04).

O conceito abrangente de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus fundamentos legais além de outras diretrizes formuladas na 8ª CNS, foram estabelecidos na Constituição Federal de 1988 e regulamentados na Lei Federal nº

---

<sup>8</sup> Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

8.080, de 19 de setembro de 1990 e na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2011).

No final da década de 70, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou o Programa de Medicina Tradicional<sup>9</sup>, objetivando a formulação de políticas na área. No Brasil, a legitimação e a institucionalização dessas abordagens de atenção à saúde iniciaram-se a partir da década de 80, principalmente após a criação do SUS. Com a descentralização e a participação popular, os estados e os municípios ganharam maior autonomia na definição de suas políticas e ações em saúde, implantando experiências pioneiras. As mudanças que ocorreram no âmbito da saúde mundial refletiram na saúde brasileira por meio da implantação de ações e políticas públicas, que buscam cada vez mais valorizar diferentes abordagens para garantir à coletividade uma saúde integral. Uma dessas abordagens se deu por meio da Portaria nº 971 do Ministério da Saúde (MS), de 03 de maio de 2006 (BRASIL, 2006).

A supracitada portaria aprovou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. O que significou considerar o uso da acupuntura, homeopatia, fitoterapia e termalismo social/crenoterapia no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A Partir da PNPIC, o governo federal aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Através dessa política o governo federal instituiu o grupo de trabalho interministerial para a elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) por meio da portaria interministerial nº 2960, de 9 de dezembro de 2008. Tal programa é voltado para a garantia de acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos no país<sup>10</sup>, desenvolvimento de tecnologias e inovações,

---

<sup>9</sup> A OMS usa a denominação de medicina tradicional e complementar/alternativa, para referir-se às práticas integrativas e complementares. Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

<sup>10</sup> O PNPMF se propõe a construir e/ou aperfeiçoar o marco regulatório em todas as etapas da cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo a adoção das boas práticas de cultivo,

assim como fortalecimento das cadeias e arranjos produtivos, ao uso sustentável da biodiversidade brasileira e ao desenvolvimento do complexo produtivo da saúde (BRASIL, 2009).

Dando continuidade às mudanças que já vinham ocorrendo na saúde brasileira, através da inserção das práticas integrativas e complementares, bem como o uso de plantas medicinais e fitoterápicas. E, na busca por reafirmar o compromisso do SUS com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular, o MS propôs uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. Sendo instituída, para tanto, a Política nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS (PNEPS-SUS), por meio da Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, o Ministério da Saúde institui (BRASIL, 2013).

No entanto, é por meio da Resolução nº 15 de 30 de março de 2017 que o MS vai dispor sobre o Plano Operativo para a implementação da PNEPS-SUS. Dentre suas estratégias destacamos: fortalecer a integração entre a PNEPS-SUS e as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde estabelecendo, nos serviços e ações de saúde, práticas comunitárias de diálogo, problematização, mediação de conflitos, trocas de saberes e reconhecimento das vulnerabilidades e iniquidades em saúde, passíveis de intervenção a partir de ações setoriais e intersetoriais em saúde; promover o reconhecimento e práticas de Educação Popular em Saúde junto aos serviços de saúde; contribuir com a produção de conhecimento em Educação Popular em Saúde; promover o reconhecimento das Práticas Populares e Tradicionais de Cuidado, compreendendo estas como forma de acolhida, prevenção,

---

manipulação e produção de plantas medicinais e fitoterápicos; desenvolver estratégias de comunicação, formação técnico-científica e capacitação no setor de plantas medicinais e fitoterápicos; inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; promover o uso sustentável da biodiversidade e a repartição dos benefícios decorrentes do acesso aos recursos genéticos de plantas medicinais e ao conhecimento tradicional associado; promover a inclusão da agricultura familiar nas cadeias e nos arranjos produtivos das plantas medicinais, insumos e fitoterápicos; estabelecer mecanismos de incentivo ao desenvolvimento sustentável das cadeias produtivas de plantas medicinais e fitoterápicos, com vistas ao fortalecimento da indústria farmacêutica nacional e incremento das exportações de fitoterápicos e insumos relacionados; estabelecer uma política intersetorial para o desenvolvimento socioeconômico na área de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL, 2009).

promoção e recuperação da saúde, desenvolvidas em espaços comunitários, e sua integração às ações e serviços de saúde, promovendo o diálogo entre os saberes populares e técnico-científicos (BRASIL, 2017).

Esse reconhecimento e valorização da importância das Práticas Populares e Tradicionais de Cuidado na prevenção, promoção e recuperação da saúde, reforça a necessidade que se tem de compreender o processo de constituição desse conhecimento tradicional em saúde. Haja vista que, esse novo modelo de assistência à saúde rompe com o modelo biomédico, centrado na perspectiva biológica, e torna os sujeitos protagonistas em seu processo de cuidado. Considerando que essas práticas populares e tradicionais de cuidado são abordadas no âmbito do SUS, dentro da política de Educação Popular em Saúde, podemos compreendê-la, então, enquanto processo educativo de troca de saberes e cuidados.

Pulga (2014) afirma que lidar com seres humanos, segundo a perspectiva popular, nos remete a pensar que toda ação tem uma dimensão educativa e pedagógica. Neste sentido, os sujeitos imersos nessas práticas precisam constituir-se protagonistas. Vasconcelos (2004) esclarece que o adjetivo “popular” se refere não à característica de sua clientela, mas à perspectiva política desta concepção de educação: a construção de uma sociedade em que as classes populares tornem-se sujeitos ativos e importantes na definição de suas diretrizes culturais, políticas e econômicas. Desse modo, a educação popular e, por conseguinte, as práticas populares e tradicionais de cuidado reforçam a autonomia dos sujeitos.

As pessoas que buscam soluções também na cultura popular não veem uma oposição entre esses sistemas (o médico e a erveira, por exemplo), veem complementaridade. Na sua avaliação, as práticas populares têm algo que as práticas do serviço não oferecem e vice-versa. Suas escolhas advêm de suas visões acerca do ser humano e dos significados que suas experiências de vida vão dando aos processos de adoecimento, de cura, ao que é saúde, e doença (OLIVEIRA et al., 2014, p. 158).

Cada sujeito atribui um significado ao processo saúde-doença e o vivencia de uma forma. É essa subjetividade dos sujeitos que os empodera e os torna autônomos no cuidado em saúde. Essa autonomia, no entanto, não se dá automaticamente, como afirma Freire (2002), há uma constante construção e reconstrução social que critica os sujeitos.

Segundo Oliveira et al. (2014) são inúmeros os motivos para a procura por práticas populares, os autores listam alguns deles:

Um primeiro que podemos citar é a centralidade da pessoa (e não da doença) no processo de cura, o que acarreta maior responsabilização, empoderamento, autonomia, participação das pessoas nas decisões e ações. Um outro, decorrente do primeiro, é que, para que a pessoa volte ao centro da terapêutica, é vital a relação direta, com vínculos de confiança com o terapeuta ou com o agente da prática popular. Há também a influência da família no que diz respeito à tradição familiar de procura por práticas populares. Além dessas motivações, as pessoas percebem maiores benefícios em relação aos medicamentos convencionais e menores reações adversas, assim como referem o bem-estar geral e a promoção de uma boa saúde. Todos esses motivos levam a um outro bastante evidente para essas pessoas, se bem que pouco considerado: as práticas populares promovem saúde (OLIVEIRA et al., 2014 p. 159).

Conhecer as motivações existentes na escolha dessas práticas populares e tradicionais de cuidado entre os sujeitos nos permite compreender também suas dinâmicas, constituições e contextos. Afinal, como trabalhar na saúde sem ir conhecendo as manhas com que os grupos humanos produzem sua própria sobrevivência? (FREIRE, 2002).

Freire (2002) chama atenção para a importância de considerar a “leitura do mundo” que cada um faz a partir de suas experiências, nos mostra também, que não podemos impor no processo educativo nosso saber como verdadeiro. Desse modo, no âmbito das práticas populares e tradicionais de cuidado tem-se que haver o diálogo entre o saber do profissional de saúde, que advém da academia, e o saber popular que decorre da leitura que o sujeito faz de seu contexto imediato. Pois como afirma Freire (2002), o diálogo vai revelando a necessidade de superar certos saberes que, desnudados, vão mostrando sua “incompetência” para explicar os fatos. Como explicar na perspectiva científica o *continuum* existente entre saúde e doença, o quebranto<sup>11</sup>?

Da negação do saber, proveniente da experiência, do senso comum, pelo conhecimento científico, à valorização das práticas populares de saúde no âmbito do SUS, há um percurso histórico e político de negação e sobreposição de saberes, que podem interferir na forma como as pessoas se cuidam e entendem o cuidado o em saúde. Com Paulo Freire (2002) é possível compreender que esse processo, que é educativo, deve ser libertador, emancipador, mas principalmente, deve exigir

---

<sup>11</sup> Segundo crença popular, mal-estar provocado por mau-olhado (FERREIRA,2000).

respeito à autonomia do outro. É com base nessas concepções de educação que as práticas populares e tradicionais de cuidado devem ser estudadas, pesquisadas e inseridas nas atividades assistenciais dos profissionais de saúde.

### **1.3 Práticas culturais de saúde e processos de aculturação do discurso dos civilizados**

O poder é compreendido em Foucault enquanto prática que circula por todas as relações sociais e é historicamente constituída. Destarte tomamos as proposições de Cuche (1999) sobre cultura, ao afirmar que estas nascem de relações sociais e que são sempre relações desiguais. Geertz (2008) por outro lado, afirma que dizer que a cultura consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas, nos termos das quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles, não é mais do que dizer que esse é um fenômeno psicológico, uma característica da mente da personalidade, da estrutura cognitiva de alguém.

Nos termos de Geertz (2008) a cultura é semiótica e acredita que esta é uma teia de significados tecida pelo homem, compreender o homem e a cultura, portanto, é interpretar essa teia de significados, fazendo da antropologia uma ciência interpretativa. Para este autor o conceito de cultura semiótico pode ser entendido como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, ele afirma ainda que a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos. Segundo Geertz ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível, isto é, descritos com densidade.

Helman (1994) conceitua cultura como um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados pelos indivíduos enquanto membros de uma sociedade em particular. Para o autor estes princípios mostram a forma de ver o mundo, vivenciá-lo emocionalmente e de comportar-se, seja em relação às outras pessoas, aos deuses e forças sobrenaturais, ou em relação ao meio ambiente natural. Tais princípios são transmitidos para a geração seguinte através do uso de símbolos, linguagem, ritual e artes. Para Wagner (2010) a cultura se tornou uma maneira de falar sobre o homem

e sobre casos particulares do homem, quando visto sob uma determinada perspectiva.

A cultura é o que nos permite apreender e significar o mundo em toda a sua complexidade, através do que é transmitido pelo grupo ao qual estamos inseridos. Helman (1994) descreve a cultura como uma “lente” que é herdada e que vamos adquirindo gradualmente, essa “lente” nos faz aprender a viver no mundo. Para Cuche (1999) toda cultura é um processo permanente de construção, desconstrução e reconstrução, nenhuma cultura existe em “estado puro”, sempre igual a si mesma, sem jamais ter sofrido a mínima influência externa. O autor compreende que todo esse processo de desestruturação e reestruturação é a evolução do sistema cultural. A concepção de cultura apresentada por Cuche nos faz percebê-la como uma prática dinâmica que está em constante processo de evolução, uma unidade organizada e estruturada na qual todos os elementos são interdependentes.

Cultura ainda pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Portanto, a cultura pode ser aprendida, compartilhada e padronizada. Os autores completam que se trata de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. Para eles, a cultura inclui valores, símbolos normas e práticas (LANGDON E WIIK, 2010).

Alicerçado nestes entendimentos de cultura e a partir da concepção de Geertz (2008), entendemos cultura como teia de significados tecida pelo homem, e pela qual ele enxerga seu mundo. Logo compreender o homem e sua prática social subentende compreender esta teia de significados.

Partimos do pressuposto que, a evolução apontada por Cuche se caracteriza como o entrecruzamento constante entre culturas, que geram reestruturações e não como um melhoramento cultural “é ilusório pretender selecionar os aspectos supostamente “positivos” de uma cultura para combiná-los com os aspectos “positivos” de outra, com o objetivo de chegar, assim, a um sistema cultural “melhor”” (CUCHE, 1999, p. 120).

Neste sentido, a aculturação que pode ser compreendida como o conjunto de fenômenos que resultam de um contato contínuo e direto entre indivíduos de culturas diferentes e que provocam mudanças nos modelos culturais iniciais, caracteriza esse entrecruzamento entre culturas (CUCHE, 1999).

O substantivo "aculturação" parece ter sido criado desde 1880 por J. W. Powell, antropólogo americano, que denominava assim a transformação dos modos de vida e de pensamento dos imigrantes ao contato com a sociedade americana. A palavra não designa uma pura e simples "deculturação". Em "aculturação", o prefixo "a" não significa privação; ele vem etimologicamente do latim *ad* e indica um movimento de aproximação (CUCHE 1999, p. 114).

Segundo Helman (1994) os antropólogos observaram que na prática todas as sociedades possuem mais de uma cultura dentro dos seus limites. Desse modo, a aculturação corresponde a esses entrecruzamentos de culturas e difere da assimilação, visto essa última implica, segundo Cuche (1999), em um desaparecimento total da cultura de origem de um grupo e na interiorização completa da cultura do grupo dominante.

Ao abordar a temática cultura e saúde, Helman (1994) afirma que não podemos compreender as reações das pessoas à doença, à morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou assimilaram por conveniência. Portanto, para compreender as práticas culturais em saúde é preciso levar em consideração o meio no qual as pessoas estão inseridas, lembrando as proposições de Cuche (1999) para não cair no erro de tentar encontrar uma cultura pura, mas compreende que as práticas culturais podem estar sujeitas a processos de aculturação.

Para Siqueira et al. (2006) os padrões culturais de uma realidade social devem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença. Por conseguinte, as diferentes práticas culturais, presentes na Amazônia, envolvem concepções singulares e formas distintas de vivenciar a saúde, a doença e os cuidados. Tais singularidades podem ser aspectos determinantes do processo saúde – doença. Desse modo, é importante que os profissionais de saúde ao prestarem sua assistência tenham em mente a afirmação de Langdon e Wiik (2010): ao se deparar com os costumes presentes em outras culturas, deve-se tentar entender seu *porquê*. Dessa forma, evita-se a compreensão

etnocêntrica a seu respeito, ou seja, julgando a cultura do outro, segundo nossos próprios valores e classificações de mundo.

O jeito de fazer saúde, presente tradicionalmente nas formas populares de cuidar, denominadas práticas populares de cuidado, tem desvelado possibilidades de construção de processos de cuidado dialogados, participativos e humanizados, acolhedores da cultura e do saber popular. As práticas populares de cuidado, enquanto práticas sociais, ocorrem no encontro entre diferentes sujeitos e se identificam com uma postura mais integradora, que reconhece e legitima crenças, valores, conhecimentos, desejos e temores da população. Os valores e princípios presentes nas práticas populares de cuidado contribuem, significativamente, para a promoção da autonomia do cidadão no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos, autor de seus projetos de saúde e modos de direcionar a vida (BRASIL, 2012).

As práticas populares de cuidado, enquanto práticas culturais estão presentes no cotidiano das comunidades ribeirinhas da Amazônia e configuram o entrecruzamento de culturas, característico dos processos de aculturação, produzindo uma teia de significados que se desenvolve de forma dinâmica, haja vista que não há apenas uma forma de cuidar e que este resulta de relações sociais e culturais. No entanto, ainda há resistências nos discursos da saúde e da medicina em aceitar o cuidar cotidiano enquanto prática legítima.

Segundo Teixeira (2000) o mundo da vida cotidiana está separado do discurso da saúde, pois não é considerado pelos enfoques da moderna medicina e, por consequência, pelos programas e políticas de saúde. O cotidiano das comunidades tradicionais da Amazônia ainda está separado da operacionalização do cuidar da saúde. Segundo esta autora, o mundo da vida cotidiana deixou de ser referência para o cuidar em saúde e passou a ser interferência. Neste sentido, é importante que profissionais de saúde e pesquisadores adotem, em suas práticas sociais, a diversidade cultural como instrumento de renovação. E, compreendam as práticas populares como potencialidades no cuidar cotidiano.

#### 1.4 Práticas de objetivação e subjetivação, disciplinamento e controle

Foucault (1995) esclarece que não é o poder, mas o sujeito, o tema geral de seus estudos. O autor buscou compreender as técnicas e práticas sob as quais o sujeito é constituído. E, apesar de admitir que houvesse um grande envolvimento em suas pesquisas sobre a questão do poder, isso se fez necessário para que se estendesse e chegasse a uma definição de poder que pudesse ser usada nos estudos sobre a objetivação do sujeito.

Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo do meu trabalho nos últimos vinte anos. Não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais em nossa cultura, os seres humanos tornam-se sujeitos (FOUCAULT, 1995, p. 231).

Esses *diferentes modos* de constituição do sujeito, são o que Foucault (1995) chama de práticas de objetivação. Segundo o autor seu trabalho lidou com três modos de objetivação que transformam seres humanos em sujeitos. O primeiro modo é o da investigação que tenta atingir o estatuto de ciência, tornando o indivíduo como sujeito produtivo, que participa do desenvolvimento da economia, mas também de sua história natural e biológica.

O segundo modo de objetivação é o que Foucault (1995) chama de “práticas divisoras”, pois compreende que o sujeito está dividido em si mesmo (interior) e em relação aos outros (exterior). Esse modo de objetivação, de certa forma, estimula formações de estereótipos e segregações. O autor cita como exemplos: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os “bons meninos”. O terceiro modo de objetivação é, segundo o autor, aquele pelo qual o ser humano torna-se um sujeito. Refere-se à forma como as práticas de si levam o homem a constituir-se como sujeito.

As práticas pelas quais nos tornamos sujeitos, ou seja, as práticas de subjetivação, segundo Foucault (1995), liga os indivíduos a si mesmos e o submete aos outros. Para o autor há na sociedade uma luta contra as formas de submissão da subjetivação, e nossa sociedade se confronta com essa luta desde os movimentos dos séculos XV e XVI contra o tipo de poder moral e religioso que deu forma, na Idade Média – “tudo isto foi uma luta por uma nova subjetividade”. Para este autor esse tipo de luta, presente na nossa sociedade desde o século XVI, tende

a prevalecer devido ao Estado e sua forma de poder, tanto individualizante quanto totalizadora.

Os mecanismos de objetivação e subjetivação são formas de constituição do indivíduo moderno. Os mecanismos de objetivação tendem a tornar o homem dócil politicamente e útil economicamente. E os mecanismos de subjetivação se referem aos processos, que, em nossa sociedade, fazem do homem um sujeito preso a uma identidade que lhe é atribuído como sua. Castanheira e Correia (2010) descrevem os processos de objetivação como os que dizem respeito ao modo como o sujeito pôde se tornar um objeto para o conhecimento. E os processos de subjetivação, como o modo que o próprio homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento, ou melhor, como o sujeito percebe a si mesmo na relação sujeito-objeto. Segundo estes autores os dois processos são complementares. O uso dos dois conceitos na obra de Foucault não tem sentido único e que, por vezes, designam fenômenos semelhantes, diferentes aspectos de um mesmo fenômeno ou fenômenos distintos.

Desse modo, as ações das políticas públicas de saúde incidem nos processos de subjetivação dos sujeitos à medida que elas revelam uma relação entre o Estado e a sociedade, em que o primeiro por meio dessas políticas normaliza as atitudes que cada sujeito deve ter para a manutenção da sua própria saúde. As políticas públicas focam no discurso da saúde e no ser saudável para ditar aos sujeitos modos de viver, que os assujeitam, disciplinam e controlam. Incidindo sobre as subjetividades dos sujeitos e efetivando o discurso médico.

A medicina não era, simplesmente, concebida como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregaria remédios e operações. Ela também devia, sob a forma de um corpus de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividade e com o meio. A medicina teria a propor, sob a forma de um regime, uma estrutura voluntária e racional de conduta (FOUCAULT, 2014, p.128).

Esse sujeito que tanto aparece em Foucault (1995) possui dois significados para o autor: ele pode ser sujeito a alguém pelo controle e dependência ou preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento. Ambos sugerem uma forma de poder que subjuga e o torna sujeito a. Essas práticas de assujeitamento são possíveis a partir de mecanismos de controle.

Para compreender a perspectiva foucaultiana de controle, antes é preciso aprofundar na superfície sobre a qual esse tal controle é exercido: o corpo. Segundo Mendes (2006) o que Foucault entendeu por corpo não é facilmente sistematizável, não há em sua obra explicações a respeito de tal, no entanto, de acordo com este autor, é possível extrair das obras de Foucault o significado que atribui ao corpo.

Para Foucault, o corpo é ao mesmo tempo uma massa, um invólucro, uma superfície que se mantém ao longo da história. Sintetizando, pode-se dizer que, para Foucault, o corpo é um ente, composto por carne, osso, órgãos e membros, isto é matéria, literalmente um *locus* físico e concreto. Essa matéria física não é inerte, sem vida, mas sim uma superfície moldável, transformável, remodelável por técnicas disciplinares de biopolítica (MENDES, 2006, p.168).

Mendes ainda estabelece uma diferenciação entre corpo e sujeito afirmando:

Ao contrário do sujeito – que não existe *a priori*, mas é uma invenção pautada em discursos e relações de poder-saber que o constituem-, o corpo em Foucault preexiste como superfície. Contudo, como objeto de relações de poder-saber que constituem atitudes corporais e formas de sujeito, o corpo sofre ações baseadas em diferentes tecnologias historicamente elaboradas. Pode-se dizer que o corpo seria um arcabouço para os processos de subjetivação, a trajetória para se chegar ao “ser” e também ser prisioneiro deste. A constituição do ser humano, como um tipo específico de sujeito, ou seja, subjetivado de determinada maneira, só é possível pelo “caminho” do corpo (MENDES, 2006, p.168).

Então se pode dizer que o corpo em Foucault é a matéria que a cultura, com seus signos/símbolos/práticas discursivas e não discursivas, vai moldando/modelando segundo os princípios/interesses desta mesma cultura. Para isso, instituem-se diferentes processos (maquinarias de poder) capazes de tornar o Ser um indivíduo, detentor de uma identidade social. Neste caso, o corpo tanto é uma constituição histórica, como também é um objeto político. Nas sociedades disciplinares, o controle se exerce por meio do corpo e as disciplinas produzem individualidades por meio dos corpos que controlam, emergindo então corpos dóceis e úteis, porém, livres. A liberdade, portanto, aparece como condição de existência do poder (FOUCAULT, 1979; 1995).

A construção dessa identidade social, por meio da disciplinarização dos corpos, passa também pela medicina que produz seus efeitos de saber. Segundo Foucault (2011, p. 368), o médico se instala nas diferentes instâncias de poder. E, suas prescrições concernem não apenas à doença, mas também às formas gerais

da existência e do comportamento (os alimentos e bebidas, a sexualidade e fecundidade, a maneira de vestir-se, as moradias).

Como produto da disciplina, as sociedades a partir do século XVIII na Europa, conseguiram construir um ajuste, cada vez mais controlado, entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo das relações de poder. Para isso, instituíram diferentes instituições com a mesma finalidade, usando processos disciplinares de sujeição dos corpos (prisões, escolas, família, igreja, etc.). A intimidade, a privacidade permitiu que o controle disciplinar, se desse “longe” dos olhares coletivos, e produzisse, nestes espaços, o autocontrole (a autodisciplina) (FOUCAULT, 1995).

Para Galvão (2004) à medida que se constroem ideologias reproduzidas institucionalmente, os sujeitos muitas vezes tecem novas relações que fogem ao controle, criam micropoderes que no dia a dia avançam ganhando espaço e subvertendo a ordem globalizante. Segundo a autora os investimentos do poder sobre o corpo levaram os sujeitos à consciência de seu próprio corpo, fazendo surgir práticas de insurreição contra o poder.

O controle surge em Foucault como um mecanismo de vigilância e se estende ao controle social. As formas de controle da sociedade podem variar, a exemplo do controle disciplinar, ou o controle regulatório da reprodução, nascimento e mortalidade, característico do biopoder<sup>12</sup>. No entanto, essa força atua sobre a realidade material dos sujeitos, o corpo. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foucault (1979) compreende o corpo como uma realidade biopolítica, e uma de suas estratégias é a medicina.

Esta forma de poder que Foucault (2008) denomina de biopoder considera, prioritariamente, o fator biológico no ser humano e vai usar essas características

---

<sup>12</sup> Segundo Ojeda (2004) vivemos em uma sociedade em que o biopoder parece estar presente nas relações sejam elas assistenciais, acadêmicas, profissionais; estamos enredados em tecnologias que orientam nosso viver, nossas práticas como seres humanos embutidos em uma política social e individual nas quais os profissionais de saúde também encontram-se mesclados, sendo constituídos por eles. Para Oksala (2011) quando Foucault introduz o conceito de biopoder, ele deixa clara a ideia de poder produtivo. E explica que o biopoder não é repressivo ou destrutivo, mas revela-se protetor da vida. Foca na saúde de corpos individuais e também da população: desempenha o controle regulatório, da reprodução, do nascimento e da mortalidade, bem como do nível de saúde e expectativa de vida.

humanas como estratégia política. A partir do biopoder, a população torna-se objeto de preocupação e investimento político, neste contexto a biopolítica surge para gerir a vida da população e tratar os problemas que podem atingir a saúde da coletividade. Podemos entender então que é a partir daí que as políticas públicas de saúde surgem como ferramentas da biopolítica para assegurar a vida da população.

Foucault (1995) acredita que a disciplinarização das sociedades, a partir do século XVIII na Europa, não tem relação direta com a tentativa de tornar os indivíduos que fazem parte dela cada vez mais obedientes, nem de transformar a sociedade em casernas, escolas, ou prisões; mas o que se tentou foi um ajuste, cada vez mais controlado, entre as atividades produtivas, as redes de comunicação e o jogo das relações de poder.

As disciplinas são métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade (FOUCAULT, 1979). Esta surge na Modernidade como um processo gestado a partir de uma nova visão de mundo, de sociedade, de conhecimento, de organização social. Há que se estabelecer processos de separação/divisão dos diferentes grupos humanos em decorrência da forma como agora se pensava a sociedade. Em decorrência disso, era preciso constituir uma ação eficaz de formação/educação do povo para “o novo” tempo. A disciplina foi forjada neste contexto. O poder disciplinar serve para o processo de diferenciação e de classificação: “em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes” (FOUCAULT, 1987, p.153).

A disciplina fabrica indivíduos; ela é a “técnica específica de um poder que torna os indivíduos ao mesmo tempo objetos e instrumentos de seu exercício” (FOUCAULT, 1987, p.153). Para Machado (1979) o poder é produto de individualidades. O indivíduo é uma produção do poder e do saber.

O momento histórico das disciplinas é o momento que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente (FOUCAULT, 1987, p.127).

Logo, a disciplina tem o poder de fabricar corpos submissos e dóceis. O corpo assujeitado, passa também ser um corpo mecânico e manipulável:

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe [...] uma mecânica do poder está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina [...]. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência) [...] ela dissocia o poder do corpo (FOUCAULT, 1987, p.127).

Esse entendimento de corpo mecânico e manipulável nos faz compreender, por exemplo, o impacto do discurso higienista e a sua importância para a saúde da população no início do século XIX. Segundo Foucault (2011, p.375) o conceito de limpeza e higiene ocupa, então, um lugar central em todas as exortações morais à saúde. A limpeza é um requisito indispensável para uma boa saúde e uma obrigação do indivíduo. Galvão (2004) afirma que é o modelo médico-higienista que assume o comando da purificação e higienização do espaço urbano por meio das práticas de controle dos corpos.

As disciplinas e o controle dos corpos, portanto, não se dão como uma dominação global de um sobre os outros, ou de um grupo sobre o outro, mas constituem as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na sociedade, dos micros aos macros poderes (FOUCAULT, 1979). As normas sanitárias, estatísticas de nascimento, morbidades e mortalidades, sistemas de informação e notificação sobre saúde, dentre outros, são formas de controle da população.

Para compreender como se dá a ação das disciplinas sobre o corpo na perspectiva foucaultiana, se faz necessário revisitar alguns conceitos importantes que marcam a base dessas relações: poder e poder disciplinar. Ao tratar sobre o poder inicialmente nos remete a ideia de que este se exerce sobre alguém ou sobre algo. Machado (1979) nos explica que não existe em Foucault uma teoria geral do poder; o poder não possui uma essência. O autor ainda acrescenta que o poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e como tal é constituída historicamente.

Para Foucault (1979) o poder não se exerce como uma forma de dominação, também não é como um ente físico ou uma estrutura. O poder, para Foucault, funciona como uma rede, o que na realidade são relações de poder.

É preciso não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação (FOUCAULT, 1979, p.183).

Compreendendo o poder como uma força que se exerce em todas as relações sociais, Foucault (1979, p. 175) indaga: “se o poder se exerce, o que é este exercício, em que consiste, qual é a sua mecânica?”. E explica que a primeira resposta que encontra para essa questão, nas análises atuais, consiste em dizer: o poder é essencialmente repressivo.

Esse atrelamento do poder a repressão causa incômodo em Foucault (1979), ele revela que teve mais dificuldade em se livrar dela à medida que esta expressão parece adaptar-se bem a uma série de fenômenos que dizem respeito ao poder, contudo, há que se considerar que o poder, quando age apenas na perspectiva da repressão, tende a ser superado.

Ora, me parece que a noção de repressão é totalmente inadequada para dar conta do que existe justamente de produtor no poder. Quando se define os efeitos do poder pela repressão, tem-se uma concepção puramente jurídica deste mesmo poder; identifica-se no poder uma lei que diz não [...] se o poder fosse somente repressivo, se não fizesse outra coisa a não se dizer não você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não (FOUCAULT, 1979, p.7-8).

Apesar da repressão está ligada intimamente a ideia de relações de poder, Foucault percebe que não é ela que mantém o poder, mas o sentido produtivo que emana dele. O que significa dizer que toda relação de poder produz de algum modo comportamentos, símbolos, significados, representações, ações, etc., que são úteis a vida social. Neste sentido, Foucault (1979, p. 08) destaca o caráter produtor do poder, que permeia as relações e produz discurso: “[...] ele permeia, produz coisas, induz prazer, forma saber, produz discurso”.

A partir dessa noção de poder, enquanto rede, que circula e permeia todas as relações humanas, não somente como forma de repressão, mas como prática que produz positivities, adentramos naquilo que Foucault denomina de poder disciplinar.

O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo (FOUCAULT, 1987, p.153)

Conforme analisa Machado (1979) o poder disciplinar apresenta características básicas: primeiro a disciplina consiste em um tipo de organização do espaço, ela distribui os indivíduos através da inserção dos corpos em espaços individualizados, classificatórios e combinatórios. Em segundo lugar a disciplina é um controle do tempo, isto é, estabelece uma sujeição do corpo ao tempo, com o objetivo de produzir o máximo de rapidez e o máximo de eficácia. Em terceiro lugar ele possui na vigilância, um dos seus principais instrumentos de controle.

O poder atinge aquilo que há de mais concreto nos indivíduos – o seu corpo, esse poder penetra no cotidiano e nos níveis moleculares das relações, como micropoderes. E se antes tratávamos da subjetivação como mecanismo de transformação dos seres humanos em sujeitos, com a disciplina vê-se surgir os indivíduos. Vemos emergir novas subjetividades que respondem a disciplinarização dos corpos.

Pode-se então olhar as diferentes práticas discursivas e não discursivas do cuidar no campo da saúde, como práticas de biopoder. Neste sentido, faz-se necessário um olhar minucioso para os processos de cuidar que estão se estabelecendo ou desaparecendo, em grupamentos humanos considerados ainda tradicionais, por manter de certa forma processos de organização e relações sociais com base em saberes espontâneos, transmitidos de geração em geração. O processo de aculturação historicamente tem impingido a estas culturas um abandono de muitas práticas/saberes tradicionais em prol de um discurso qualificado, por ser científico. Conhecer estas relações de saber-poder, na perspectiva do cuidado em saúde, na Amazônia torna-se foco deste estudo.

## 2. METODOLOGIA

### 2.1 Método Arqueológico

A pesquisa tem como base o Método Arqueológico de Michel Foucault que trilhou um caminho contrário à lógica cientificista, da quantificação e busca de evidências e experimentações próprias da ciência mecanicista. Segundo Gregolin (2007, p. 77-78) “o método arqueológico envolve a escavação, a restauração e a exposição de discursos, a fim de enxergar as positivities do saber em um determinado momento histórico”.

Revel (2005) afirma que a arqueologia caracteriza até o final dos anos 1970 o método de pesquisa de Foucault, cujo objetivo é obter as condições de emergência dos discursos de saber de uma dada época<sup>13</sup>, a fim de descrever como os saberes emergem a partir de novos objetos, mas também como esses saberes se relacionam entre si e desenham uma configuração epistêmica coerente.

O método arqueológico busca compreender a irrupção dos acontecimentos discursivos, investigando as condições (histórico-sociais) que possibilitaram o seu aparecimento. E permite analisar as redes de relações entre os discursos e outros domínios (instituições, acontecimentos políticos, práticas e processos econômicos) (GREGOLIN, 2007). Entende-se, portanto, que o método nos permite analisar essas redes de relações existentes entre práticas discursivas e não discursivas.

Para Foucault (2000) a arqueologia busca definir os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras<sup>14</sup>.

A arqueologia busca definir não os pensamentos, as representações, as imagens, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nos discursos; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras. Ela não trata o discurso como documento, como signo de outra coisa, como elemento que deveria ser transparente, mas cuja opacidade importuna é preciso atravessar

---

<sup>13</sup> Essa “época” é entendida por Gregolin (2007) como um emaranhado de continuidades e descontinuidades, de formações discursivas que aparecem e desaparecem.

<sup>14</sup> Segundo Gregolin (2007) o acontecimento discursivo obedece a uma combinação dessas regras, que constituem o *arquivo*. Revel (2005) afirma que o arquivo é o jogo de regras que, numa cultura, determinam o aparecimento e o desaparecimento de enunciados, sua permanência e seu apagamento.

frequentemente para reencontrar, enfim, aí onde se mantem a parte, a profundidade do essencial [...] não busca um “outro discurso” mais oculto” (FOUCAULT, 2000, p.159).

Foucault não se preocupa com o que se diz, mas como determinados discursos tornam-se verdades. Gregolin (2007) afirma que Foucault pensa o método a fim de investigar as diferentes modalidades de discurso que circularam em certa época. Ou seja, como esses discursos são produzidos, organizados, unem-se a outros discursos e produzem novos.

Fischer (2001) aponta que para Foucault todas essas diferentes modalidades de discursos são práticas, e estão imersas em relações de saber e poder que se implicam mutuamente – enunciados e visibilidades, textos e instituições. Para Foucault (1996, p.10) por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e o poder.

A arqueologia de Foucault busca estudar os sistemas de apoio que governam a produção e ordenamento dos enunciados, e os sistemas pelos quais outras formulações linguísticas são excluídas da posição de “verdade”, cabe ressaltar que o estudo do discurso não é simplesmente a análise de enunciados e afirmações, mas o estudo das estruturas e regras de formação do discurso (SOUZA, 2006). Para Foucault (2000), seu método arqueológico não seria nem formalizador nem interpretativo, este se diferencia das descrições das histórias das ideias. Ele define seu método como uma análise diferencial das modalidades de discurso.

A análise do campo discursivo é orientada de forma inteiramente diferente; trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados, a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação se exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (FOUCAULT, 2000, p. 31-32)

Segundo Tiago (2015) o método arqueológico, proposto por Foucault, propõe pensar sobre a categoria de enunciado para operacionalizar a análise

discursiva. Neste sentido, tais enunciados são compreendidos como uma unidade elementar do discurso, nas palavras de Foucault (2000), o átomo do discurso, é ele que permite dizer se há ou não frase, proposição ou ato de linguagem, é uma função que permite ou não a existência destes.

O enunciado não é, pois, uma estrutura (isto é, um conjunto de relações entre elementos variáveis, autorizando assim um número talvez infinito de modelos concretos); é uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos, e a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição (FOUCAULT, 2000, p.98-99).

Foucault (2000) esclarece que a análise dos enunciados se situa em um nível específico de descrição:

Ela não toma o lugar de uma análise lógica das proposições, de uma análise gramatical das frases, de uma análise psicológica ou contextual das formulações: constitui uma outra maneira de abordar as performances verbais, de dissociar sua complexidade, de isolar os termos que aí se entrecruzam e de demarcar as diversas regularidades a que obedecem (FOUCAULT, 2000, p.125).

O que permitirá conferir certa organização aos enunciados é justamente o fato de eles pertencerem a uma formação discursiva (FISCHER, 2001). As formações discursivas podem ser estabelecidas a partir de regularidades: ordem, correlações, funcionamentos e transformações. Elas correspondem a sistemas de dispersão e repartição de enunciados e são definidas por Foucault da seguinte forma:

No caso em que se puder descrever, entre um certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações, posições e funcionamentos, transformações), diremos, por convenção, que se trata de uma formação discursiva [...] Chamaremos de regras de formação as condições a que estão submetidos os elementos dessa repartição (FOUCAULT, 2000, p. 43).

Para Foucault (2000), enunciados e formação discursiva coexistem e, portanto, a análise do enunciado e a da formação discursiva é estabelecida correlativamente. Desse modo, o discurso<sup>15</sup> é constituído por um número limitado de enunciados para os quais se podem definir um conjunto de condições de existência.

---

<sup>15</sup> Entendido como conjunto de enunciados apoiado em uma mesma formação discursiva (FOUCAULT, 2000, p. 135)

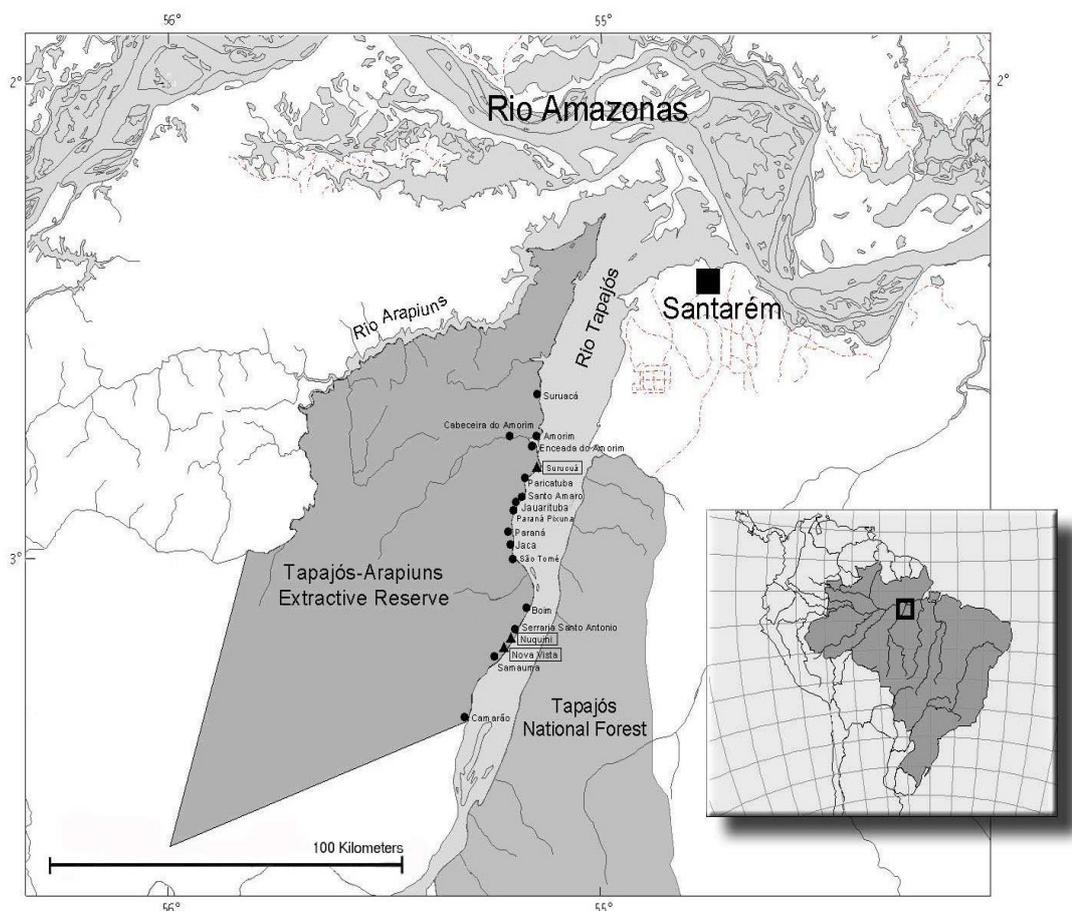
Segundo Souza (2006) a análise das estruturas do discurso deve ser feita com o objetivo de evidenciar os mecanismos de suporte que possibilitam que esse enunciado exista. É neste sentido que se busca organizar e analisar os dados obtidos nesta pesquisa.

## 2.2 O lócus da pesquisa

### 2.2.1 A comunidade de Mentai – Rio Arapiuns

A comunidade Santa Rosa do Mentai fica localizada na Reserva Extrativista (Resex) Tapajós/Arapiuns, uma área de conservação ambiental, criada em 1998, que está situada a margem esquerda do Rio Tapajós e a margem direita do Rio Arapiuns, numa área total de 647.610,74 hectares. As ações executivas referentes à Resex ficam a cargo do Instituto Chico Mendes de biodiversidade (ICMBio).

Figura1 - Mapa de localização da Resex Tapajós-Arapiuns



Fonte: IPAM,2002 apud BRASIL, 2008



Santarém até as comunidades situadas as margens dos Rios Arapiuns, Maró e Aruã (SANTARÉM, 2012). Passam por comunidades como São Miguel e Curi, onde realizam paradas para embarque e desembarque de passageiros. O preço das passagens custa em média de R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) a R\$50,00 (cinquenta reais), há saída de barcos para a comunidade quase todos os dias da semana por volta das 10h00min da manhã, com retorno à Santarém aos domingos a partir das 02h00min da madrugada. Recentemente uma lancha passou a fazer viagens para a comunidade, o que reduz o tempo de viagem pela metade.

Segundo dados do Projeto Saúde Alegria, que em parceria com os comunitários da vila, a Fundação Konrad Adenauer e a Fundação Ford elaboraram a cartilha “Prazer em Conhecer Mental” (SANTARÉM, 2012), a comunidade teve origem por volta da década de 1920, a partir de duas casas que inicialmente se instalaram na vila, conhecidas como “Santa Rosa” - pertencente ao senhor Antônio Sertão e “Favorita” do senhor Ernesto Guimarães, meu bisavô.

Figura 3 - Localização da antiga Casa Favorita



Fonte: Acervo da pesquisadora

Após alguns anos mais três famílias chegaram à vila: família de Dominginho Guimarães, família de Manoel Justo e família de Dica de Lima (tia-avó da pesquisadora). Por volta de 1963 Mentai possuía nove famílias, hoje 120 famílias vivem na comunidade de acordo com o perfil elaborado pelos Agentes Comunitários de Saúde. A escolha do nome da comunidade se deu devido o fato de que no lugar se plantava muita pimenta e quando esta fica madura e ardosa, fica “tai”, daí o nome Mentai. A comunidade também leva o nome de uma das casas fundadoras, a “Santa Rosa” (SANTARÉM, 2012).

Devotos de São Sebastião, a primeira capela era de madeira, coberta com palha e piso de chão batido. Com os esforços dos comunitários hoje há uma igreja grande e bem conservada, são enviados padres à comunidade a cada três meses, para realização de batizados e nas festividades de São Sebastião que acontecem no dia 20 de janeiro (SANTARÉM, 2012).

Figura 4 - Igreja de São Sebastião



Fonte: Acervo da pesquisadora

As comemorações do Dia de São Sebastião também são marcadas pelas procissões que se alternam anualmente entre terra e água. No ano em que a procissão se dá por terra, a imagem de São Sebastião é levada pelas principais ruas da comunidade. No ano em que esta se dá por água, as canoas

levam e acompanham a imagem do santo pela frente da comunidade e cuias com velas acesas dentro são lançadas no rio. Também marcam as procissões as rezas das ladainhas<sup>17</sup>.

Marcam, também, as festividades de São Sebastião o levantamento e derrubada dos mastros pelos chamados “pretos dos mastros” que se pintam com tinta preta e dançam pela comunidade durante a derrubada, hoje são divididos grupos de homens e mulheres. Fugir para não ser sujado pelos “pretos” é uma diversão à parte. Além disso, são realizados bingos, leilões, festas dançantes com bandas que vão de Santarém para a comunidade e diversas brincadeiras.

A comunidade também possui uma igreja evangélica Batista, que não possui pastor fixo na comunidade, mas que se faz presente para a realização de cultos a cada três meses.

Os comunitários têm suas atividades centradas no extrativismo animal e vegetal para sua subsistência, na agricultura familiar, na criação de animais de pequeno porte, produção de artesanatos e a pesca. Alguns homens trabalham nas madeiras que atuam em áreas próximas da comunidade, mas que não fazem parte da Resex. Recentemente foi formado um grupo de mulheres que realizam o beneficiamento do látex, a partir do qual produzem bolsas, tapetes, artigos de decoração, dentre outros, para serem vendidos no Centro de Artesanato do Tapajós. O grupo não trabalha regularmente devido a falta de matéria-prima.

A maioria das famílias também recebe auxílio dos programas sociais do governo federal, como bolsa família e bolsa verde; são associados ao sindicato de trabalhadores rurais e a Associação de Pequenos Produtores Rurais de Mentai e Alto Mentai (APEPROMA).

As casas presentes na comunidade na sua maioria foram construídas nos últimos anos a partir de projetos e créditos de habitação. A primeira etapa do projeto foi realizada pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), em que foram construídas 23 casas. Essas casas são

---

<sup>17</sup> Essas informações foram obtidas por meio de conversas informais com moradores da comunidade.

chamadas pelos moradores de “peladas”, pois estão inacabadas e não possuem reboco.

Figura 5 - Casas construídas na primeira fase do projeto de habitação na comunidade.



Fonte: Acervo da pesquisadora

Na segunda etapa realizada pela Caixa Econômica Federal foram construídas 33 casas, sendo que estas foram concluídas. O INCRA não tem mais relação com os projetos de habitação, logo as 23 casas não concluídas (“peladas”) mais as 18 casas que ainda precisam se construídas para os moradores não beneficiados anteriormente com os projetos, estão a cargo da Caixa por meio do Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR).

As casas possuem três quartos, sala e cozinha, as 33 casas construídas pela Caixa Econômica e outras construídas pelos próprios moradores possuem fossa séptica, as outras 23 casas construídas pelo INCRA e demais casas não contempladas com os projetos de habitação ainda possuem fossa negra. Além das fossas negras outra questão sanitária enfrentada pela comunidade é em

relação ao descarte do lixo doméstico, que se dá pela queima ou pequenos lixões, um deles inclusive está na beira do rio.

Os quintais na sua maioria não são delimitados por cercas, possuem canteiros com plantas medicinais e verduras, além de árvores frutíferas. Chama a atenção o número de animais domésticos que vagam pela comunidade, principalmente cachorros.

O abastecimento de água se dá por meio do microssistema desde o ano de 2005, e faz parte do Projeto Saúde na Comunidade realizado pelo Projeto Saúde Alegria, em parceria com as prefeituras de Santarém, Belterra e Aveiro, Conselho Nacional dos Seringueiros, Federação FLONA, Associação Tapajoara, Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santarém, Belterra e Aveiro e FEAGLE (Federação das Associações de Moradores e Comunidades do Assentamento Agroextrativista da Gleba Lago Grande), além de apoio financeiro do BNDES, Terre des Hommes, FORD Foudation e Konrad Adenauer Stiftung. Além do microssistema o projeto também beneficiou a famílias com filtros, e o posto de saúde faz a distribuição de cloro por meio dos agentes comunitários de saúde.

A caixa d'agua tem capacidade para 15.000 l e o abastecimento das casas se dá pela manhã até as 11h00min e a tarde a partir das 18h00min até as 23h00min. Cada família paga o valor de R\$15,00 (quinze reais) para suprir os gastos de manutenção e também do combustível para ligar o motor que enche a caixa. Apesar de todas as casas possuírem o abastecimento proveniente do microssistema, as atividades domésticas, como lavar roupas, e de higiene ainda acontecem no rio.

Figura 6 - Sistema de abastecimento de água



Fonte: Acervo da pesquisadora

Não há na comunidade coleta de esgoto, o saneamento básico se dá por meio de fossas negras, em algumas residências e o lixo na maioria das vezes é queimado.

O abastecimento elétrico da comunidade é proveniente de um motor gerador a diesel, que funciona diariamente das 19h00min às 22h30min. As famílias foram divididas em sete grupos, cada grupo é responsável pela doação do óleo diesel para o funcionamento do motor em um dia da semana, sendo que cada família doa 2 litros de óleo. Para os demais gastos como manutenção e reposição de peças do motor gerador os comunitários organizam bingos e rifas.

Há na comunidade uma Unidade Básica de Saúde que foi ampliada no ano de 2015, atualmente a unidade conta com três agentes comunitários de saúde, um técnico de enfermagem e uma enfermeira. Funcionam programas de Crescimento e Desenvolvimento infantil (CD), Programa de Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia), atividades de controle da saúde relativas ao Programa bolsa família, dentre outros. A UBS também realiza ao fim de cada mês um

grupão de mulheres para dialogar sobre saúde da mulher. Há na comunidade parteiras, que já são pouco requisitadas, e benzendeiras.

Figura 7 - Unidade Básica de Saúde de Mentai



Fonte: Acervo da pesquisadora

A Escola Municipal de Ensino Fundamental São Sebastião possui turmas da educação infantil até o 9º ano. Para cursar o ensino médio os jovens precisam ir para a cidade de Santarém. A escola possui algumas salas ainda inacabadas, cuja construção partiu dos próprios comunitários para serem usadas nas atividades do Programa Mais Educação.

Figura 8 - Escola Municipal São Sebastião



Fonte: Acervo da pesquisadora

O lazer na comunidade se dá por meio das disputas entre os clubes esportivos Flamengo, Bom Jesus e Vasco. Nos finais de semana a rádio comunitária Transmentai alegre e informa a comunidade. Também são realizadas festas dançantes com bandas oriundas de Santarém e de outras comunidades no barracão comunitário.

Figura 9 - Rádio Comunitária TransMentai



Fonte: Acervo da pesquisadora

Quanto à rede de telefonia, a comunidade possui alguns aparelhos, mas estão danificados. Alguns moradores possuem telefones fixos e as ligações podem ser feitas ao preço de R\$ 4,00 (quatro reais) o minuto.

### **2.3 A produção dos dados**

A produção dos dados teve início após a aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com protocolo CAAE: 66666817.8.0000.5168. E mediante autorização do Instituto Chico Mendes de Biodiversidade, bem como da Secretaria Municipal de Saúde de Santarém. O presente estudo foi desenvolvido seguindo as exigências da Resolução do Conselho Nacional de Saúde-CNS Nº466/2012.

Compreende a população participante deste estudo 22 mulheres, mães e maiores de 18 anos. Foi empregada como instrumento de produção dos dados, a entrevista guiada por roteiro para as mulheres. Além de um questionário semiestruturado a este público para coleta de informações sócio epidemiológicas.

O período de produção dos dados se deu em julho de 2017, grande parte das entrevistas foi realizada nas casas das mulheres, principalmente no fim da tarde quando algumas retornavam das roças. Também foram realizadas entrevistas na UBS e na casa onde estive hospedada, mediante esclarecimentos sobre a pesquisa, seguido por leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após o período de produção dos dados, as entrevistas foram transcritas e identificadas pela letra *E* que corresponde à palavra *Entrevista*, seguida de números sequenciais de 1 a 22, correspondente ao total de mulheres entrevistadas.

### **2.4 Análise foucaultiana do discurso**

Os discursos proferidos a partir das entrevistas foram transcritos a fim de permitir uma Análise do Discurso na perspectiva de Michel Foucault. Marques (2016) afirma que Foucault efetua uma proposta de análise de discursos em que a materialidade da linguagem rompe com uma perspectiva exclusivamente linguística.

Em uma visada foucaultiana o analista parte da singularidade do acontecimento para, a partir daí, compreender a produção discursiva que orbita em torno desse mesmo acontecimento e como se estabelece sua relação com outros discursos (dispersos, aparentemente desconexos, singulares). É nesse exercício que se busca deslindá-lo (apesar de nunca alcançá-lo em sua completude), caudatário (o discurso) da complexa trama histórica que o precede e o enrola, e moldado pelas vontades de verdade e exercício de poder amiúde opacos e fugazes (MARQUES, 2016, p. 263).

Segundo Ferreira; Traversini (2013) o funcionamento dos discursos não está predefinido a espera das nossas leituras. Portanto, não há uma ferramenta metodológica pronta para decifrar os discursos. Até porque cada discurso tem suas peculiaridades, e as teorias que analisam não dão conta de suas totalidades e complexidades.

O trabalho do pesquisador será constituir unidades a partir da dispersão dos enunciados, mostrar como determinados enunciados aparecem e como se distribuem no interior de um certo conjunto, sabendo, que a unidade não é dada pelo objeto de análise (FISCHER, 2001). Miranda (2016) afirma ainda que o grau de dificuldade em seguir nessa direção apontada por Foucault reside na tradição insistente de querer dar uma resposta final para todas as pesquisas, esquadrihar, estabilizar; buscando a resposta acertada ao que se propõe.

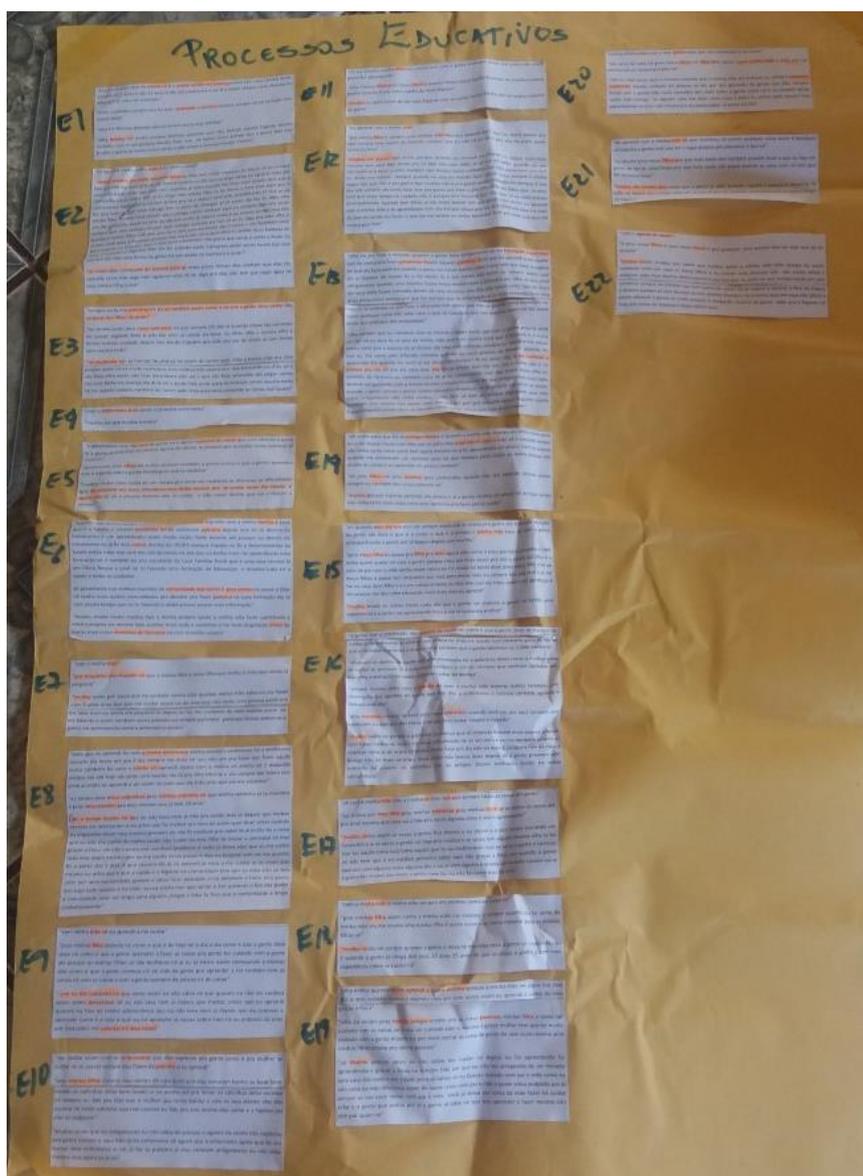
Contudo, Ferreira; Traversini (2013) apresenta um modelo de como pode se constituir a análise dos dados obtidos a partir de Michel Foucault. Como ponto de partida tem-se a transcrição das entrevistas e leitura do material, nas quais se destaca algumas impressões iniciais. A partir dessa leitura prévia foi possível fazer um agrupamento inicial dos discursos por temáticas. Os autores inspirados em Saraiva (2006) elaboraram uma forma de organização dos excertos de seu estudo, que os permitiu comparar os inúmeros fragmentos de sua pesquisa, essa organização foi denominada de *Mapeamento Discursivo*. Dessa forma, iniciamos o Mapeamento Discursivo agrupando os discursos que se referiam a uma mesma temática e cruzamos esses discursos com informações do questionário socioepidemiológico, para que a partir de então possam emergir os *corpus* de análise.

Figura 10 – Modelo do Mapeamento Discursivo das entrevistas com as mulheres

As Mulheres	Perfil	A vida	Concepção de saúde e doença	Concepção de Cuidado	Características do cuidado	Processos educativos da prática de cuidar
Entrevista 1	53 anos Parda Católica Solteira Ens. Fund. Incompleto Agricultura 4 filhos Hipertensa	“A nossa vida no trabalho nosso da agricultura ela me leva muito em frente porque eu criei meus filhos na agricultura e hoje é meu orgulho que meus filhos estudarem e hoje eles tem objetivo que é o trabalho deles esse é o meu orgulho de eu trabalhar na	“esta saúde ela é muito muitos pedem assim ah o doutor saúde médico isso e aquilo mas eu acho que essa saúde para nós quem tem que ter o cuidado somos nós com higiene principalmente ter muito cuidado com o lixo queimado quintal limpo enquanto tudo mais alimentação tudo então Deus nos cura e nós cuida da nossa saúde” “a doença é uma	“esse cuidado é tudo limpinho nossa vasilhas cobertas enquanto o quintal como já falei “rerificado” não deixar nada no quintal pra tá a agua acumulada que dali é que vai surgindo as doenças que tem o mosquito transforma no mosquito e dai a frente”	“como eu me cuido? Sim enquanto esta relação é alimentação as frutas frutificas e também todos os remédios” “com remédio caseiro e indo a unidade de lá o medico eles envio com os (pros) enfermeiros” “olha só a familia quando está doente em casa faço meus	“esses cuidados vem da minha vó e a minha familia era criança morei com uma familia desde a idade de 5 anos e ate 12 anos e ela me ensinaram e de lá a idade chegou num careceu de ninguém ta mais me ensinado” “esses cuidados sempre sou fui bem orientado e oriento sempre porque nesse cuidado vem nossa saúde” “aqui há diversas

Posteriormente, os discursos das 22 mulheres foram agrupados de acordo com as categorias propostas no mapeamento discursivo, possibilitando que pudessem ser visualizados de forma individual e coletiva ao mesmo tempo.

Figura 11 - Exemplo de agrupamento dos discursos.



Fonte: Pesquisadora

Deste processo de análise emergiram as seguintes categorias: *Saúde e Doença*, *O cuidado* e *A troca de saberes*. Os dados sócio epidemiológicos coletados por meio do questionário bem como os relatos de vida das mulheres deram origem a tópico *As mulheres de Mentai*.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

#### **3.1 As mulheres de Mentai**

O cotidiano vivenciado na comunidade proporcionou observar um pouco da rotina das mulheres, suas vivências, suas redes de cuidado e seus papéis sociais, e também conhecer a realidade da comunidade de Mentai a partir destas mulheres. Fachine (2008) aponta a importância da noção de vida cotidiana, para a autora falar do cotidiano é procurar retratar as dimensões múltiplas da vida das pessoas, e que o surgimento dos estudos com enfoque de gênero permitiu lançar um novo olhar sobre isso.

Para Heller (1970) o homem nasce inserido em sua cotidianidade e por meio do amadurecimento adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade. A autora explica ainda que esse amadurecimento começa sempre “por grupos” (família, escola, pequenas comunidades). Os grupos também oferecem uma mediação entre o indivíduo e os costumes e normas. Deste modo, conhecer as mulheres de Mentai subentende conhecer as relações destas com seu marido, filhos, atividades domésticas, trabalho, lazer e saúde.

A tabela 01 apresenta as principais variáveis do perfil sociodemográfico das mulheres de Mentai.

Tabela 01 – Perfil sociodemográfico das Mulheres entrevistadas na comunidade de Mentai, ano 2017.

<b>VARIÁVEIS</b>	
<b>Faixa etária</b>	<b>N</b>
26 – 35	6
36 – 45	8
46 – 55	6
56 – 65	0
66 – 77	2
<b>Religião</b>	<b>N</b>
Católica	18
Evangélica	4
<b>Estado civil</b>	<b>N</b>
Solteira	9
Casada	4
Viúva	1
União Estável	8
<b>Escolaridade</b>	<b>N</b>
Analfabeta	3
Ens. Fund. Incompleto	9
Ens. Fund. Completo	5
Ens. Médio Incompleto	1
Ens. Médio Completo	3
Ens. Superior	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Esse processo de conhecimento das mulheres de Mentai envolveu 22 mulheres, na faixa etária de 26 a 77 anos. Destas, 18 são católicas e 4 evangélicas; 9 são solteiras, 4 casadas, 1 viúva e 8 vivem em união estável. Quanto à escolaridade 3 são analfabetas, 9 possuem ensino fundamental incompleto, 5 ensino fundamental completo, 1 ensino médio incompleto, 3 cursaram ensino médio completo e 1 possui nível superior completo. Todas as mulheres se auto identificaram como pardas.

No cenário complexo de composição da vida feminina, com múltiplas formas de produção e reprodução do cotidiano, o rio é um dos protagonistas. Segundo Cardoso (2014) os rios dentro da configuração do espaço amazônico tornam-se meios de sobrevivência, de circulação de mercadorias, de pessoas, fonte de alimentos. Para a autora configuram um padrão de organização espacial na medida em que as várias comunidades existentes crescem seguindo o curso de suas águas.

Essa interação com o rio, presente no espaço amazônico, se dá igualmente em Mentai. Diariamente as mulheres descem até o Rio Mentai para lavar roupas, cuidar da sua higiene e da de seus filhos, deslocar-se para as suas colônias, outras comunidades ou para Santarém. Do rio provém o principal alimento das famílias: o peixe. Nele também se tem o principal espaço de lazer de crianças e adolescentes. Deste modo, o rio se torna um espaço social, de encontros, conversas e trocas de saberes.

A proximidade da vida com o rio faz estreita a relação sociedade e natureza caracterizando o modo de vida das comunidades de forma bem marcante contribuindo para a determinação das identidades dessas populações, do que é “ser ribeirinho”.

Essas populações desenvolveram modos de vida particulares que envolvem grande dependência dos ciclos naturais, conhecimento profundo dos ciclos biológicos e dos recursos naturais, tecnologias patrimoniais, simbologias, mitos e até uma linguagem específica, com sotaques e inúmeras palavras de origem indígena e negra (DIEGUES, 2001 p.10).

A interação dos ribeirinhos com o rio produz uma percepção do rio compondo um conjunto de subjetividades. Neste contexto o ser humano cria várias maneiras de explicar as relações e os acontecimentos cotidianos, e no

caso da comunidade ribeirinha, a natureza, e mais especificamente, o rio são elementos que moldam esses acontecimentos (CARDOSO, 2014).

Porém, do rio também advém às doenças que são umas das principais preocupações das mulheres de Mentai. Nas conversas sobre como é a saúde na comunidade elas relacionam o microssistema de abastecimento de água como um grande avanço na promoção da saúde, principalmente das crianças. Elas relatam mortes de crianças na comunidade em decorrência de diarreias.

Estudos em populações da Amazônia confirmam esta preocupação quando apontam a relação existente entre fonte de água para o consumo doméstico e prevalência de múltiplas parasitoses intestinais, destacando a água como um dos problemas de saúde das comunidades ribeirinhas do tapajós (SILVA, 2006; AMARAL et al., 2009).

A doença, bem como a saúde, nesse contexto, parte da relação dos sujeitos com a natureza e o cuidar. A doença é um reflexo do cotidiano e também dos seus processos de cuidar. Ela não é apenas uma condição patológica, mas existe toda uma história por trás dessa condição (CARDOSO, 2014).

Essa relação sociedade / natureza / saúde é compreendida de forma muito particular por cada indivíduo, o que não foi diferente para a pesquisadora. As mulheres sempre relatavam nas conversas que umas das necessidades de manutenção da saúde envolviam os cuidados com os quintais e com o lixo, para tal, elas queimavam o lixo orgânico. Em um dia com pouco vento, a concentração da fumaça decorrente dessas queimadas era tamanha que resultou em um processo alérgico na pesquisadora. O cuidado que essas mulheres têm para que o lixo não gere doença, desencadeou ações de controle (a queima do lixo) que desenvolveu outros processos de adoecimento (processo alérgico), revelando a complexidade do processo saúde-doença.

Nas conversas as mulheres de Mentai se identificam como agricultoras ou lavradoras e têm sua vida pessoal atrelada ao trabalho na roça, o que ficava bem explícito quando falavam sobre suas vidas. Essa identificação como mulheres agricultoras/lavradoras pode ser compreendida, como práticas de

subjetivação, ou seja, as práticas pelas quais nos tornamos sujeitos (FOUCAULT, 1995).

Para Castanheira e Correia (2010) os processos de subjetivação, configuram o modo que o próprio homem se compreende como sujeito legítimo de determinado tipo de conhecimento, ou melhor, como o sujeito percebe a si mesmo na relação sujeito-objeto.

Tais práticas de subjetivação refletem tanto na constituição da identidade desses sujeitos, quanto em uma ação dos sujeitos sobre o território e as diversas formas de uso, ocupação e reconhecimento (Mulheres – Ribeirinhas – Agricultoras). Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente, o ator territorializa o espaço. Em graus diversos, em momentos diferentes e em lugares variados, somos todos atores sintagmáticos que produzem “territórios” (BECKER, 2010; RAFFESTIN, 1993).

Em determinados casos, as mulheres são responsáveis por prover o sustento da família, educação dos filhos, cuidados com a casa, dentre outras tarefas. Porém, não identificaram nisso o conceito de *cuidado em saúde* ou tão somente *cuidar*. Elas exercem todos esses múltiplos fazeres de forma orgânica. Uma realidade presente nos diversos segmentos da sociedade brasileira, independente de classes sociais ou grupos étnicos.

A atribuição de papéis distintos para homens e mulheres é flexibilizada dependendo da cultura e do tempo histórico vivenciado por cada um. Nas comunidades ribeirinhas, a família passa a se constituir na unidade mais importante nesses processos sociais básicos de um sistema organizacional familiar e os procedimentos rotineiros delinham a vida de todo o grupo. É importante frisar, também, que a família promove a reposição diária da força de trabalho através do trabalho da mulher no âmbito doméstico, que ainda é socialmente desvalorizado (FECHINE, 2008, p. 5).

Sobre o trabalho feminino na roça a autora acrescenta:

As atividades na roça mais peculiares às mulheres são aquelas consideradas mais “leves”, como capinar, plantar e colher. Como também a manutenção do terreiro e a ornamentação ao redor da casa com plantas, incluindo as medicinais. Aos homens se relacionam mais as atividades mais “pesadas”, como derrubada de árvores, tanto para cortar o tronco em tábuas que servem para a construção de casas, quanto para a preparação do terreno para a colocação de roçado. Geralmente cabe aos homens fazer as covas,

já o ato de plantar é mencionado como atividades igualmente de homens e mulheres (FECHINE, 2008, p. 5).

As mulheres de Mentai, na sua maioria, também se reconhecem pertencentes a algum dos grupos presentes na comunidade – grupos de mulheres organizado pela UBS, grupo de mulheres que trabalham no beneficiamento de látex, movimentos sociais, sindicato de trabalhadores rurais, grupos religiosos e times de futebol.

Por fim, Mentai trás características que são comuns em comunidades ribeirinhas da Amazônia, o estudo de Amaral et al. (2009) aponta tais características observadas na Flona do Tapajós e na Resex Tapajós - Arapiuns:

1- Migração: Para os autores o principal fator que promove a migração é a continuidade de educação para os filhos. Em Mentai os comunitários lutam para conseguir implantar o Ensino Médio na comunidade. A ausência de jovens na faixa etária a partir dos 15/16 anos é visível e em parte por ser atrelada a este fator.

2- Alimentação/Renda: As comunidades, segundo os autores, sobrevivem basicamente da produção da farinha de mandioca, da pesca, e algumas da agricultura de subsistência. Em períodos de escassez de peixes e caça, a população de Mentai depende de alimentos que são enviados de Santarém, e vendidos por alguns comerciantes da comunidade. Amaral et al. (2009) também apontam que outras atividades alternativas estão em processo de instalação em algumas comunidade. O que foi observado em Mentai por meio do grupo de mulheres que produzem artesanatos e utensílios a partir do látex. No que tange a renda familiar 5 mulheres afirmam ter renda de um salário mínimo, 1 mulher refere renda de dois a três salários mínimos e 16 mulheres afirmam ter uma renda familiar inferior a um salário mínimo.

3 – Programas Sociais: Os autores afirmam que a bolsa família contribui significativamente para a renda das comunidades, o que também foi observado em Mentai. Das 22 mulheres entrevistadas 5 não recebem auxílio de

programas sociais, 8 recebem bolsa família e bolsa verde, 7 recebem apenas bolsa família e 1 recebe apenas bolsa verde.

### 3.2 Saúde e Doença

Uma das primeiras etapas da entrevista era entender o que as mulheres compreendiam por saúde e doença, haja vista que estes configuram processos socioculturais. O entendimento de saúde de um profissional da área é em parte construído pelas suas experiências, e em parte pela sua percepção e conhecimento enquanto profissional de saúde, o que envolve uma compreensão de saúde tida como “oficial”, como a da Organização Mundial da Saúde: “um estado de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não a era ausência de doença”. Contudo, este conceito é criticado por Boff (2013), que desde 1980 se ocupa com as questões da ecologia, para este autor a conceituação da OMS abrange várias dimensões da vida, mas ignora a natureza e a morte, e, portanto para ele é enganosa.

As diferentes conceituações e entendimentos acerca da saúde tem relação direta com os discursos produzidos na sociedade e nos grupos, cada discurso produzido parte de um sujeito que teve acesso a diferentes vivências, experiências e, por isso, foi atravessado por inúmeros discursos, assumindo que o sujeito pode não ser a fonte a priori do discurso.

Assim, alguns relatos das mulheres de Mentai associam saúde aos cuidados cotidianos com a higiene, alimentação e o lixo doméstico.

*“Eu acho que essa saúde, para nós, quem tem que ter o cuidado somos nós. Com a higiene, principalmente, ter muito cuidado com o lixo queimado e o quintal limpo.” (E1)*

*“Ter saúde é a gente ter higiene nos alimentos da gente, ter cuidado com os alimentos, andar calçado, na limpeza, na roupa, o quintal limpo, as louças, tudo limpo.” (E10)*

*“Bom, saúde eu considero pra mim é uma higiene maior sobre a saúde, tipo fazer as coisas com bastante higiene no que vai fazer [...]” (E12)*

*“Saúde é a gente ter o cuidado na alimentação e também higiene né, nas coisas que a gente vai fazer pra que a pessoa não possa adoecer, sentir dor [...] pelo menos na minha família, a gente é uma família pobre, mas graças a Deus até aqui nenhum foi internado por negócio de doenças.” (E 20)*

Os discursos também relacionam a saúde à prevenção de doenças, seja por meio da higiene como expresso anteriormente, seja por meio da vacinação das crianças.

*“A saúde é a gente ter os cuidados da gente né, higiene da gente sempre praticar as vacinas e levar os filhos da gente, é isso.” (E 8)*

Ter saúde surge nos discursos como peça fundamental para que elas possam continuar trabalhando, provendo sustento de sua família e realizando suas atividades diárias. Mas, a saúde também é associada à ausência de doenças.

*“Ah! Saúde é o melhor pra gente né, estando com saúde a gente faz tudo quanto é tipo de coisa, trabalha.” (E22)*

*“Saúde é a pessoa não adoecer quase [...]” (E2)*

*“Ter saúde é a gente viver, acho que, bem de saúde mesmo. Sem tá doente, sentindo alguma dor [...]” (E3)*

*“A saúde eu entendo assim ter saúde é muito importante pra nossa vida porque ter saúde é ter vida né e a gente ter saúde dentro da comunidade é a gente ter a saúde a gente tem tudo né tem como sobreviver trabalhar é uma pessoa saudável né.” (E6)*

Chama a atenção nos discursos o entendimento de que cabe a cada sujeito ser responsável pela manutenção de sua própria saúde.

*“Eu acho que essa saúde, para nós, quem tem que ter o cuidado somos nós.” (E1)*

*“Olha por saúde é a gente buscar melhoria pra nossa própria saúde, pra nossa própria vida [...]” (E13)*

*“Eu entendo assim: que nós mulheres devemos nos prevenir, procurar a unidade posto médico se num tem aqui mais a gente pode correr em Santarém marcar consulta pra gente [...]” (E16)*

As concepções de saúde das mulheres de Mentai demonstram a necessidade de uma constante vigilância, está relacionada em seus discursos, principalmente, à higiene. É necessário que saibamos cuidar do nosso próprio corpo e se tal cuidado for realizado adequadamente então seremos saudáveis. Isso nos remete a necessidade de sempre “prevenir-se”.

Esse discurso da prevenção que provém da medicina preventiva e está presente nas políticas públicas de saúde, bem como nas ações da sua principal ferramenta que é a atenção básica, trás as características do biopoder apresentado por Foucault como um “conjunto dos mecanismos pelos quais

aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008, p.3). Para o autor, o biopoder prioriza a vida e o controle e, nesse sentido, as políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde agem como dispositivos que viabilizam a ação desse controle, que a partir do biopoder, centra-se no corpo.

O discurso de cuidar do corpo e, portanto, da saúde também funciona como um dispositivos para moldar a conduta dos sujeitos/mulheres consigo/com seu próprio corpo. Percebemos isso nos discursos acima, que apontam que cada sujeito é responsável pela manutenção da própria saúde. Há a responsabilização de cada um por si mesmo, seja com a higiene, com a realização dos exames (nesse caso, fazemos referência ao PCCU<sup>18</sup> que deve ser realizado pelas mulheres anualmente, para detecção precoce de câncer de colo uterino), vacinação e outras medidas preventivas.

O controle do cuidado com o próprio corpo se dá também a partir da responsabilização. O sujeito que sabe quais medidas preventivas precisa adotar para a manutenção da sua saúde, deve fazê-lo. Pois, tudo é registrado seja nas visitas dos agentes comunitários de saúde, nas carteiras de vacinação e/ou nos prontuários. Podemos associar esse controle ao Panóptico de Bentham apresentado por Foucault (1987) em *Vigiar e Punir*.

Segundo Foucault (1987, p. 177) o Panóptico de Bentham configura-se em uma construção em anel na sua periferia, cujo centro há uma torre, esta é vazada e possui largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel. A construção periférica é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; as celas possuem duas janelas, uma para o interior e outra para o exterior. Um vigia na torre central consegue ver todos que estão nas celas.

A arquitetura do Panóptico de Bentham permitiria exercer um controle físico sobre as pessoas, estas seriam constantemente vigiadas. Porém, com o passar do tempo os próprios indivíduos passam a exercer o controle sobre si mesmo, por saberem que estão sendo vigiados. O controle que se exerce na

---

<sup>18</sup> Exame de Prevenção do Câncer de Colo Uterino

saúde das pessoas hoje, também se dá pela constante vigilância da conduta de cada um com relação à própria saúde e com, os efeitos coletivos que um cuidado individual pode gerar. Por exemplo, a constante vigilância às residências em busca de focos de mosquito da dengue, ou ainda a exigência para as mulheres, cuja família recebe bolsa família, para realizarem o PCCU.

Quanto às concepções sobre doença chama a atenção o fato das mulheres relacionarem esta a uma condição grave que necessite de médico e ou hospitalização, ou que acomete a pessoa por um longo período de tempo, ou ainda o agravamento de enfermidade por falta de tratamento/cuidado.

*“Por doença penso na morte logo, ainda mais quando não acha remédio né pra ficar bom”. (E4)*

*“[...] doença é se a gente não se cuidar, no caso duma doença, principalmente, por dentro da gente, uma doença que a gente não sabe, por exemplo, o câncer né.” (E5)*

*“[...] doença é ela é meio complicada né, se não cuidar a gente fica vários anos doente [...]” (E9)*

*“Por doença é quando alguém pega uma doença que leva tempo pra ser curado né [...]” (E13)*

*“Bom o que eu entendo por doença é quando pega assim, por exemplo, uma virose duma gripe, uma febre, uma dor de cabeça e fica doente mesmo, que a gente vai tratar com remédio de farmácia. Eu penso assim que tá doente mesmo, tá internado, tá grave, eu penso assim né. Porque olha uma febrezinha duma gripe, quando a gente sabe cuidar, fazer um remédio, um chá caseiro, uma coisa que evita a tosse e a febre eu acho que é melhor do que um remédio de médico[...]” (E15)*

*“Ah! não sei eu acho que é quando alguém fica mesmo debilitado e as vezes precisa da ajuda de outro [...]” (E17)*

*“Doença eu acho que é assim: a gente adoecer e não procurar um recurso né[...]” (E18)*

*“Para mim, eu acho que doença é uma coisa muito mais grave do que uma febre, uma dor de cabeça, a doença é aquela que você cuida, cuida e não tem jeito, essa é uma doença né [...]” (E20)*

*“Doença pra mim é pessoas que ficam muito enfermo, assim né, quem estiver muito doente tem que procurar uma pessoa que entenda levar para o médico pra fazer consulta.” (E21)*

Nos discursos anteriores as mulheres de Mentai definem, a partir de suas experiências, o que é doença, corroborando com Canguilhem (2009), para este autor a definição da doença é a definição do doente e não a do médico. O autor reforça a doença como uma prática sociocultural. Cada sujeito

define a doença de acordo com as suas experiências, se este apenas lidou com situações de doença cujo tratamento pode ser feito em casa, ou se ele ou alguém próximo necessitou de internação em algum momento da vida. Podemos considerar também as informações que recebeu ao longo da vida sobre o que é doença. Dessa forma, o que é normal e o que patológico vai recebendo diferentes valores pelos sujeitos.

Foucault (2011) afirma que na medicina do século XIX, acreditou estabelecer as normas do patológico e a partir definir o que deveria ser considerado doença. Para o autor, a medicina atual consegue compreender a relatividade do normal e as variações do patológico, decorrentes de toda a organização econômica e social, como o próprio saber médico, suas técnicas de investigação e de intervenção, o grau de medicalização de um país, mas também às normas de vida da população, seus sistemas de valores e sensibilidade em relação à morte e formas de trabalho.

Para Langdon e Wiik (2010) as concepções de saúde e doença são definidas a partir de um sistema cultural de saúde.

*O sistema cultural de saúde* ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre *saúde* e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença. Cada e todas as culturas possuem conceitos sobre o que é ser doente ou saudável. Possuem também classificações acerca das doenças, e essas são organizadas segundo critérios de sintomas, gravidade etc. As suas classificações, tanto quanto os conceitos de saúde e doença, não são universais e raramente refletem as definições biomédicas. Por exemplo, *arca caída*, *cobreiro*, *quebranto* e *mau-olhado* são consideradas doenças para vários grupos brasileiros, entretanto, não são reconhecidas ou tratadas pelos (bio)médicos. As classificações dessas doenças são organizadas segundo critérios próprios, os quais guiam os diagnósticos e terapias, cujos especialistas detêm elementos e materiais para tratá-las e as reconhecer como curadas ou não (LANGDON E WIİK, 2010, p.179).

Assumindo isso, as mulheres, E4 e E13, participantes deste estudo são hipertensas, portanto, a condição crônica e o controle ou não da doença, pode interferir diretamente nas suas concepções de doença e de ser doente. As demais não referiram problemas de saúde, porém, ao falarem sobre suas vidas, davam ênfase a sua relação com o trabalho, e a importância deste para suprir as necessidades da família.

*“Eu trabalho na agricultura e por enquanto eu não to trabalhando por causa que eu to de bebê né, mas é isso, eu trabalho na roça, sou sócia do sindicato” (E7)*

*“eu sou daqui mesmo do Rio Arapiuns moro aqui na comunidade de Mentai a muito tempo né, uns 40 a 50 anos já moro aqui e meu trabalho é a agricultura mesmo, gosto de trabalhar na roça, minha colônia é aqui pro macaco, 45 minutos a pés andando[...]” (E10)*

Nesse caso, as concepções de doença podem envolver o fato de esta gerar um empecilho para o trabalho. A doença também recebeu descrições como sendo uma “poluição”, um “vírus” ou ocasionada por “falta de higiene”. Mas, de todo modo, é sempre algo ruim algo que vai atrapalhar as pessoas em suas atividades diárias.

Com relação à saúde na comunidade, algumas mulheres destacam as dificuldades quanto ao transporte/locomoção de doentes para Santarém, dificuldades com a telefonia, pois não há sinal de celular e os telefones públicos instalados nem sempre funcionam, e ainda falta de remédios na unidade de saúde.

*“Eu ainda acho muito precário a saúde, não só na comunidade como na região inclusive. Nós lutamos muito por uma demanda de ter uma ambulancha no nosso porto da comunidade, ter um meio de comunicação quando uma pessoa adoecer para ligar para Santarém, para a ambulancha vir buscar. Em relação a UBS nós já temos a serviços gerais e o nosso técnico de enfermagem, a nossa enfermeira e em relação ao remédio deu uma melhorada, mas não é tudo né, a gente ainda sente muita necessidade na região, não é só na comunidade, é na região.” (E6)*

*“Aqui pra nós tá faltando muitas coisas, principalmente, no posto: telefone, remédio, uma ambulancha que a gente tá muito longe de Santarém, a pessoa adoce ai tem que vir a ambulancha e, as vezes, nem vem.” (E7)*

*“Ah! A dificuldade assim é quando tem doente e que não pode ir logo rápido pra Santarém, a gente fica no difícil né, nesse termo ai se a gente pudesse, assim, ter uma coisa mais rápida pra gente chegar onde tem as coisas.” (E9)*

*“Tem um pouco de dificuldade né, porque às vezes, quando a gente corre naquele posto ali não é todo remédio que tem pra gente né, e do pouco que tem às vezes nem serve pra doença que a gente tá sentindo, que a gente tem, mas dá de levar a vida.” (E 14)*

Outras mulheres afirmam que houve melhoras na saúde na comunidade, elas atribuem isso, principalmente, a implantação do microssistema.

*“Aqui não é muito 100% a saúde, mas é porque de primeiro quando ainda não tinha esse microssistema tinha muito negócio de diarreia, vômito, atacava muito. Principalmente nas crianças né, tinha criança que ia até morrer, se não procurasse recurso pra cidade a criança morria mesmo, até gente grande mesmo e agora não, já facilita muito, é difícil a gente vê uma criança com diarreia com vômito.” (E5)*

*“Aqui a saúde para nós tá ótima, porque graças a Deus aqui, depois que teve o microssistema e a enfermeira, já não tem mais as doenças que antigamente vinha tendo né, que quando não tinha o microssistema, aí as pessoas bebiam aquela água mesmo lá da beira e aí já descontrolava muita doença, que era, principalmente, a diarreia mesmo, que teve aqui caso que criança morreu mesmo com diarreia.” (E 21)*

A presença da enfermeira na comunidade gera conforto, do mesmo modo que sua ausência em alguns momentos gerou críticas. Podemos compreender a importância que é dada a ela pela comunidade, como referência de saúde e amparo, bem como, aos agentes comunitários de saúde que são constantemente lembrados.

*“Agora tá melhorando depois de a enfermeira vir, agora ela faz palestra pra mulherada, de primeiro não havia essas coisas né era mais difícil, agora não, se torna mais melhor graças a Deus.” (E 11)*

*“Olha aqui na comunidade agora esse mês, agora está devagar, o nosso posto fazia um tempão que não era fechado né, olha, já veio uma enfermeira, uma pessoa que ela era mesmo muito ágil na comunidade, depois veio outra, aí tem enfermeira que tá de férias aí veio essa outra que não para mais aqui né, só esse mês ela viajou quatro vezes, agora tá fechado e o enfermeiro<sup>19</sup> ele tá de férias. Isso abre uma carência [...] mas para o que estava antes já melhorou bastante né, as vacinas, elas já vêm todos os meses, que antes era difícil.” (E13)*

*“É meio complicado, assim, pelo fato de às vezes tem alguém doente e às vezes não tem enfermeira né, como esses dias teve. Apareceu um caso aqui numa criança que cortou o dedo, aí tava precisando muito de um atendimento do posto e a enfermeira não tava, não tinha técnico, não tinha ninguém.” (E17)*

*“[...] quando tem uma doença, tem que correr no posto, correr no agente de saúde, mas pra mim o agente de saúde é muito beleza, porque na hora que eu preciso eles tão prontamente a me ajudar, as enfermeiras também.” (E8)*

*“Eu acho que é boa a saúde aqui, pra mim quando os meus filhos tão sentindo alguma coisa eu vou com o agente né, ele vem na minha casa, aí ele me encaminha para o posto eu levo ele no posto. Está sempre me acompanhando quando sabe que as minhas crianças tão doente aqui em casa, ele jamais me deixa sozinha, sempre tá acompanhando, me mandando para o posto [...]” (E10)*

---

<sup>19</sup> Refere-se na verdade ao técnico de enfermagem.

Ao serem questionadas sobre onde procuram auxílio quando elas ou alguém da família estão doentes, as mulheres citaram tanto a unidade de saúde e os agentes comunitários de saúde, quanto os benzedeiros, os puxadores ou “pessoas que entendam”<sup>20</sup>. Revelando que a linha entre, a medicina e as práticas populares de cuidado é tênue e porosa.

*“Olha a meu ver, assim, antes nós vivemos uma vida só no remédio caseiro e hoje nós estamos só na mão do médico. Todo mês, todo mês, de três em três meses, enquanto no passado era só remédio caseiro, mas a gente tem que ir tinha que chegar até como nos estamos no médico como eu já falei a poluição é muito e nós temos que ter cuidado com nós [...] Primeiro na unidade, ai tem os puxadores que ficou, que Deus deixou, e são esses.” (E1)*

O discurso de E1 merece destaque em três pontos. Primeiro ao fato dela afirmar que hoje está só “na mão do médico”, de três em três meses precisa ir ao médico. Isso pode ter relação ao fato dela ser hipertensa e fazer uso de medicação de uso contínuo. Em segundo lugar, ela afirma que no passado faziam uso apenas de remédios caseiros, mas tinha que chegar até como estamos no médico, porque a poluição aumentou. Talvez E1 entenda que apenas o saber tradicional não dê conta das constantes mudanças que nosso planeta vem sofrendo, e do surgimento de novas doenças.

E por fim ao afirmar que “tem os puxadores que ficou que Deus deixou”. Podemos compreender que para ela ser “puxador” é um dom, é um saber que não se aprende, como a medicina moderna, mas um saber que vem do divino, que o escolhido recebe. Vaz Filho (2016) afirma que os benzedores e puxadores são especiais e imprescindíveis, justamente, por terem reconhecidamente o dom de curar<sup>21</sup> e trazer de volta a harmonia do corpo e da alma. Essas práticas não se tratam de técnica/treino, é o dom que comanda a aprendizagem, e o ofício de pajé, benzedores, puxadores e parteiras. Para o

<sup>20</sup> Vaz Filho (2016) faz uma importante distinção entre as atividades de cada um, benzedores, puxadores, rezadores, curadores e pajés. Para esta dissertação cabe saber que todos estes se encontram na categoria de práticas populares de cuidado e, portanto, não cabe a distinção de cada um neste momento.

<sup>21</sup> Como *dom*, Vaz Filho (2016), compreende a predisposição sobrenatural que apenas algumas pessoas trazem do ventre materno (por isso se diz dom de nascença). O *dom* é algo profundo e determinante para a vida e a identidade do escolhido. Ninguém pode ser indiferente ou fugir do seu dom. É dado por Deus e deve ser exercido em favor do bem estar das demais pessoas.

autor a pajelança<sup>22</sup> constituiu um sistema pelo qual os indígenas e ribeirinhos interpretam e agem no mundo.

A lógica do dom exige ainda a obrigação de fazer o bem sem esperar pagamento e não negar atendimento. Os pajés, benzedores e puxadores não cobram, as pessoas retribuem como podem ou desejam. Não cobrar pelos serviços é uma exigência da ética de quem recebeu o dom (VAZ FILHO, 2016). Além do *dom*, outras características presentes nesses curadores<sup>23</sup> e em suas práticas, podem ser contribuir para que eles sejam legitimados socialmente.

Outro componente a ser considerado é a humildade, que segundo Vaz Filho (2016) é um traço muito comum nessas pessoas que, geralmente, têm poucos anos de estudo formais, falam mansamente, moram em casas simples e vestem-se da mesma forma que os demais moradores. O autor destaca que os pajés, benzedores e puxadores costumam ser bem discretos e não apregoam ou oferecem seus serviços, os outros é que os procuram. Eles não dizem que curam, mas que Deus e a fé curam. E, ao notar que o problema é mais sério, que ele não consegue resolver, o benzedor pede que o doente procure imediatamente um bom pajé ou médico. Vaz Filho (2016) ressalta que os médicos ao contrário, diante de um caso que não conseguem resolver dificilmente pedem ao paciente que procure um pajé, benzedor ou puxador.

O discurso dos pajés, benzedores, puxadores e curadores atrelam as suas crenças e práticas da pajelança ao catolicismo. O fato de um pajé dizer que frequenta a igreja e até faz preces diante do altar é um sinal do esforço, no sentido de ressaltar que seu trabalho é ligado ao mesmo Deus dos católicos. Desvinculando suas práticas das ligadas a feitiçaria ou de cunho diabólico (VAZ FILHO, 2016). Essa vinculação da pajelança com a doutrina católica

---

<sup>22</sup> Para Vaz Filho (2016) a pajelança pode ser vista como o sistema interpretativo dos indígenas e ribeirinhos amazônicos (descendentes dos indígenas em sua maior parte). Ainda hoje, ela fornece as lentes, através das quais eles veem o mundo; e a linguagem, através da qual expressam sua visão sobre a realidade e seus anseios de emancipação.

<sup>23</sup> Termo usado por Vaz Filho (2016) para se referir aos pajés, benzedores (benzedoras) e puxadores (puxadeiras), já que segundo o autor os pajés dizem que são *curadores*, pois se acredita que pajés são mais poderosos, aqueles dos *tempos antigos*, como Merandolino do Rio Arapiuns ou Laurelino de Takuara, no rio Tapajós.

pode ser outro componente que legitima os *curadores* nas sociedades Amazônicas até hoje.

A pajelança apresentada nesta obra não é apenas resultado de uma mistura de culturas, mas é o que persistiu do sistema interpretativo nativo fornecedor de sentido para suas ações. Não foi o catolicismo que incorporou a pajelança, mas a pajelança que incorporou o catolicismo ao seu imaginário (VAZ FILHO, 2016, p. 44).

Vaz Filho (2016) acredita que a persistência dessas crenças e de seus agentes, após toda a opressão sofrida por parte da Igreja e do Estado, demonstra sua importância cultural. E, para o autor, os benzedores e pajés passaram a gozar de uma maior respeitabilidade diante do grupo depois da identificação indígena, ter um pajé na aldeia passou a constituir indicador de tradição cultural.

As crenças e práticas curativas associadas à pajelança, segundo Vaz Filho (2016), bem como seus agentes continuam bem vivos na região do baixo Amazonas; não só nas áreas rurais, mas também nos centros urbanos. O autor estima que em Santarém, com aproximadamente 300mil habitantes, tem pelo menos 756 desses especialistas espirituais nativos; é muito mais do que médicos (as) e enfermeiros (as). Porém, o autor ainda deixa claro, que mesmo com acesso a médicos e serviços públicos de saúde, esses benzedores, puxadores e pajé continuam sendo procurados. Para ele, isso acontece em razão da cosmovisão da pajelança.

Não se trata de hábitos de gente pobre, ignorante ou desinformada que não tem acesso à medicina oficial, com seus médicos e hospitais modernos. O que se observa é que, mesmo quando as pessoas têm acesso aos modernos recursos da medicina, ao menos uma parte considerável delas continua procurando benzedores, puxadores e pajés. Isso acontece em razão da cosmovisão da pajelança, que continua sendo as lentes através das quais elas veem o mundo. Por isso os pajés não desaparecem, mesmo nas modernas metrópoles amazônicas, como Manaus, Belém e Santarém. É óbvio que os moradores sabem que câncer, diabetes, dengue ou pressão alta tem outras causas que não o feitiço ou a ação dos encantados. Mas sabem que existem tipos de doenças contra as quais somente a medicina dos pajés é eficaz. Casos de mau olhado, quebranto e dificuldades persistentes de ordem espiritual, por exemplo, são para os pajés, e não para médicos. Os habitantes dessa região pensam ainda que, mesmo diante de doenças que são próprias para médicos, os remédios da floresta e benzições dos pajés podem ajudar (VAZ FILHO, 2016, p.47- 48).

O médico santareno Erik Jennings, em seu artigo “Mais pajés, menos médicos”, pergunta: Por que, em pleno século XXI os pajés e curandeiros ainda são tão presentes na vida amazônica? Por que com toda a tecnologia e conhecimento científico atual, as massagens, as pajelanças e aconselhamentos são tão procurados? (JENNINGS, 2016). Para o autor quanto mais conhecimento científico a medicina ganha, mais se fala com os pacientes com números e menos com o coração.

A medicina moderna se depara, quase que diariamente, com pacientes que consultaram um pajé antes ou depois de um médico. Curandeiros, Pajés e Puxadeiras conservam a habilidade de primeiro ouvir atentamente e de acolher. Oferecem justamente o que está faltando em nós médicos: a dimensão humana do cuidar. Porém, os Pajés ou as Pajés vão mais além, tentam prever o futuro e muitas vezes se aproximam do real, pois analisam as informações da pessoa em sua dimensão biológica, social e emocional. Estão focados único e exclusivamente na pessoa, no ser humano. Nada os dispersam, nem mesmo um único exame. Sorrisos, tristeza e gestos são analisados e o tratamento é proposto considerando a dimensão cultural. Uma doença pode ser explicada por um mau hábito de vida. A morte pode ser aceita como encanto, sem dor na consciência e sem a necessidade de apontar um culpado. As histórias entram no arsenal terapêutico dos Pajés para conectarem a pessoa com a natureza e aos seus semelhantes, dando uma dimensão coletiva do indivíduo [...] Obviamente, Pajés e suas ervas também têm limitações e efeitos colaterais. Porém, não se pode negar a importância destes na resolução de questões mais simples de saúde no interior da Amazônia. Eles estão presentes onde não há médicos e acolhem pacientes a pesar do médico (JENNINGS, 2016, p. 63).

Por todo o seu livro *O Cuidado Necessário*, Boff (2013) traz afirmações que ressaltam o cuidado como algo que pertence à condição humana. Para o autor, ele pertence à estrutura da vida humana, desde o momento em que nascemos e, ele acompanha-nos em cada momento e em cada fase da nossa vida e o carregamos até ao momento da morte. É irônico pensar que algo tão intrínseco à condição de ser humano é, hoje, um dos grandes desafios da medicina, a *dimensão humana do cuidar*, como afirma Jennings (2016) em seu artigo.

Os discursos das mulheres de Mentai mostram, também, que tanto a Unidade de Saúde quanto os benzedores, puxadores, consertadores fazem parte do seu cotidiano, e ocupam o mesmo lugar nos discursos reforçando o que foi afirmado anteriormente por Vaz Filho (2016), a cosmovisão da pajelança continua sendo as lentes através das quais elas veem o mundo.

*“Olha quando eu vejo que dá de ir para o médico eu apelo e mando logo pra médico, mas quando não, procuro o benzedor e ai benze, ensina um chá e fica bom.” (E2)*

*“Quando a gente vê que é uma doença que pertence logo rápido ao posto né, a gente vai primeiro logo lá com a enfermeira. Agora quando a gente vê que é uma doença, uma dismintidura ou outra coisa, que a gente vê que num pertence muito lá a enfermeira, a gente procura os que benze pra dizer o que é, e se eles disserem que não pertence pra eles a gente corre pro posto pra enfermeira.” (E5)*

*“Pra gente aqui no interior, pra nós é assim ajeita um chá caseiro ali, dá um remedinho.” (E15)*

*“No posto de saúde ou então com as pessoas que aqui entende de alguma coisa né, que puxa, concerta ou que benze logo de imediato, a gente corre logo nessas pessoas e quando não tá não tem ninguém no posto pra auxiliar.” (E17)*

*“Às vezes a gente vai no posto né, mas muitas das vezes a gente chega lá o posto tá fechado, quando não o posto tá aberto não tem remédio, vou fazer o que ? Tem que procurar quem? Quem puxa, quem benze, pra poder a gente ter uma solução.” (E18)*

Dentre os discursos, E5 demonstra a divisão que há entre o que pertence ao benzedor e o que pertence ao posto de saúde (poderíamos compreender este no sentido da medicina como um todo). Canguilhen (2009) afirma que é à necessidade terapêutica que se deve atribuir a iniciativa de qualquer teoria ontológica da doença. Portanto, o que define a quem recorrer, seja ao benzedor ou ao posto de saúde é a percepção do sujeito quanto a sua necessidade. E5 compreende que com relação a uma “dismintidura”<sup>24</sup> a enfermeira não poderia fazer nada, mas o puxador que tem o dom para lidar com isso, resolveria o problema facilmente. Porém, cabe também ao benzedor identificar quando o seu saber não dá conta da necessidade da pessoa.

Para Foucault (1979) cada sociedade tem seu regime de verdade, isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros. O saber médico socialmente e cientificamente legitimado institui regimes de verdades, que torna o seu discurso centro das ações de saúde. Porém, os sujeitos manejam esses regimes de verdades de acordo com suas necessidades e cultura, mantendo os saberes tradicionais em saúde como parte de seu cotidiano, instituindo, assim, práticas de resistência. Não se trata, portanto, de qual discurso é verdadeiro ou falso, o do médico ou do benzedor, mas, parafraseando Foucault, a maneira como essas mulheres sancionam uns

<sup>24</sup> Ossos machucados ou “fora do lugar”. Os puxadores repõem os ossos no seu lugar (VAZ FILHO, 2016).

e outros discursos; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade<sup>25</sup>.

### 3.3 O cuidado

Tanto as concepções de cuidado, quanto o cuidado de si elaborados por essas mulheres, trazem a proximidade entre as categorias: Cuidado e Saúde. As concepções de cuidado, assim como as concepções de saúde, em um primeiro momento são sempre relacionadas às práticas preventivas. Ter cuidado é cuidar da alimentação, da higiene, das roupas, da limpeza da casa e do quintal.

*“Esse cuidado é tudo limpinho, nossas vasilhas cobertas [...] não deixar nada no quintal para tá a água acumulada, que dali é que vai surgindo as doenças, o mosquito e daí a frente.” (E1)*

*“Ter cuidado eu acho que é o zelo, por exemplo, com a roupa, a gente ter cuidado com a roupa da gente, usar e lavar bem. E em casa, também, as louças da gente, ter o cuidado [...]” (E2)*

*“Cuidado é manter limpo né, ter higiene... Essas coisas aí.” (E4)*

*“Ah! O que eu entendo por cuidado é ter cuidado com a nossa alimentação, com o nosso próprio corpo, com nossa vida pessoal, ter cuidado com a dormida, com a água né que é um bem pra todos, eu vejo assim.” (E6)*

Para Lagdon e Wiik (2010) a doença e as preocupações para com a saúde são universais na vida humana, presentes em todas as sociedades. Portanto, a associação entre as concepções de cuidado e saúde pelas mulheres Mentai, pode ser uma práxis social independente delas, podendo estar presente em outras sociedades. A cultura, segundo os autores, oferece teorias etiológicas, baseadas na visão do mundo de determinado grupo, apontam causas múltiplas para as enfermidades, sendo necessário, portanto, diferentes formas de cuidar que para as mulheres de Mentai envolvem, cuidar da alimentação, da higiene, das roupas, da limpeza da casa e do quintal. Elementos que Langdon e Wiik (2010) afirmam ser ligados ao comportamento e à higiene para fornecer uma medicina preventiva.

---

<sup>25</sup> Por “Verdade”, entender um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A verdade está circularmente ligada a sistemas de poder, que produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem. “Regime” de verdade (FOUCAULT, 1979, p. 14).

Por outro lado, ao considerar as acepções de Foucault (2011) tais comportamentos são referentes a uma prática político-médica que dita prescrições concertes não apenas à doença, mas às formas gerais de existência e comportamento. Ou seja, as concepções de cuidado e saúde dessas mulheres, podem estar impregnadas por uma normalização de condutas e disciplinamento do corpo, necessários para o cuidado de si e manutenção da própria saúde, instituídos por um discurso, dito, oficial.

Essa concepção de cuidado enquanto zelo e ou atenção é, a primeira significação de cuidado apontada por Boff (2013), segundo o autor, o cuidado mostra que o outro tem importância porque se sente envolvido com sua vida e com o seu destino; ele aponta também o cuidado como uma atitude, uma fonte permanente de atos. Portanto, cuidar é agir. Para este autor, devido ao envolvimento afetivo, uma segunda significação de cuidado surge como: preocupação, inquietação, perturbação, e até sobressalto pela pessoa amada ou com a qual se está ligada por laços de parentesco, amizade, proximidade, afeto e amor, como podemos observar a seguir.

*“Ter cuidado é não deixar as coisas piorar, principalmente, na saúde das crianças. Ter cuidado com as crianças pra não adoecer muito [...] se deixar por conta vai tudo a mal.” (E5)*

*“Tipo assim, ter cuidado pra não se machucar, principalmente, quando tem energia ou alguma coisa elétrica por baixo. Eu tento manter todo tempo “alto” por causa dela<sup>26</sup> que, simplesmente, ela gosta de tá mexendo. Eu tenho o máximo de cuidado com ela, eu não deixo deixar martelo em baixo, fica[...]” (E12)*

O “outro”, parafraseando Boff (2013), é uma realidade preciosa. Portanto, a família, os filhos e filhas, os maridos ou os pais se fazem presente nas redes de cuidados dessas mulheres. Isso fica evidente quando questionadas se elas cuidam de mais alguém.

*“Olha! só a família quando está doente em casa, faço meus remedinhos também, para ajudar.” (E1)*

*“Só dos meus meninos mesmo, do meu marido [...]” (E3)*

*“Só do meu pai mesmo que eu cuido [...]” (E5)*

*“[...] eu cuido da minha irmã, que ela tem deficiência [...] cuido do meu pai, cuido dos três filhos dela, meus sobrinhos que são menores e essa moça que vive na cidade, mas é eu que cuido e duas crianças*

---

<sup>26</sup> Está se referindo a filha.

*uma de 14 anos e o menino de 10 anos também, e da mãe deles [...]” (E6)*

*“não, eu só cuido dos meus dois meninos mesmo [...]” (E8)*

*“Só quando a minha sogra tá aqui que eu cuido [...]” (E12)*

*“Não, só mesmo dos meus meninos mesmo em casa [...]” (E13)*

*“Não, só das minhas filhas mesmo, e neto [...]” (E15)*

*“Não, só mesmo delas (as filhas), as duas menor e, de um menino, um rapazinho adolescente que ainda tem 12 anos que ele tem um pouquinho de uma deficiência no cérebro [...]” (E16)*

*“Não, só de mim e do meu filho mesmo [...]” (E17)*

*“Não, só eu e ele (o marido), cuido dele [...]” (E19)*

*“Não, só mesmo da família, dos filhos, do esposo [...]” (E20)*

*“Não só de mim e dos meus filhos [...]”*

O cuidado de si, na perspectiva de Foucault (2014), permite ao indivíduo constituir-se como um sujeito ético, moral e livre. O cuidado de si, também, regula a nossa relação com o Outro, à medida que, enquanto prática de liberdade, é preciso ocupar-nos de nós mesmos, cuidar-nos de nós mesmo, para então cuidar do outro. Compreendendo, portanto, que o cuidado de si antecede o cuidado com o outro, essas mulheres são capazes de cuidar de seus filhos, maridos, familiares, e etc., por que antes aprenderam a cuidar de si mesmas.

Nos discursos acima como, por exemplo, o de E12 afirma que cuida apenas da sogra e ignora o cuidado destinado aos filhos. Para Boff (2013) uma mãe não raciocina para cuidar de seu bebê, ela o faz afetivamente, sem raciocinar; simplesmente cuida. Foucault (2014) afirma que, uma existência racional não pode desenrolar-se sem uma “prática de saúde”, que permite a cada instante, saber o que e como fazer. O cuidado, portanto, acontece quase que de forma orgânica, é tão natural e cotidiano que parece não ser lembrado como algo especial, é apenas o cuidado rotineiro da mãe para com seu filho.

Além do “outro”, elas trazem, também, o cuidado como uma responsabilização delas com o próprio corpo, admitindo que o cuidado começa em si mesmas e, estende-se ao outro.

*“Ter cuidado eu acho que é a gente se cuidar [...] ter mais responsabilidade, não sei.” (E7)*

*“Ter cuidado é a gente se cuidar com a saúde da gente, quanto mais à gente cuidar, melhor é a saúde.” (E9)*

*“Cuidado é a pessoa que se cuida né, cuida da sua própria saúde [...]” (E13)*

*“Ah! isso eu entendo assim um pouquinho, a gente tem que ter cuidado com a saúde da gente né, as coisas que a gente come, que a gente bebe a gente tem que cuidar [...]” (E14)*

Segundo Boff (2013) cuidar de si é preocupar-se com seu lugar no mundo, na família, na comunidade, na sociedade, no universo e no desígnio de Deus. Cada mínima prática de cuidar presente nos discursos dessas mulheres, portanto, pode ser interpretado, também, como um cuidado de si. Inclusive onde elas mesmas, por vezes, não identificam ali um cuidado.

O cuidado de si também é diretamente relacionado, pelas mulheres, à saúde. Cuidar de si é cuidar da própria saúde, do próprio corpo. O biopoder transferiu para o discurso biomédico, que está tão impregnado em nossas atividades cotidianas, os referenciais fundamentais para o cuidado de si. Estamos disciplinados a associar cuidado à saúde e, a modos saudáveis de viver, de se comportar, de pensar, de escolher, de cuidar.

O cuidado, como afirma Boff (2013) se dá em todas as esferas da existência, desde o cuidado do corpo, dos alimentos, da vida intelectual e espiritual, da condução da vida geral. Desse modo, ao questionar sobre como elas se cuidavam, as mais variadas respostas retomam sempre os cuidados básicos necessários com o corpo, como higiene e alimentação.

*“Ah! eu me cuido [...] eu levanto escovo meus dentes, tomo banho [...] eu limpo a casa e de lá eu torno tomar banho [...]” (E8)*

*“Eu me cuido, eu tenho higiene comigo mesma, tomo banho e me lavo direito [...]” (E10)*

*“Ah! eu me cuido tomando banho todos os dias, cortando as unhas [...] fazendo higiene corporal direto, entendeu? assim que eu me cuido” (E12)*

*“Olha! primeiramente eu vejo o que mais previne a nossa vida é a higiene pessoal né, tomar banho cedo, escovar os dentes, cuidar do seu próprio corpo [...]” (E13)*

*“Tendo uma boa higiene é a principal fonte, eu acho [...] se tivermos cuidado com a gente, a gente tem uma boa saúde, o negocio é a gente não ter o cuidado” (E18)*

O discurso biomédico higienista traz os referenciais para cuidar de si, norteando condutas e, estabelecendo e codificando regras a partir de um saber biológico e médico, gerando uma tecnologia do eu (FOUCAULT, 2011). A biopolítica, neste sentido, indica os preceitos de como a população deve cuidar de si, e novamente a limpeza surge como obrigação para se ter uma boa saúde, podendo explicar porque, em diversos momentos dos discursos dessas mulheres, se retoma à higiene.

Também foi abordado nos discursos o cuidado associado ao uso de remédios, sejam de uso contínuo ou não. Bem como, a realização do “preventivo”<sup>27</sup> ou indo à unidade de saúde sempre que necessário.

*“Como eu me cuido? Sim, enquanto esta relação é alimentação, as frutas e, também, os remédios controlados” (E1)*

*“tomo remédio” (E4)*

*“Bom, eu me cuido [...] com a minha alimentação, pelo fato de já ser hipertensa e ter diabetes, a minha comida já é na dieta [...]” (E6)*

*“Eu me cuido normal mesmo [...] eu compro remédio pra mim tomar, banho com remédio que a gente faz mesmo por aqui, agora a gente faz sabão pra gente usar, a gente se cuida” (E11)*

*“Ah! eu tenho que tomar um remedinho. Se eu tô me sentindo ruim, eu tenho que ir atrás de um remédio, se não tem, eu tenho que ir atrás onde tem [...]” (E14)*

*“De vez enquanto eu tô indo pelo posto, vendo como é que eu tô, fazendo meus preventivos né! Quando eu tô com a minha pressão, eu vou logo lá. Onde eu vou mais é no posto por causa da minha pressão [...]”*

Os discursos trazem dispositivos de disciplinamento, que via tecnologias e saberes especializados, são formulados para o “cuidar”. A introdução desses dispositivos nos discursos das mulheres de Mentai, pode se dá a partir da aproximação destas, com os serviços de saúde e as práticas institucionais de promoção da saúde na comunidade. Tais práticas são dinâmicas e compreendem elementos que subjetivam e objetivam os sujeitos pelos saberes.

As mulheres de Mentai também se referem ao uso de remédios caseiros, como meios para cuidar de si.

---

<sup>27</sup> Trata-se do Exame de Prevenção do Câncer de Colo Uterino, também chamado de Papanicolau ou PCCU.

*“Eu me cuido, assim, no zelo, tomando meu banho, meu “banho de asseio”<sup>28</sup> sempre é isso o que faço.” (E2)*

*“Ah! com remédio caseiro, a gente faz bastante.” (E7)*

*“Eu? Ah eu me cuido, assim, eu faço um banho, eu faço um chá, eu tiro casca de pau que eu sei que é boa pra remédio, a gente faz uma garrafada [...] num sente dor de barriga num sente dor de perna num sente dor de coluna num sente dor de cabeça num sente nada né [...]” (E15)*

*“Eu tenho meus remédios, meus banhos de asseio, tenho meus remédios que tomo também todo dia e, faço meu preventivo pra mim tá toda normal, sem sentir alguma coisa né. Graças a Deus, até hoje eu não sinto nada, com 45 anos, algumas vez dor de cabeça, uma dor no corpo, mas isso tomou um comprimido, um analgésico ele passa” (E16)*

*“Através de xarope caseiro que eu faço aqui em casa, compro mel de abelha e faço xarope, quando não, vou ali no posto e pego remédio de lá, também, tudo isso ajuda.” (E21)*

Essas práticas populares de cuidado, que envolvem também outras cosmologias como a procura por benzedores e puxadores, já abordados anteriormente, fazem parte do Langdon e Wiik (2010) denominam de *sistema de atenção à saúde*. Segundo os autores tal sistema engloba todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo os conhecimentos sobre as origens, causas e tratamentos das enfermidades, as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação. Trata-se, portanto, de um sistema cultural e um sistema social de saúde.

Embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico – religiosos, outros, ainda recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda a compreender esses múltiplos comportamentos (LANGDON E WIIK, 2010 P. 179).

Langdon e Wiik (2010) afirmam ainda que pode somar a isso as relações de poder e as instituições dedicadas à manutenção ou restauração do “estado de saúde”. Elementos característicos do biopoder, para Foucault (2008). O que segue descrito ao longo desta dissertação, portanto, pode ser interpretado como sistema de atenção à saúde da comunidade de Mentai, a partir dos discursos das mulheres.

---

<sup>28</sup> Trata-se de Banho de Assento, também chamado de Banho de Bacia.

O discurso proferido por E20 difere dos demais, por atribuir o cuidado principal com saúde a Deus. Essa vinculação entre corpo e espírito, pode revelar a complexidade que é cuidar do nosso próprio corpo. Reconhecendo, como afirma Boff (2013), que o ser humano é fundamentalmente corpo, porém um corpo vivo, uma realidade bio-psico-energético-cultural, dotado de um sistema perceptivo, cognitivo, afetivo, valorativo, informacional e espiritual.

*“[...] eu entrego a minha vida a Deus e ele tem cuidado de mim, eu não tomo remédio, eu não uso quase, assim, negócio de remédio. A única coisa que eu tenho tomado agora é a vacina que vem [...] eles dizem que é bom e eu não costumo abusar, eu levo meus menino pra tomar e tomo também [...]” (E20)*

Os atos espirituais vêm marcados pela corporalidade, assim como, o espírito é tão visível quanto o corpo, quando nós olhamos um rosto não vemos apenas os olhos, a boca, o nariz e os músculos. Também nos surpreende a alegria ou angústia, a resignação ou confiança, o brilho ou o abatimento. O que se vê, pois, é um corpo vivificado e penetrado de espírito. Somos um corpo espiritualizado como somos também um espírito corporizado (BOFF, 2013).

Cuidar da saúde na comunidade é visto por algumas mulheres como algo difícil, que pode ser devido às próprias características das comunidades ribeirinhas na Amazônia, como já abordado anteriormente.

*“Olha! é muito difícil e precário o cuidado da comunidade [...] a gente fica batendo na mesma tecla, tipo, como tem que cuidar da água, de preservar a comunidade de lixo, de animais, que os animais têm que ser vacinados, dos animais peçonhentos que aqui na região tem muita cobra, muitos insetos né [...] tem que usar o hipoclorito na limpeza da caixa d'água do microssistema. Não é fácil a gente cuidar da saúde numa comunidade porque as vez você ensina, mas ainda tem pessoa que não quer cuidar da saúde né.” (E6)*

*“Olha! aqui é meio difícil [...] não tanto pra nós que moramos aqui, porque aqui a gente já tem uma água encanada, mas antigamente as crianças quando não tinha água encanada dava muita diarreia, principalmente, nessa época de chuva que o sujo vai tudo pro rio, aí tinha que pegar água lá, mesmo que coasse que fervesse, mas assim, ainda dava doença do estomago, é infecção né? Diarreia. Mas não é fácil aqui [...] quando eu viajava fazendo pesquisa pra dentro desse Maró eu via assim aquelas pessoas, aquelas crianças que tomam banho daquela água mesmo, já tira pra beber, pra fazer comida. Então eu vejo assim que não é assim tão fácil [...]” (E13)*

*“É um pouco difícil. Santarém tem mais recurso né, aqui não, às vezes a gente precisa muito mesmo [...] nem as pessoas que às vezes a gente procura aqui pode [...]” (E17)*

*“Não é fácil não, porque as coisas é difícil né. A gente sabe que quando se fala no interior as coisas é difícil [...]” (E18)*

*“Olha! é difícil [...] porque a gente aqui, só mesmo Deus na vida da gente [...]” (E19)*

As preocupações que as mulheres demonstraram com relação à comunidade, seja ao referirem sobre o lixo e a necessidade de manter a comunidade limpa, sejam com relação às carências e necessidades, são consideradas, também, práticas de cuidado. Visto que tais preocupações visam de certo modo melhorias em aspectos sociais da comunidade e na qualidade de vida de todos. Essas mulheres, em seus discursos, demonstram compreender que a manutenção de sua saúde e qualidade de vida, depende de múltiplos aspectos, de ordem social e econômica. Tais preocupações revelam a face produtiva do biopoder, enquanto protetor da vida.

Identificamos nos discursos dessas mulheres as diversas dimensões do cuidado, seja através do zelo, da preocupação, da prevenção, das práticas em si. Um cuidado que transcende o Eu e se torna ainda mais humano ao estender-se ao Outro. Boff (2013) descreve que na relação entre a Terra e nós seres humanos, vigoram laços de mútua pertença e de profunda reciprocidade, onde vale a economia do dom: gratuitamente recebemos e gratuitamente lhe devolvemos cuidado e proteção. Podemos estender essa reciprocidade ao cuidado entre as pessoas; os laços de solidariedade se formam ao vivermos em comunidade e assumirmos o nosso papel no bem-estar do outro. Percebemos que o cuidado praticado pelas mulheres de Mentai se destina a todos que ali vivem. Essa reciprocidade também se estendeu a pesquisadora, que mesmo não sendo parte permanente da comunidade, recebeu cuidado e proteção.

*“[...] aqui só mesmo Deus na vida da gente, porque em primeiro lugar ele né e depois procurar auxílio em outras pessoas por aí, que tenha algum remédio, porque graças a Deus a gente aqui é bem solidário um com o outro. Em negocio de doença, quando chega um doente a gente se preocupa de procurar remédio pela casa alheia, as vez no posto, mas logo é na casa um do outro, pra depois procurar posto. Só quando é grave mesmo que vai pra lá, mas na maioria é assim” (E19)*

As práticas de cuidado identificadas nos discursos das mulheres de Mentai perpassam por diversos aspectos, como os cuidados com a alimentação e a higiene, os cuidados com a família, o cuidado de si, o uso das

práticas populares de cuidado, o agente comunitário de saúde como recurso sempre presente no cotidiano das famílias, bem como a enfermeira e a unidade de saúde, o cuidado com a comunidade e o reconhecimento das suas carências e necessidades. Todo um conjunto de elementos socioculturais que são próprios dessa comunidade, e podem ser estendidos a muitas outras comunidades da Amazônia. A final, como afirmam Langdon e Wiik (2010), somos todos sujeitos da cultura, experimentada de várias formas, inclusive quando se adocece e se procura tratamento.

### 3.4 Os saberes produzidos pelos atravessamentos de discursos

Os conhecimentos e práticas, sobre saúde e cuidado, das mulheres de Mentai são influenciados tanto pelo discurso dos profissionais de saúde que atuam na comunidade de forma permanente ou não<sup>29</sup>, como também pelo saber popular compartilhado entre elas, suas famílias, vizinhos e etc. O discurso de E6 expressa bem, como os discursos das diversas instituições presentes em nosso cotidiano, são assimilados e incorporados aos nossos discursos. Segundo Fernandes (2008) esse conjunto de diferentes vozes que constituem o sujeito, ou seja, essa polifonia do discurso, são necessárias para compreender o sujeito discursivo.

*“Bom, eu sou muito curiosa: primeiro na própria escola, segundo com a minha família, a base é a família, assistindo jornal, assistindo palestra. Depois que eu to dentro do movimento é um aprendizado, assim, muito forte mesmo, até porque eu dentro do movimento já fiz dois cursos dentro da UFOPA campus Tapajós. Eu fiz o “Determinantes da Saúde”, então tudo isso vem me estruturando né pra que eu tenha mais um aprendizado [...]e também sou estudante da Casa Familiar Rural, que é uma casa técnica lá em Chico Roque, a qual eu to fazendo uma formação de lideranças e envolve tudo né! a saúde e todos os cuidados” (E6)*

Os discursos, sobretudo, dos profissionais de saúde podem instituir verdades e objetivar os sujeitos, a partir do que ditam no cotidiano do serviço aos usuários. Como eles devem agir, qual postura assumir no cuidado de si, o que devem fazer para a manutenção de sua própria saúde e como evitar expor-se a riscos. Ao mesmo tempo em que o discurso dos profissionais assujeita e

---

<sup>29</sup> A comunidade recebe visitas esporádicas do barco-hospital Abaré, que leva assistência à saúde às comunidades ribeirinhas na região do baixo-amazonas.

disciplina os usuários/sujeitos, eles possibilitam a produção de novas subjetividades e modos de vida, já que as relações de poder-saber são complexas e possibilitam resistências, haja vista que, como afirma Foucault (1995) a liberdade aparece como condição de existência do poder.

O conhecimento tradicional<sup>30</sup> das populações ribeirinhas é um saber-fazer acumulado durante gerações e transmitido, principalmente, através da oralidade entre as famílias ou pelas pessoas mais velhas da comunidade, por serem tidas como as mais sábias. Falar da troca de saberes implica retomar formas de ensinar, de aprender, de ser e estar no mundo, através da troca de experiências e do exercício prático do fazer.

Essas trocas de saberes também simbolizam o entrecruzamento de diferentes culturas, característico dos processos de aculturação, haja vista que, diferentes atores e práticas culturais são revelados em um mesmo território, assim como diferentes modos de cuidar.

Ao serem questionadas sobre como elas aprenderam os cuidados que sabem, a figura mais lembrada é a mãe e/ou o pai.

*“Eu aprendi com a minha mãe e, eu mesmo fazia.” (E2)*

*“Ah! geralmente vem dos pais da gente né! e agora o pessoal da saúde que vem, alertam a gente, aí a gente já tem mais ou menos aquela de alertar as pessoas pra se cuidar, como prevenir as doenças.” (E5)*

*“Com a minha mãe.” (E7)*

*“Com minha mãe né! eu aprendi a me cuidar.” (E9)*

*“Foi eu mesmo e minha mãe, ela conversava com a gente, ensinava como era como não era, a gente foi aprendendo.” (E11)*

*“Eu aprendi com a minha mãe.” (E12)*

*“Ah! quando meu pai era vivo ele sempre explicava as coisas pra gente, ele chamava atenção da gente, ele dizia o que é o certo o que é o errado. A minha mãe tava ali com a gente, acompanhando a gente, só largou depois que morreu.” (E15)*

*“Com a minha mãe, a minha mãe sempre me ensinou como se cuidar né!” (E18)*

---

<sup>30</sup> Tem-se por Conhecimento Tradicional, a partir de Diegues et al. (2000), o conjunto de saberes e saber fazer a respeito do mundo natural, sobrenatural, transmitido oralmente de geração e geração.

*“Com a minha mãe, com o meu pai, foi eles que me ensinaram a ser assim.” (E20)*

*“Eu aprendi com a minha mãe né!” (E21)*

Oksala (2011) afirma que Foucault fez uma distinção entre o que ele chamou de relações estratégicas entre indivíduos e estados de dominação. Segundo o autor essas relações estratégicas referem-se às maneiras como indivíduos tentam determinar a conduta dos outros, e não são, de forma alguma, necessariamente perniciosas. Podemos encaixar nessas relações as trocas de saberes entre pais e filhos.

Os avós também são importantes referências para essas mulheres, assim como os professores.

*“Esses cuidados vem da minha vó e, a minha família. Quando era criança morei com uma família desde a idade de 5 anos e até 12 anos e, me ensinaram e de lá a idade chegou num careceu de ninguém tá mais me ensinando.” (E1)*

*“Ah! com a minha mãe, com a minha vó, meu avô que sempre falava as coisas pra gente.” (E17)*

*“Com que eu aprendi? foi com a minha professora, minha primeira professora [...] ela sempre me dizia que não era pra fazer isso, fazer aquilo. Outra também foi com a minha vó, aprendi muito com a minha vó, ela é daquelas antigas [...] sempre me falava isso ai né! então eu aprendi a ser assim, do jeito que ela é, do jeito que ela me ensinava.” (E8)*

Outros cenários se constituem propícios para essa troca de saberes, a mulher E13 que é professora, afirma que compartilha seus conhecimentos sobre os cuidados em saúde com os seus alunos no ambiente escolar.

*“Olha [...] eu até falo na escola: o que mais previne a nossa vida é a higiene pessoal. Tomar banho cedo, escovar os dentes, cuidar do seu próprio corpo né! [...] a gente tem cuidar da nossa própria saúde, sempre eu digo assim pros meus alunos [...] à noite a gente sua, a gente faz xixi, e de manhã fica com mau cheiro né! falo assim pras minhas alunas da manhã e, também, para as da tarde [...]” (E13)*

Os processos educativos também se dão por meio de palestras com os profissionais de saúde.

*“Sempre eu tô nas palestras né! eu sei também, assim, como é que a gente deve cuidar das crianças, dos filhos da gente.” (E3)*

*“Com a enfermeira aí do posto, a primeira enfermeira” (E4)*

*“[...] com as enfermeiras, que elas explicam pra gente como é pra mulher se cuidar se assear, sempre elas falam, dão palestra, ai eu aprendi.” (E10)*

*“A gente tem a orientação dos agentes de saúde né! como é que a gente deve se prevenir, se cuidar [...]” (E16)*

*“Com o agente de saúde” (E22)*

Podemos considerar esses instrumentos educativos como formas de controle da população, a partir dos conhecimentos biocientíficos. Já que o biopoder, em seu caráter produtivo, é uma forma eficaz de controle social, e os profissionais de saúde, enquanto agentes do biopoder, são fundamentais para exercer esse controle da população. Segundo Oksala (2011) a noção de biopoder realça de que maneira o conhecimento biocientífico funciona como um importante instrumento de poder, e sustenta o controle sociopolítico das pessoas na sociedade moderna.

As palestras, assim como o discurso biomédico, que geralmente às compõem, produzem efeitos de saber, assujeitando os indivíduos a códigos pré-estabelecidos, produzindo verdades e novos modos de subjetivação dos sujeitos. Tudo incide na relação entre os profissionais e os usuários/sujeitos, aquele que detém o conhecimento científico possui o poder da fala, instituindo regimes de verdade. Porém, como já abordado anteriormente, as relações de poder, assim como o biopoder, possibilitam resistências por parte dos sujeitos às práticas de saúde externas a cultura das populações tradicionais, o que pode explicar a uso e certa prioridade dada, às práticas populares de cuidado, mesmo diante de toda a ação do biopoder.

Nos discursos podemos observar que essa troca de saberes também ocorre no convívio social, entre os moradores.

*“faz um remédio daqui, ai vem outro e ensina um remédio dali, até a pessoa ficar bom” (E17)*

O cuidado de si tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas, que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas. Ele proporcionou certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber (FOUCAULT, 2014). Os cuidados transmitidos por essas mulheres são práticas sociais, apreendidas por elas em seus grupos. Elas aprenderam a cuidar de si, com seus pais, avós e demais pessoas do convívio social, e hoje

dão continuidade a esse processo de troca, ensinando aos filhos, sobrinhos e amigos.

*“Aqui há diversas pessoas que eu ensino, pra outras famílias.” (E1)*

*“Eu ensino, assim, pros meus sobrinhos né [...]” (E3)*

*“Geralmente pros filhos né! outras pessoas também, a gente ensina o que a gente aprendeu [...]” (E5)*

*“Ah! geralmente nas minhas reuniões de comunidade, dos sócios e pros jovens [...] tenho, também, outras comunidades pra abordar, pra fazer palestra [...]” (E6)*

*“Para as minhas filhas mesmo [...]” (E10)*

*“Pra minha filha e sempre pras minhas sobrinhas [...]” (E12)*

*“Olha! sempre que eu converso com as minhas colegas, assim, até com a minha própria irmã. Um dia eu tava lá na casa da minha mãe e a outra minha irmã que é esposa do professor ela tava com infecção urinária [...] ai eu comecei a ensinar pra ela [...] disse: Faz um chá e toma, não é só remédio de farmácia [...] ai eu conversando com elas disse: Olha! eu aprendi antigamente com a minha vó, com a minha bisavó [...] a gente chama remédios empíricos né da própria natureza [...]” (E13)*

*“Ah! pras filhas né! pros vizinhos, pros conhecidos, quando não tão sabendo dessas coisas sempre eu também dou umas palavras né” (E14)*

*“Eu ensino pro meu filho, pras minhas sobrinhas, pras minhas irmãs [...]” (E17)*

*“Olha! eu ensino pras minhas amigas, ensino pra os meus parentes, minhas filhas [...]” (E19)*

*“Para os meus filhos, os meus netos e pra qualquer uma pessoa que eu vejo que dá de ensinar” (E22)*

A troca de saberes em saúde entre familiares, principalmente, entre pais, avós, filhos e netos, caracteriza uma transmissão geracional desses saberes, ligada às práticas culturais de uma população. A perpetuação dos saberes tradicionais tem importância na manutenção da identidade das populações tradicionais, afinal, é possível que suas percepções sobre saúde, doença e cuidado, foram constituídas a partir de práticas sociais, culturais e de aculturação.

Para as mulheres de Mentai a forma como se cuidam e aprenderam a se cuidar foi mudando ao longo da vida, principalmente em relação aos cuidados com o corpo, exigidos pela medicina preventiva.

*“Com o tempo mudou né! eu não tava nem ai pra saúde, mas depois que muitas pessoas me orientaram, eu achei que foi melhor pra mim, assim, antes quando eu engravidei desse meu menino primeiro eu não fiz nenhum pré-natal, então, foi a coisa que eu não me cuidei da minha saúde, não cuidei do meu filho de iniciar o pré-natal, mas graças a Deus ele não nasceu com nenhum problema, é sadio. Já dessa aqui que eu me cuidei mais, assim mesmo [...] ainda passei 4 dias no hospital sem ver ela [...] ai eu aprendi já mais a me cuidar [...] eu também acho assim que, a saúde e a higiene na comunidade tem que se zelar, não só três zelar por uma comunidade grande e cinco ficar poluindo o rio poluindo, a terra [...]” (E8)*

*“Sim! [...] antes assim eu não sabia [...] eu não me cuidava, assim, sobre preventivo [...] na fase da minha adolescência, eu não tava nem ai, depois que eu comecei a aprender como é a vida, ai que eu fui aprender as coisas sobre mim né, eu entendo de mim por fora, sobre me valorizar, meu corpo.” (E9)*

*“mudou assim, antigamente, eu não sabia, porque o agente de saúde não explicava pra gente, e aqui não tinha enfermeira né, agora que teve enfermeira, aí ela já faz as palestra, ai elas ensinam, antigamente, eu não sabia mesmo, mas agora eu já sei.” (E10)*

*“mudou eu acho, assim, de ter mais higiene com as coisas, tomar banho, com as roupas mesmo da gente.” (E11)*

*“Mudou, porque a gente aprende um pouco e, ai a gente mudou um pouco né! Antes não tinha tanto essa coisa como tem agora, pra fazer, pra se cuidar.” (E14)*

Abordamos em diversos momentos o controle social exercido pelo biopoder, sobre os corpos e saúde da população, bem como a normalização de condutas e regras. Segundo Oksala (2011, p.23) “o sujeito não é uma fonte autônoma e transparente de saber, ele é construído em redes de práticas sociais que sempre incorporam relações de poder e exclusões”. Podemos destacar então, que o biopoder está incorporado nos saberes dessas mulheres. E, isso pode ser reconhecido em seus discursos, às mudanças que elas observaram em seus cuidados estão, quase sempre, relacionadas às práticas biomédicas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização social e o modo de vida das Mulheres de Mentai se assemelham muito as demais comunidades ribeirinhas da Amazônia. Seja por meio da relação desta com a mata e o rio, a produção de farinha e derivados da mandioca, a pesca, a caça, a coleta. Ou com as crenças nos seres encantados da floresta, a relação criada destes com o catolicismo, que une em uma única festa os “pretos dos mastros” e São Sebastião, ladainhas e velas acesas em cuias colocadas ao longo do rio.

Esse mesmo rio que é um espaço social de encontros, conversas e trocas de saberes, onde se reproduzem atividades cotidianas como lavar a roupa e tomar banho, além de ser um ambiente de lazer, principalmente, dos mais jovens, constitui espaço de inúmeras subjetividades. O rio representa a “rua” de quem vive na Amazônia, por onde cotidianamente muitas pessoas se deslocam, conhecem e reencontram amigos e conhecidos, trocam receitas e experiências, fazem festas e, também, aonde pesquisadores conduzem sua busca pelos saberes que por ele transitam.

As concepções de saúde e doença, bem como de cuidado em saúde, formuladas pelas mulheres de Mentai, partem das suas experiências particulares ao longo da vida, mas também de vivências coletivas com a própria família e a comunidade. Os problemas mais comuns de saúde, como febre, gripe, etc., não são considerados doença, o que reforça a ideia que no sistema cultural de saúde as percepções e conhecimentos de cada sujeito em cada cultura variam, gerando inúmeras formas de perceber e explicar a doença.

Elas atrelam saúde, doença e cuidado, principalmente, à higiene e cuidados com o próprio corpo, demonstrando uma individualização desse cuidado em que, cada um deve cuidar de si. O discurso de cuidar do corpo funciona como um dispositivo de disciplinamento que exige a responsabilização de cada sujeito por seu corpo, moldando a conduta de cada um consigo mesmo. Mas, as mulheres também expressam que o cuidado estende-se aos filhos, maridos, familiares, amigos, enfim... Esse cuidado pode ser individual,

mas não é individualista, o Outro é um aspecto importante nessa rede de cuidados traçada por essas mulheres.

Portanto, saúde, doença e cuidado, enquanto concepções subjetivas de cada ser humano surgem no discurso dessas mulheres ocupando quase o mesmo patamar, com significações bem similares, porém, continuam sendo categorias igualmente complexas, que resultam de formas diferentes de perceber a própria realidade e significá-la, assim como os discursos de outros sujeitos e instituições, são incorporados por todos, ao longo da vida. Pois, como vimos na análise dos dados, a forma como os saberes são recebidos e transmitidos são múltiplas - a mãe e o pai, a escola, a enfermeira, o agente comunitário de saúde, a unidade de saúde, palestras, a televisão, etc. - assim como as percepções da realidade em que vivem. Para algumas mulheres, por exemplo, a saúde na comunidade estava boa, para outras, no entanto, questões como acessibilidade e recursos escassos implicavam em uma saúde ruim.

Essas mulheres convivem com diferentes tipos de saberes sobre saúde e os manejam de acordo com suas necessidades. Elas sabem que “quebranto” pertence ao benzedor, a “dismintidura” ao puxador e a “pressão alta” ao médico/enfermeiro. O uso dos saberes e práticas populares correspondem, a um processo educativo que vem atravessando gerações, são legitimados e fazem parte da cosmovisão das populações da Amazônia. As práticas populares de cuidado, assim como seus agentes, também continuam sendo respeitados e procurados devido ao caráter que se atribui a eles, enquanto “Dom” concedido por Deus. O uso de plantas medicinais podem até ser transmitido entre as pessoas, mas tais ensinamentos e as próprias plantas foram “*deixados por Deus*”. Revelando a importância cultural das práticas populares de cuidado em saúde.

Podemos elencar vários motivos para explicar por que as práticas populares de cuidado se mantêm fortes na cultura amazônica até hoje, inclusive já abordados anteriormente. Por exemplo, o sistema cultural de saúde, o entendimento das práticas populares e seus agentes como “Dom”, a humildade dos agentes que as praticam, a cosmovisão da pajelança ante as

populações amazônicas, os discursos e as práticas médicas que cada vez mais abandonam a dimensão humana do cuidar em saúde. Enfim, essas práticas fazem parte da nossa realidade e, apesar dos inúmeros motivos para o seu uso, talvez o mais importante seja pensá-las como uma prática que trás conforto e acolhimento a quem as procura.

O uso dos processos de cura e intervenção, médico e popular, se dão de diferentes formas. Algumas pessoas consultam primeiro o benzedor e, se este afirma que aquele problema de saúde não é de sua competência, só então procuram o serviço de saúde. Outros consultam inicialmente o serviço de saúde e após, o benzedor. Há quem procure somente o serviço de saúde e há quem recorra apenas ao benzedor. Todos esses regimes de saberes e práticas são hierarquizados por cada sujeito à sua maneira, cultura e necessidade.

O cuidado enquanto ato intrínseco à nossa própria condição humana, se revelou nos discursos como zelo com a alimentação, a higiene, as roupas, a casa e o quintal. E, também, preocupação com as pessoas amadas: filhos, amigos, familiares, maridos. Esse cuidado acontece, por vezes, de forma tão natural nas atividades cotidianas destas mulheres que não é nem percebido como algo especial. Por outro lado, o cuidado também é usado nos discursos oficiais como um dispositivo de disciplinamento. Tecnologias e saberes especializados são formulados para esse disciplinamento e o “cuidar de si” sustenta essas práticas a partir da responsabilização de cada sujeito, consigo mesmo.

As trocas de saberes se dão por meio da oralidade, são trocas dialógicas que ocorrem em conversas informais, mas também nas palestras e atividades realizadas pelos profissionais da unidade básica de saúde. Para as mulheres de Mentai, os cuidados com a saúde foram mudando ao longo do tempo e percebemos que essa mudança pode ser atribuída à ação dos profissionais de saúde na comunidade, a partir da medicina preventiva.

As práticas populares de cuidado em saúde, apesar de ainda marcantes na cultura e no cotidiano das populações que vivem na Amazônia, por vezes, foram menosprezados perante o discurso médico oficial, legitimador de verdades científicas. Tais práticas resistem e ganham espaço na Saúde

Coletiva e na Educação Popular em Saúde, portanto, levantar tais questões no âmbito da academia e da pesquisa contribui para abrir novos espaços de discussão, onde o conhecimento tradicional em saúde pode resistir.

Entendemos, também, que no processo saúde e doença a grande habilidade do profissional de saúde está em ouvir o outro, ir além de sinais e sintomas, compreender a complexidade que o outro é, e as inúmeras possibilidades e positivities que o seu corpo possui. Ampliamos, portanto, o entendimento do saber popular, enquanto algo que pode agregar ao processo terapêutico, e não uma barreira entre a cultura e a medicina moderna.

Este trabalho traz contribuições para a compreensão da saúde das mulheres ribeirinhas da região do Arapiuns, esperamos que essas informações possam também contribuir com outras pesquisas e ações de saúde, pois seus relatos revelam inúmeras possibilidades e anseios que visam melhorar as condições de saúde daquelas mulheres. Mas, principalmente, demonstramos a autonomia dessas mulheres, que são capazes de atestar sobre o que é melhor para o seu próprio bem-estar e que são ativas em seus processos terapêuticos, manejam as opções que possuem de acordo com suas necessidades, conhecimentos e crenças.

A comunidade de Mentai apresenta uma realidade muito similar a outras comunidades ribeirinhas da Amazônia e problemas verificados lá, como por exemplo, a migração dos jovens para a cidade de Santarém a fim de dar continuidade aos seus estudos (êxodo rural), e a diminuição da transmissão dos conhecimentos tradicionais entre os grupos, por conseguinte uma diminuição do saber popular em relação ao saber científico, no tocante aos cuidados de saúde, são características que estão presentes nas comunidades ribeirinhas de uma forma geral. Esse estudo mostra a importância e a influência do saber popular no cotidiano dessas mulheres, revelando, portanto, que esse saber tem uma funcionalidade nessas comunidades, e que ele também encontra respaldo nas políticas públicas de saúde, como exemplo na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e a Política Popular de Educação em Saúde,

que buscam promover o diálogo entre os saberes populares e técnico-científicos.

Diante dessa realidade então, sugere-se que os profissionais de saúde que atuam em comunidades ribeirinhas, especialmente em Mentai que foi objeto deste estudo, possam estar se apropriando desses saberes tradicionais e estabelecerem um diálogo mais próximo com estes saberes, para que não haja um discurso de imposição de um saber científico. O papel da universidade nesse contexto pode ser de ampliar e aprofundar os projetos de pesquisa a cerca dos saberes tradicionais no cuidado em saúde e propor amplos processos de socialização e divulgação desse saber entre as comunidades ribeirinhas e em Mentai.

Esse estudo como se referiu em específico ao saber das mulheres na comunidade de Mentai, não trás um diálogo mais profundo entre o saber popular e os saberes dos profissionais, a partir daqui é preciso pensar de que forma esses saberes tradicionais interagem como os profissionais de saúde. Como esse trabalho foi voltado para as mulheres, há então a necessidade de verificar também como os homens dessas comunidades processam o autocuidado e as práticas populares de cuidado em saúde. É necessário pensar também, até que ponto as políticas de saúde vem impactando na auto percepção dos sujeitos e em seus papeis sociais nas comunidades tradicionais da Amazônia, e em seus próprios hábitos e relações cotidianas.

Por fim, seguimos desejosos que as práticas populares de cuidado em saúde sigam resistindo e ganhando espaço, livres de preconceitos, e que esse saber popular seja valorizado, que não se perca, podendo coexistir com os saberes médicos, dando sua contribuição para o cuidado das mulheres e suas famílias, no interior da Amazônia.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. R. A política pública de saúde de alta complexidade como um campo de poder simbólico no Sus: o caso da política de transplante de órgãos no Distrito Federal. Dissertação de Mestrado. Centro Universitário Euro-Americano. Brasília, p. 144. 2016. Disponível em: [http://www.unieuro.edu.br/mestradocienciapolitica/images/Dissertacoes/mestrado/dissertacao\\_2016\\_gleissany\\_ribeiro\\_alves.pdf](http://www.unieuro.edu.br/mestradocienciapolitica/images/Dissertacoes/mestrado/dissertacao_2016_gleissany_ribeiro_alves.pdf)

AMARAL, S.; Et Al. **Da canoa à rabeta**: estrutura e conexão das comunidades ribeirinhas no Tapajós (PA). Pesquisa de campo jun./jul. de 2009. Relatório técnico de atividade de pesquisa do Inpe nos Projetos Pime e Geoma. São José dos Campos: Inpe, 2009. Disponível em: [http://www.dpi.inpe.br/arquivos\\_pime/090910\\_RPQ\\_campoJunJul\\_Tapajos\\_v3.pdf](http://www.dpi.inpe.br/arquivos_pime/090910_RPQ_campoJunJul_Tapajos_v3.pdf)

AMORIM, A. C. de. A Política Nacional de Humanização – PNH: o método da tríplice inclusão e a participação social de gestores, trabalhadores da saúde e usuários do/no Sus. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 296. 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13154>

ANTONIO, G. D. Fitoterapia na atenção primária à saúde: interação de saberes e práticas de cuidado. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.302. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/123015>

ARAUJO, B. D. X. de. Raízes da cura: os saberes e as experiências dos usos de plantas medicinais pelas mezinheiras do Cariri Cearense. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 164. 2016. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19314>

AZEVEDO, A. L. M. de. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde indígena a partir da sociologia de Pierre Bourdieu. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ Fiocruz. Recife, p. 195. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13914>

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In MINAYO, MCS., and COIMBRA JR, CEA., orgs. *Críticas e atuantes*: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. 708 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w5p4j/pdf/minayo-9788575413920.pdf>

BAPTISTA, M. K. S. O poder na relação de cuidado de enfermagem: a voz do paciente. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, p.111. 2016. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3602006](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3602006)

BARLEM, E. L. D. Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, p. 202. 2012. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/2943>

BISCARDE, D. G. S. Gestão regional do Sus nas regiões metropolitanas de Salvador e de Fortaleza: instâncias, processos de pactuação e relações de poder. Tese de

doutorado. Universidade Federal Bahia. Salvador, p. 299. 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/21631>

BISOGNIN, P. Costurando saberes e práticas de cuidado no climatério. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, p.115. 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/7466>

BITTENCOURT, I. Evidências para o cuidado de enfermagem ao paciente potencial doador de órgãos. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 145. 2014. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1323698#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1323698#)

BORGES, C. F. Um olhar arqueológico para a saúde pública brasileira. Possíveis descrições do período 1950-1980. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p.276. 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/ripsa/resource/pt/lil-670093>

BUBADUE, R. M. Cuidado de advocacia no preparo de famílias de crianças HIV/AIDS: (im)possibilidades no fazer da enfermeira. Dissertação de mestrado. Unidversidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 116. 2015. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1820303](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1820303)

BRAGA, A. P. Percepção sobre o tratamento fitoterápico e a promoção da saúde dos integrantes no candomblé. Dissertação de Mestrado. Universidade de Fortaleza. Fortaleza, p. 98. 2015. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2765777](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2765777)

BRANCO, T. S. C. Medidas de segurança no Brasil: o exercício do poder (penal) no âmbito da normalização terapêutica. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 267. 2016. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/8432>

BRASIL. Plano de Manejo Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns. Ministério do Meio Ambiente. Santarém, 2008. Disponível em: [http://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/imgs-unidades-coservacao/P\\_Manejo\\_Tap-Arap\\_24nov08.pdf](http://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/imgs-unidades-coservacao/P_Manejo_Tap-Arap_24nov08.pdf)

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 971, de 03 de maio de 2006. Política Nacional de Práticas integrativas e Complementares. Brasília, DF: 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971\\_03\\_05\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 136 p. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK Ewjllc\\_ZjXAhUKEpAKHVmxDP8QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mda.gov.br%2Fo%2F1713728&usq=AOvVaw03ZGZjhIT1ApruNlcyOPIn](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK Ewjllc_ZjXAhUKEpAKHVmxDP8QFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fportal.mda.gov.br%2Fo%2F1713728&usq=AOvVaw03ZGZjhIT1ApruNlcyOPIn)

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. Disponível em: [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_1.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/diverpsi/arquivos/PNEPS-2012.PDF>

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)

\_\_\_\_\_. Resolução Nº 15, de 30 de março de 2017. Plano Operativo para implementação da Política Nacional e Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: 2017. Disponível em: [http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT\\_15\\_2017.pdf](http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2016/04/CIT_15_2017.pdf)

**BARROS, J. A. C.** Pensando o processo saúde-doença: **a que responde o modelo biomédico?**. VII Congresso Paulista de saúde pública. **Saúde soc.** [online]. 2002, vol.11, n.1, pp.67-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902002000100008#back](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100008#back)

BECKER, B. K. Novas territorialidades na Amazônia: desafio às políticas públicas. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas, Belém, v. 5, n.1, p. 17-23, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v5n1/a03v5n1.pdf>

BOFF, L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade. 2. Ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico; tradução Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6. Ed. – São Paulo: Forense Universitária, 2009.

CAMARGO JR, K. R. A razão inconstante: ciência, saber e legitimação social. In: Jacó-Vilela, AM., and SATO, L., orgs. Diálogos em psicologia social. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 1-24.

CASTANHEIRA, M. A. A. F.; CORREIA, A. A constituição do sujeito em Michel Foucault. In: XI Simpósio Internacional IHU: O (des)governo biopolítico da vida humana, 2010, São Leopoldo. Unisinos, 2010. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-marcela-alves.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CARDOSO, L. C. R. Tecendo redes sobre saúde dos povos tradicionais da Amazônia: um enfoque antropológico sobre a relação entre práticas corporais e saúde dos ribeirinhos. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Amapá. Macapá, p. 90. 2014. Disponível em: <http://www2.unifap.br/ppcs/files/2014/09/Layana.pdf>

CARREIRA, L.; ALVIM, N. A. T. O cuidar ribeirinho: as práticas populares de saúde em famílias da ilha Mutum, Estado do Paraná. **Acta Scientiarum**. Maringá. v. 24, n. 3, p. 791-801, 2002. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2548>

CEOLIN, S. O processo de educação em saúde a partir do dialogo sobre plantas medicinais: significados para escolares. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, p.108. 2012. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2015/10/3295c76acbf4caaed33c36b1b5fc2cb1.pdf>

CLARINDO, M. F. Medicina popular e comunidades rurais da região da Serra das Almas, Paraná: o amálgama cosmo-mítico-religioso das territorialidades tradicionais. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, p. 124. 2014. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2067799](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2067799)

COROAIA, M. E. N. Reflexões sobre as práticas kaingang de cuidados com a gestação, parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília. Brasília, p. 104. 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/13554>

CUCHE, D. **A noção de cultura nas ciências sociais**; tradução Viviane Ribeiro. – Bauru: EDUSC, 1999.

DIEGUES, A. C. S. O mito moderno da natureza intocada. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

DINIZ, F. P. S. Relações entre práticas educativas, saber ambiental-territorial ribeirinho e desenvolvimento local. Dissertação de Mestrado – Universidade do Estado do Pará. Belém, p. 183. 2012. Disponível em: <http://educampo.miriti.com.br/arquivos/Biblioteca/0109.pdf>

DUARTE, G. S. D. **Os saberes tradicionais da comunidade São Benedito, Poconé, Mato Grosso**: revelando múltiplos olhares. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, p. 100. 2016. Disponível em: <http://www.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/172d58317561254a5c2ff2af74742e12.pdf>

FARIAS, D. S. Entre o parto e a benção: memórias e saberes de mulheres que partejam. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Bragança, p. 108. 2013. Disponível em: [http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5887/1/Dissertacao\\_EntrePartoBencao.pdf](http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5887/1/Dissertacao_EntrePartoBencao.pdf)

FERNANDES, C. A. **Análise do Discurso**: reflexões introdutórias. – 2 ed. – São Carlos: Editora Claraluz, 2008.

FERREIRA, A. B. H. Miniaurélio Século XXI Escolar: O minidicionário da língua portuguesa. – 4 ed. – Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERREIRA, L. H. M. De que família cuida a saúde da família? Os efeitos de poder nas relações de cuidado entre equipe e família. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, p.131. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/7602>

FERREIRA, M. S.; TRAVERSINI, C. S. A análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 38, n.1, p. 207-226, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/edreal/v38n1/12.pdf>

FECHINE, E. F. G. Condições de vida e trabalho das mulheres ribeirinhas do rio Madeira. Porto Velho: Fundação UFRO; 2008. [página na internet]. [acessado 12 jul. 2017]. Disponível em: [http://itaporanga.net/genero/1/GT\\_10/08.pdf](http://itaporanga.net/genero/1/GT_10/08.pdf)

FISCHER, R. M. B. Foucault and analysis of discourse on educational researches. **Cad. Pesqui.** [online]. 2001, n.114, pp.197-223. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwix0t2EpofXAhXHg5AKHVeRAjQQFghXMAY&url=https%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F24805135%2F1733384417%2Fname%2Fan%25C3%25A1lise%2Bdo%2Bdiscurso.pdf&usq=AOvVaw0H2fWbADpmlX5L\\_WBdJe\\_x](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwix0t2EpofXAhXHg5AKHVeRAjQQFghXMAY&url=https%3A%2F%2Fxa.yimg.com%2Fkq%2Fgroups%2F24805135%2F1733384417%2Fname%2Fan%25C3%25A1lise%2Bdo%2Bdiscurso.pdf&usq=AOvVaw0H2fWbADpmlX5L_WBdJe_x)

FIGUEIRA, T. N. **Construção de um guia de cuidados de enfermagem para o tratamento de pacientes com lesões por pressão.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 189. 2017. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=4759161#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=4759161#)

FLORIANO, E. A. Identidade, memória e cultura no trato com plantas medicinais: um possível diálogo entre saberes. Tese de doutorado. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, p. 180. 2016. Disponível em: <https://riuni.unisul.br/handle/12345/2047>

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**; organização e tradução de Roberto Machado. – 8 ed. - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Ligia M. Pondé Vassallo. - 7 ed. - Petrópolis, Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. **O sujeito e o poder.** In: Dreyfus, H. L; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica; tradução de Vera Porto Carrero. – 1 ed. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 3 ed. – São Paulo: Edições Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas; tradução Salma Tannus Muchail. – 8 ed. – São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**; tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. – 6 ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2000.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978); tradução Eduardo Brandão. – São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 3**: O cuidado de si; tradução Maria Thereza da Costa Albuquerque. – São Paulo: Paz e Terra, 2014.

\_\_\_\_\_. **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina.** Organização e seleção Manoel Barros da Mota; tradução Vera Lucia Avellar Ribeiro. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FRAXE, T. J. P; WITKOSKI, A. C.; MIGUEZ, S. F. **O ser da Amazônia**: identidade e invisibilidade. *Ciênc. Cult. São Paulo*, 61(3): 30-32, 2009. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v61n3/a12v61n3.pdf>

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia** saberes necessários à prática educativa. – 25 ed. – São Paulo: Editora Paz e terra, 2002.

GALVÃO, E. F. C. **A produção de Corporalidades na Escola**: uma análise do projeto de educação de jovens e adultos em Angra dos Reis. Tese de doutorado – Universidade

Federal Fluminense. Niterói, p. 242. 2004. Disponível em: [http://www.uff.br/pos\\_educacao/joomla/images/stories/Teses/edna%20galvao.pdf](http://www.uff.br/pos_educacao/joomla/images/stories/Teses/edna%20galvao.pdf)

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. – 1ed., 13. Reimpr. – Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GREGOLIN, M. R. **Foucault e Pêcheux na análise do discurso: diálogos & duelos.** – . 2 ed. São Paulo: Editora Claraluz, 2007.

GUIMARÃES, L. A. L. Saberes populares e científicos: uso de plantas medicinais na educação e saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Piauí. Teresina, p. 87. 2013. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=1298451](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=1298451)

HEISLER, E. V. Saberes e práticas populares no cultivo de horto medicinal. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, p.84. 2015. Disponível em: [http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Dissertacoes\\_alunos/Dissertacao\\_Elisa\\_Vanessa\\_Heisler.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Dissertacoes_alunos/Dissertacao_Elisa_Vanessa_Heisler.pdf)

HELLER, A. **O cotidiano e a história.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho e Leandro Conder. 4 ed. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doenças.** Tradução Eliane Mussmich. 2 ed. – Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

JABER, J. Saúde e cultura: reflexões teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa com povos tradicionais. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, p. 89. 2013. Disponível em: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/384>

JENNINGS, E. Mais pajés, menos médicos. *Vox S/A*, Santarém (PA), ano III, edição 13, p. 62-63, mar. 2016.

LABEGALINI, C. M. G. **A evolução das práticas educativas em saúde: um caminho para superação de saberes e práticas.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, p. 162. 2015. Disponível em: <http://nou-rau.uem.br/nou-rau/document/?code=vtls000222295>

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. Mai-jun 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt\\_23](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23)

LOPES, A. M. P. Saúde no processo de democratização brasileiro: promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos da saúde. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 212. 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/99401>

LUIZ, A. F. Práticas educativas de enfermeiros na Estratégia de Saúde da Família: reflexões desde a Educação Popular e Saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 133. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/aps/resource/pt/lil-734064>

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis*. V. 15. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>

MACHADO, J. S. Lugares de gente: mulheres, plantas e redes de troca no delta amazônico. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 350. 2012. Disponível em: [http://leia.ufsc.br/files/2012/09/Machado\\_tese-final-cp.pdf](http://leia.ufsc.br/files/2012/09/Machado_tese-final-cp.pdf)

MACHADO, R. **Por uma genealogia do poder**. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*; organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MARCO, E. V. de. Saberes locais de agricultores familiares sobre as plantas da floresta. Dissertação de Mestrado. Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões. Erechim, p. 100. 2012. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=459960](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=459960)

MARQUES, W. O método arqueogenalógico na análise do discurso: o potencial sujeito aprendiz e aprendizagem de língua inglesa no discurso publicitário-institucional. *Linguagem em (Dis)curso – LmD*, Tubarão, SC, v.16, n.2, p. 261-272, maio/ago, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ld/v16n2/1518-7632-ld-16-02-00261.pdf>

MATOS, T. P. C. de. Narrativas e saberes de curadores da Linha do Fundo. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará. Belém, p. 216. 2015. Disponível em: [http://ppga.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Thamirys\\_Di\\_Paula.pdf](http://ppga.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Thamirys_Di_Paula.pdf)

MENDES, C. L. O corpo em Foucault: superfície de disciplinamento e governo. *Revista de Ciências Humanas, Florianópolis, EDUFSC*, n.39, 2006, p. 167-181. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17993>

MENDONÇA, M. S. de. ET AL. Etnobotânica e saber tradicional. In **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais** / organizadores Therezinha de Jesus Pinto Fraxe, Henrique dos Santos Pereira, Antônio Carlos Witkoski, - Manaus: EDUA, 2007. Disponível em: [http://educampo.miriti.com.br/arquivos/File/comunidades\\_ribeirinhas\\_modos\\_de\\_vida.pdf](http://educampo.miriti.com.br/arquivos/File/comunidades_ribeirinhas_modos_de_vida.pdf)

MIRANDA, S. G. A análise arqueológica do discurso em Michel Foucault: por uma linguística do enunciado. *Griot: Revista de Filosofia*, v.14, n.2, dez. 2016. Disponível em: <http://studylibpt.com/doc/3800115/a-an%C3%A1lise-arqueol%C3%B3gica-do-discurso-em-michel-foucault>

NEGRINI, L. As condições de enunciabilidade e visibilidade do controle social no Sistema Único de Saúde brasileiro: uma análise foucaultiana. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande, p. 142. 2015. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/19993-final.pdf>

NINK, M. S. Práticas clínicas e saberes populares de uma comunidade quilombola no estado de Alagoas: a valorização cultural como aliadas para a promoção da saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado da Bahia. Paulo Afonso, p. 152.

2016. Disponível em: <http://www.uneb.br/ppgecoh/files/2017/06/Vers%C3%A3o-salvar-em-CD.pdf>

OJEDA, B. S. A tecedura das relações saber-poder em saúde: matizes de saberes e verdades. Tese de doutorado. **Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, p. 220. 2004. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5005/1/000331934-Texto%2bCompleto-0.pdf>

OKSALA, J. **Como ler Foucault**; tradução Maria Luiza X. de A. Borges. – Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

OLIVEIRA, M. W. de; MORAES, J. V. **Práticas populares de saúde e a saúde da mulher**. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 412-420, out./dez. 2010. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/723/387>

OLIVEIRA, M. W. ET AL. Diálogo com práticas populares de saúde na formação profissional. In: Brasil. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 224p. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)

OLIVEIRA, P. P. As relações de poder na prática gerencial da enfermagem em unidades hospitalares: um olhar foucaultiano e freudiano. Dissertação de Mestrado. Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, p. 109. 2014. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2253083](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2253083)

OLIVEIRA, M. C. **Enfermagem em cuidados paliativos**: proposta de intervenção para a assistência à saúde dos portadores de doenças crônicas. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 136. 2014b. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=836329#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=836329#)

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>

PEREIRA, W. S. B. **De ribeirinhas sobre a saúde**: um mergulho nas representações femininas sobre saúde e doença no Rio Madeira. **Fazendo Gênero 8 - Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, 2008. Disponível em: [http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST49/Wilma\\_Suely\\_Batista\\_Pereira\\_49.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST49/Wilma_Suely_Batista_Pereira_49.pdf)

PESSOA, V. M. **Ecologia de saberes na tessitura de um pensamento em saúde no sertão**: do conhecimento regulação às práticas emancipatórias na estratégia saúde da família. Tese de doutorado. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, p. 319. 2015. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/14055>

PEZ, T. D. P. **Pequena análise sobre o sujeito em Foucault**: a construção de uma ética possível. Anais do Seminário de Pesquisa em Ciências Humanas, 2008. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/TiarajuDPpez.pdf>

PITERSKI, A. M. R. Corpo e alma em “Segurança, território e população” de Michel Foucault: interfaces para a compreensão dos processos de subjetivação nas políticas

públicas do “HUMANIZASUS”. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo. Santos, p.141. 2013. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=98501](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=98501)

PIMENTEL, A. P. **O cuidado em saúde mental**: reflexões psicossocioculturais para uma práxis ético-dialógica. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p.193. 2018. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=6316691#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=6316691#)

PULGA, V. L. Mulheres camponesas plantando saúde, semeando sonhos, tecendo redes de cuidado e de educação em defesa da vida. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, p. 197. 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/115967>

RAFFESTIN, C. Por uma geografia do poder. Tradução: Maria Cecília França. São Paulo: Editora Ática, 1993. 269 p. (Série Temas). Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)

REVEL, J. Michel Foucault: conceitos essenciais. Tradução Maria do Rosário Gregolim, Nilton Milanez, Carlos Piovísani. – São Carlos: Claraluz, 2005.

ROCHA, L. S. Eu te benzo, eu te curo: saberes e práticas de benzedeadoras de Maceió – AL. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, p. 82. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1495>

RODRIGUES, R. C. Como nasce um Kalunga? Práticas e percepções de mulheres, parteiras e profissionais de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p. 174. 2016. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312777>

RODRIGUES, M. A. G. Rituais, práticas de curandeirismo e saberes herbários: um estudo comparativo entre curandeiras (os) da comunidade rural de Quizambú (Alaçoinhas – BA) e das camadas populares da cidade de Salvador (BA). Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado da Bahia. Alagoinhas, p.122. 2014. Disponível em: [http://www.poscritica.uneb.br/?page\\_id=631](http://www.poscritica.uneb.br/?page_id=631)

ROSA, W. M. Relações entre práticas tradicionais e práticas escolares de saúde das populações rurais em Minas Gerais (Ibirité, 1940 a 1970). Tese de doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, p. 273. 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-9XCH2C>

SANTARÉM. CEAPS – Centro de Estudos Avançados de Promoção Social e Ambiental. **Prazer em Conhecer Vila de Mentai**. Santarém: Projeto Saúde e Alegria, 2012. 20 p. Disponível em: <http://www.saudeealegria.org.br/wp-content/uploads/2015/04/Cartilha-Mentai.pdf>

SANTARÉM. CEAPS. **Almanaque da reserva extrativista Tapajós-Arapiuns**: prazer em conhecer. Santarém: Projeto Saúde e Alegria, 2015. 68 p. Disponível em: <https://www.funbio.org.br/almanaque-da-reserva-extrativista-tapajos-arapiuns/>

SANTOS, B. S. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. Estudos avançados. vol.2 n.2. São Paulo Mai/Ago. 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v2n2/v2n2a07.pdf>

SANTOS, E. J. F. Experiências e saberes do enfermeiro em Cuiabá no século XIX. Tese de doutorado. Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, p. 165. 2015a. Disponível em: <http://www.ufmt.br/ufmt/unidade/userfiles/publicacoes/00b737119dd1f8e0f8b8f56eef88bd20.pdf>

SANTOS, M. D. dos. Parteiras tradicionais da região Amazônica e sua relação com a rede cegonha. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p.106. 2015b. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=2837038](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=2837038)

SANTOS, A. N. S. **Cuidado cultural em saúde reprodutiva de mulheres quilombolas**. Tese de doutorado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, p. 244. 2016. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3674604#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3674604#)

SARAIVA, K. Outros Tempos, Outros Espaços: internet e educação. 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/8597>

SILVA, V. H. **Autopercepção de saúde em mulheres climatéricas cadastradas na estratégia saúde da família de Montes Claros/MG**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, p. 81. 2016a. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3606735#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3606735#)

SILVA, C. P. G. da. Educação Continuada em enfermagem do Hospital Geral de Bonsucesso: espaço de consolidação do saber/poder da enfermagem. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, p. 175. 2016b. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=3865957](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=3865957)

SILVA, H. P. A saúde humana e a Amazônia do século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. Novos Cadernos NAEA, v.9, n.1, 2006. P. 77-94. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/viewFile/58/130>

SILVA, L. S. da. Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia. Salvador, p. 98. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16831>

SIQUEIRA K. M. ET AL. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.1, 2006. P. 68-73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100008)

SOUZA, S. A. F. de. **Conhecendo Análise de Discurso** – Linguagem, Sociedade e Ideologia. – Manuas: Editora Valer, 2006. 108p.

SPADACIO, C. Medicinas tradicionais, alternativas e complementares como marcadores de diferenciação social. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, p. 225. 2013. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311410>

STANISKI, A. Os saberes mateiros das comunidades tradicionais da região Serra das Almas, Paraná: história de vida e paisagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, p. 232. 2016. Disponível em: <http://tede2.uepg.br/jspui/handle/prefix/583>

TEIXEIRA, E. Travessias, rede e nós: complexidade do cuidar cotidiano de saúde entre ribeirinhos. **Esc. Anna Nery Rev. de Enferm.** Rio de Janeiro. v. 4 n. 2 p. 269 – 278, 2000. Disponível em: [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjM2oLAhpnXAhUCqpAKHfrFB\\_kQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Frevistaenfermaagem.eean.edu.br%2Faudiencia\\_pdf.asp%3Faid2%3D1188%26nomeArquivo%3Dv4n2a15.pdf&usq=AOvVaw131Uoxn-E6keal3upL\\_OBV](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjM2oLAhpnXAhUCqpAKHfrFB_kQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Frevistaenfermaagem.eean.edu.br%2Faudiencia_pdf.asp%3Faid2%3D1188%26nomeArquivo%3Dv4n2a15.pdf&usq=AOvVaw131Uoxn-E6keal3upL_OBV)

TEIXEIRA, I. M. C. Saberes e práticas populares de saúde: os processos educativos de mulheres camponesas. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, p. 148. 2012. Disponível em: <http://www.processoseducativos.ufscar.br/dissimct.pdf>

TIAGO, H. N. “Poder por amor ao poder”: uma análise discursiva das relações de poder em 1984, de George Orwell. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Goiás. Catalão, p. 145. 2015. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4901>

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. V. 14, n.1. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312004000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100005)

VAZ FILHO, F. A. **Pájes, benzedores, puxadores e parteiras**: os imprescindíveis sacerdotes do povo na Amazônia. – Santarém: UFOPA, 2016.

VIEIRA, K. B. T. **Cuidados de enfermagem em terapia intravenosa periférica em unidade de tratamento intensivo neonatal**: uma construção coletiva. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p. 133. 2014. Disponível em: [https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id\\_trabalho=835774#](https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=835774#)

WAGNER, R. **A invenção da cultura**; tradução Marcela Coelho de Souza e Alexandre Moral. São Paulo, Cosac Naify, 2010. 256p.