

Percepção da internação e do ambiente hospitalar por ribeirinhos do Tapajós, Pará, Brasil

João Valentin Wawzyniak

Doutor em Ciências Sociais pela UFSCAR.

Professor Adjunto do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina.
valentinw@uel.br

RESUMO

Com base em dados etnográficos obtidos em pesquisa de campo realizada em comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, Estado do Pará, pretendo, neste artigo, abordar a percepção e a reação desses ribeirinhos à prescrição e internação em ambiente hospitalar. Tomo o hospital como momento e espaço de um sinuoso itinerário terapêutico depois de a pessoa doente buscar cuidados com os especialistas locais de cura, agentes comunitários de saúde, postos de saúde e centros de saúde. Nesse contexto, a internação prescrita pelo médico é apreendida como diagnóstico indicativo da gravidade da doença, especialmente se a obtenção do tratamento exigir o deslocamento para cidades cada vez mais distantes da comunidade onde o doente reside. O ambiente hospitalar é apreendido comparativamente ao ambiente doméstico e comunitário, e os serviços dos profissionais de saúde em relação aos cuidados dispensados pelos especialistas locais de cura.

Palavras-chave: ribeirinho amazônico, hospital, saúde, itinerário terapêutico.

ABSTRACT: *Hospitalization and hospital environment perception by the Tapajós riverbank dwellers in Pará, Brazil*

Based on ethnographic data collected during a field research carried out with the riverbank communities by the Tapajós river, in the state of Pará, this article investigates their perceptions and reactions to hospitalization and the hospital environment. In this study, the hospital is seen as a moment and a space within a sinuous therapeutic itinerary of a sick person who has already sought medical care at local specialists, community health agents and health centers. In this context, the hospitalization prescribed by the physician is seen as an indication of the seriousness of the disease, especially when the treatment involves the relocation of the patient to far away cities. The hospital environment is compared with the home and community environment, and the professional services with the care given by the specialists in their communities.

Keywords: Amazon riverbank dwellers, hospital, health, therapeutic itinerary

RESUMEN: *Percepción de la internación y del ambiente hospitalario por parte de ribereños del Rio Tapajós, Pará, Brasil.* Con base en datos etnográficos, obtenidos en trabajo de campo realizado en comunidades ribereñas del Rio Tapajós, Estado de Pará, en este artículo busco analizar la percepción y la reacción de estos ribereños a la prescripción de internación en ambiente hospitalario. Tomo el hospital como el momento y el espacio de un sinuoso itinerario terapéutico, después de que un enfermo busca cuidados de los agentes comunitarios de salud, puestos y centros de salud. En este contexto, la internación prescrita por el médico es aprehendida como indicativo de un diagnóstico de enfermedad grave, especialmente cuando el tratamiento indicado exige desplazamiento hasta ciudades más distantes de la comunidad en la que el reside el enfermo. El ambiente hospitalario es aprehendido comparativamente al ambiente doméstico y comunitario, así como lo son los servicios de los profesionales de salud en relación a los cuidados dispensados por los especialistas locales de cura.

Palabras-clave: ribereño amazónico, hospital, salud, itinerario terapéutico

INTRODUÇÃO¹

Refletir sobre a internação e o ambiente hospitalar exige uma interpretação dos significados de ambos para aqueles que vivenciam esta experiência durante o processo de adoecimento. Para tanto, requer, como indica Langdon², o acompanhamento de todo episódio da doença: “o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da seqüência dos eventos”. Esses eventos, ainda segundo a mesma autora, caracterizam a doença como processo e consistem no (1) “reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença”, no (2) “diagnóstico e a escolha de tratamento”, e na (3) “avaliação do tratamento”. Por serem diversos, esses significados e as práticas terapêuticas correspondentes não se enquadram no modelo biomédico, que se pretende único modelo explicativo e terapêutico.

Neste trabalho, apoiado em dados etnográficos obtidos em pesquisa de campo realizada em comunidades ribeirinhas do baixo rio Tapajós, Estado do Pará³, pretendo abordar a percepção e a reação desses ribeirinhos à prescrição e internação em ambiente hospitalar. Internamento que ocorre inicialmente em Belterra e Santarém, cidades mais próximas das comunidades onde residem os caboclos ribeirinhos entre os quais realizei a pesquisa.

Cabe ressaltar que Belterra foi construída pela Companhia Ford no final da década de 1920 para alojar os trabalhadores e administradores do empreendimento voltado à produção de borracha em seringal de cultivo situado a margem direita do

Tapajós. Juntamente com a cidade foi construído o primeiro hospital da região equipado com aparelhos e profissionais médicos trazidos dos Estados Unidos. Historiando a presença da Companhia Ford na região, Amorim⁴, escreve que a sua direção difundia, nos jornais de Santarém, que aquela prestava assistência médica, hospitalar e farmacêutica aos seus funcionários e às famílias destes. Entretanto, um relatório redigido pelo tenente-coronel Luiz Guedes de Oliveira mostra que nem tudo era como propagandeado pela empresa. Em seu relatório, o militar criticou as condições de instalação, considerada fora dos padrões, de uma casa de saúde e denunciou que, nos casos de pneumonia — causa *mortis* mais freqüente —, esta era contraída no próprio hospital. Além disso, apontou que os trabalhadores não eram atendidos indistintamente e, nas situações de afastamento por doença, os trabalhadores braçais, cuja maioria era originária da própria região, não eram remunerados pela empresa durante o período de afastamento.

Tomando como referência o material etnográfico, considero a internação e o hospital como momento e espaço de um sinuoso itinerário terapêutico que inicia depois de a pessoa doente procurar tratamento com os especialistas locais de cura, na própria comunidade ou em comunidades vizinhas, Agentes Comunitários de Saúde - ACS, Postos de Saúde, Centros de Saúde e hospitais. Em outras palavras, a internação hospitalar será aqui considerada como parte do itinerário relacionado, alternativo ou simultâneo, a outros agentes, lugares, ambientes, procedimentos e

momentos da trajetória do doente e de seus parentes em busca da cura.

Universo sócio-cósmico tapajônico

Para interpretar o significado do hospital e da internação hospitalar, é preciso estabelecer que, para o caboclo ribeirinho do Tapajós, a floresta, o rio e os lagos são distinguidos em espaços, “*paragens*”, apreendidos como domínios controlados pelos encantados, considerados os “*donos do lugar*”. Estes são seres espiritualizados, tratados como pessoas, “entidades morais”, com quem os homens podem estabelecer relações sociais^{5, 6, 7}. Possuem a potencialidade virtual de transformarem suas aparências assumindo a “*formatura*” de outras espécies de seres, bem como definir, mediante um conjunto de regras ordenadoras de relações são designadas de “*regulamento*”, orientações para condutas adequadas de sociabilidade dos humanos entre si e destes com os não humanos. Outro aspecto importante da sua “ação eficaz sobre o mundo”⁸ revela-se na capacidade de provocarem o adoecimento do indivíduo que transgride ou intenciona transgredir os seus “*regulamentos*”. Entretanto, se em determinadas circunstâncias os “*donos*” provocam doenças, em outras são “*invocados*” pelos pajés ou curadores para auxiliarem no diagnóstico da doença e na indicação de procedimentos terapêuticos.

Para Fausto⁸, embora se valendo de exemplos etnográficos relativos às cosmologias indígenas, mas também aceitáveis para o contexto tapajônico, a categoria “*dono*” transcende a relação de domínio e propriedade no sentido estrito do

termo, por consistir num “modo generalizado de relação assimétrica constituinte da sociabilidade amazônica”. Trata-se, segundo o mesmo autor, de “um esquema relacional que define relações nas mais diferentes esferas”⁸ ao fornecer um modelo de pensamento e ação em diferentes circunstâncias e relações que a categoria está envolvida. Assim, para os ribeirinhos, dependendo da situação, o outro pode ser apreendido como uma possível manifestação, “*engeramento*”, dos “*donos*” e suas “*paragens*” sob outra aparência.

No Tapajós, a categoria nativa “*engerar*” indica o processo de transformação dos seres, humanos e não humanos, uns nos outros. Revela a concepção do corpo como processo no qual ocorre uma permanente troca de aparências na construção da pessoa. Entre os humanos essa metamorfose é desencadeada pela perturbação físico-moral denominada localmente como “*mau-olhado de bicho*”. Uma doença provocada por seres, “*bichos*”, com capacidade de transformarem-se pela sua própria natureza em outros, como, por exemplo, a Curupira. Além de denotar o caráter transformacional do universo do caboclo ribeirinho, apresenta-se como um instrumento de apreensão do mundo e organização da experiência social.

“*Bichos*” são seres que possuem a plasticidade virtual de mudar de aparência, tanto física quanto comportamental e a capacidade de interferir na vida cotidiana afetando-a coletiva ou individualmente, provocando perturbações corporais e psicológicas nas pessoas vitimadas pelo seu olhar. A categoria, devido à sua extensão semântica, pode englobar qualquer ser estranho, ambíguo ou potencialmente

perigoso (humano, animal, espírito, aparição, instituição). Aplica-se, além dos encantados, às agências modernizadoras e aos seus técnicos, os quais, sob diferentes formas, aparecem repentinamente na vida cotidiana, individual ou coletiva, com a intenção de restabelecer ou estabelecer uma ordem distinta da costumeira.

Nos “*encantes*” – espaços encantados controlados por um “*bicho*” considerado seu “*dono*” - aquáticos, situados no rio ou nos lagos, considerados como “*cidade*”, os encantados da água formam sociedades análogas às dos homens. E lá existem “*hospitais*”. Os “*hospitais dos encantés*”, onde atuam “*médicos*”. Estes são os “*donos*”, seres não-humanos que, sob a aparência de médicos, cuidam dos animais aquáticos feridos pelos humanos. É para lá, para o “*fundo*”, que os homens podem ser “*arrastados*” e obrigados pelos “*donos*” dos animais feridos durante a pesca a curá-los. As descrições desses “*encantes*” apresentam um universo simetricamente inverso das pessoas que vivem no plano “*aqui de cima*”, conforme sugere Da Matta⁵. “*Aqui em cima*”, explica um ribeirinho, localizam-se os hospitais que “*pertencem à medicina*”. Será a percepção que os ribeirinhos têm destes últimos hospitais o foco deste trabalho.

A internação e o ambiente hospitalar são apreendidos como tempo e espaço constitutivos do sinuoso traçado do itinerário terapêutico iniciado com as primeiras tentativas em identificar a doença que está “*tentando entrar no corpo da pessoa*”. Trata-se do “*descobrimento do paciente*” pelos especialistas locais de cura (pajés, curadores, rezadores). Os caboclos

ribeirinhos do baixo Tapajós fazem distinção entre as doenças que são “*da parte da medicina*”, que “*pertencem ao médico*”, e as que são “*da parte dos curadores*”, “*doenças de cigarro*”, “*descobertas pelo dom através da reza*”. “*Cigarro*” aqui se refere ao confeccionado com tabaco enrolado na entrecasca de tauari usado pelos pajés e curadores para diagnosticar a doença e escolher o procedimento terapêutico adequado. A distinção entre “*doença de médico*” e “*doença dos curadores*” não implica, necessariamente, na constituição de realidades dicotômicas^{9 10}, contudo, implica em diferentes itinerários terapêuticos. Os ribeirinhos consideram ser fundamental a “*descoberta do paciente*”; é preciso descobrir qual é a “*doença que afeta a pessoa*” para atenuar o seu sofrimento, como se o desconhecimento daquilo que a incomoda causasse maior incômodo e perturbação.

Itinerário terapêutico e especialistas locais de cura

O percurso realizado pela pessoa “*atacada pela doença*”, bem como o de seus familiares em busca da cura, ocorre após a percepção, a partir dos sintomas que se manifestam isolada ou conjuntamente, de que a doença está se “*apoderando*” dela. Segundo Langdon², a identificação dos significados dos sinais corporais decorrentes das afetações provocadas pela “*entrada da doença*”, como dizem os ribeirinhos, já constitui um momento desse itinerário. Ao longo da trajetória seguida em busca de tratamento, dependendo da avaliação dos resultados deste, o doente retoma sua vida cotidiana ou desloca-se em busca de novas alternativas, articulando diferentes saberes

e procedimentos oriundos de distintos sistemas terapêuticos, inclusive religiosos, como, por exemplo, as “*ministrações de cura*” realizadas em igrejas pentecostais. Tal procedimento revela que os ribeirinhos recorrem a uma pluralidade de opções terapêuticas, uma vez que “parece não haver incongruência entre sistemas terapêuticos”¹¹, diferentemente dos profissionais de saúde, que os vêem como mutuamente exclusivos e necessariamente hierárquicos.

Para permitir uma melhor compreensão, vou sintetizar o percurso percorrido pelos pacientes desde os primeiros sintomas até a internação. Ao sentir a doença “*entrando*”, primeiramente são procurados os mais velhos, na esfera doméstica. Caso eles não tenham “*remédios*” para atenuar o sofrimento ou identifiquem ser uma doença grave são procurados os especialistas locais de cura, residentes na própria comunidade. Nesta ocasião, também, o ACS que atua na comunidade pode ser acionado para “*tirar pressão*” e verificar a temperatura, caso a pessoa manifeste “*febre*”. Lembro que para o ribeirinho tapajônico a categoria “*remédio*” engloba um conjunto bastante amplo de substâncias, “*ingredientes de remédio*”, - industrializadas, fitoterápicas e zoterápicas - e procedimentos terapêuticos como defumações, orações, banhos, fricções, massagens e dietas.

Os especialistas locais de cura são homens e mulheres reconhecidos publicamente como possuidores do poder de curar, “*dom de trabalhar com saúde*”, distinguem-se em diferentes categorias: pajés, curadores, benzedores, puxadores e parteiras. Tiveram descoberto seu “*dom de*

trabalhar com saúde” durante o tratamento conduzido por um pajé ou curador em algum momento de suas vidas. Neste sentido, o diagnóstico e o tratamento tiveram um caráter iniciático. Característica também presente entre os ACS¹². O “*dom*” habilita o especialista local de cura a descobrir qual é a doença que afeta quem o procura e a indicar os remédios considerados apropriados ou a busca de novas alternativas terapêuticas. Possuir o “*dom*” implica na obrigatoriedade moral de atuar na área da saúde como retribuição a uma dádiva recebida ao ser curado, sob pena de voltar a adoecer.

Tais especialistas detêm conhecimentos e habilidades que lhes permitem descobrir qual é a doença que afeta quem os procura e tratar diferentes “*qualidades de enfermidades*”, seja recorrendo aos procedimentos terapêuticos tradicionais, transitando entre distintas modalidades terapêuticas, simultânea ou alternativamente, ou indicando a busca de novas alternativas terapêuticas, caso as doenças “*não lhes pertençam*”. Embora possuam, além do “*dom*”, saberes sobre a “*mesma arte*”, há uma relação hierárquica entre eles.

Pajé e curador possuem os mesmos conhecimentos e habilidades, mas apenas o primeiro pode realizar viagens aos “*encantes*” e transformar-se em outras espécies de seres. Nos tratamentos realizados durante os “*trabalhos*”, atuam por “*influência de algum espírito que se invoca neles*”, e, além de saber benzer, sabem e podem “*partejar*” e “*puxar desmintidura*”. Benzedores são conhecidos pelo poder de suas orações para benzer determinadas

doenças, especialmente aquelas que afetam as crianças. Além de benzer, também podem ter conhecimentos necessários à “puxação”. Já um puxador nem sempre terá o “dom” de benzer, conhecer “rezas fortes” ou tratar com “cigarro” quando a “doença” for considerada grave, como, por exemplo, a provocada pelo “assombro de olhada de bicho”. Esse especialista possui conhecimentos e habilidades técnicas para tratar — “colocar” ou “agasalhar no lugar” — contusões e luxações através de massagens e “puxações” porque conhece a “junta da pessoa”.

As parteiras, em sua maioria também puxadoras, possuem os “dom para partejar” e desenvolvem a sensibilidade tátil, que lhes permite sentir, através da “massagem de gravidez”, o crescimento da criança, verificar seu estado, ajeitá-la dentro da barriga para que a mãe possa respirar melhor ou para aliviar o incômodo que causam algumas posições do feto. Tais massagens são realizadas repetidas vezes durante a gestação até o parto. Essa sensibilidade, associada à técnica de quem tem o “dom”, inicia-se geralmente na juventude e vai sendo desenvolvida com a experiência obtida ao longo dos anos. O puxador e a parteira, para curar a pessoa desmentida, “tem que conhecer o corpo humano”, afirmam esses especialistas. Em outros termos, “o trabalho de puxadora é combinado com o de parteira” entre as mulheres, mas não exclusivamente entre elas, uma vez que homens que “puxam” também podem realizar partos.

A relação entre os ACS e os especialistas locais de cura apresenta-se como complementar, mesmo havendo tensão

em algumas ocasiões, quando divergem quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Embora se verifique o que parece ser um sistema articulado, as “parcerias” entre eles não são tranquilas, porque cada um possui um estilo pessoal. Cada um tem seu próprio “jeito de trabalhar”, dizem. Entretanto, há uma negociação na qual o ACS depende da orientação dada pelo pajé ou pelo curador quando este identifica se a doença lhe pertence ou não, mas aquele também quer fazer valer os conhecimentos que adquiriu nos cursos de capacitação.

É comum, em caso de emergência, mobilizar, simultaneamente, mais de um especialista local de cura. Isso porque, como explicou uma ACS, “o que um não conhece, outro conhece; o que um faz, outro não faz”. Cada um contribui “do seu jeito”, inclusive o ACS, para restaurar a saúde do doente. Verifica-se, nessa mobilização de especialistas, a complementaridade de saberes, que ocorre mesmo quando eles não atuam em concomitância. Assim, durante os cuidados de uma pessoa doente, cria-se uma zona de contato entre esses diferentes sistemas. Nessas circunstâncias, há permeabilidade das fronteiras entre modelos terapêuticos, como sugere Follér¹³.

Além de desencadear o itinerário terapêutico, em geral eles estão presentes em diferentes momentos desse itinerário, mesmo daquelas pessoas que também buscam “recursos da medicina”, articulando ou sintetizando o modelo tradicional com o biomédico. Num sentido mais amplo, os itinerários seguidos evidenciam que “os limites entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis,

tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção da eficácia”¹³.

Uma vez constatado, pelo especialista local de cura da comunidade, que a doença não pode ser por ele tratada, o doente é encaminhado a outro especialista. Caso se descubra que a doença pertence ao médico, a pessoa é encaminhada ao ACS, com o intento de obter uma guia de encaminhamento para agendar uma consulta no Posto de Saúde da cidade. Outra alternativa é dirigir-se diretamente à uma unidade de saúde localizada na cidade.

A dor ou a febre intermitente são tomadas ora como sinal, ora como a própria doença. As duas manifestações, apreendidas como “sinal da doença” vão tomando conta do corpo, tirando-lhe a “animação”; deixam a pessoa prostrada, sem vontade, até finalmente se “apoderar” dela, podendo se tornar uma “doença embrabecida, muito alcançada”, isto é, aquela que “toma conta” da pessoa, deixando-a sem alternativa de tratamento, “desenganada pelos médicos”. Uma doença é considerada pelos ribeirinhos como “muito alcançada” quando, após um prolongado itinerário terapêutico envolvendo benzimentos, banhos, massagens, defumações e “remédios do mato” ministrados pelos especialistas locais de cura, e depois de consultar o médico da cidade, “bater chapa” (fazer radiografia ou tomografia), fazer exames clínicos, tomar “remédio da farmácia” e injeções, a pessoa não tem a alegria, a disposição e o ânimo restabelecidos: uma pessoa com uma “doença alcançada cai no fundo da rede”.

Os sintomas descritos por uma pessoa podem ser diagnosticados por um curador, ou mesmo pelo médico, como uma “doença ruim” quando, independente do seu desenvolvimento, ela por sua própria “qualidade” tem como desdobramento a provável morte do paciente. Uma “doença ruim” tanto pode ser causada pelos “bichos” como por agentes patogênicos estudados e tratados pelo sistema biomédico.

Quando nem os especialistas locais de cura nem o agente de saúde conseguem diagnosticar a doença ou a consideram uma doença “braba”, remetem o paciente a outros especialistas, “curadores mais poderosos”, residentes em outras comunidades. Nessas circunstâncias, se a doença for diagnosticada como “alcançada” ou “doença ruim”, mas ainda pertencente ao “cigarro” ou à “reza”, mas eles se considerarem impotentes, o paciente é encaminhado a outros ainda mais poderosos. Caso a doença seja considerada como “pertencente ao médico”, o paciente é encaminhado ao Centro de Saúde ou hospital, nas cidades de Belterra ou Santarém.

O encaminhamento a especialistas de cura residentes em outras comunidades ou ao médico, exige deslocamentos, fluviais e/ou terrestres, e é interpretado, pelo próprio doente e pelos seus familiares, como diagnóstico de uma doença grave, “embrabecida”. Tais deslocamentos para procura de tratamento exigem esforços pessoais e familiares, e provocam no doente um aumento da sua aflição e do seu sofrimento. Especialmente por não saber qual a “qualidade” da doença. Nessas circunstâncias ocorre o acionamento de redes sociais translocais: comunitárias,

intercomunitárias e urbanas. Para tanto, tão logo se identifique ser uma doença grave, a notícia é enviada para os parentes. Em diferentes oportunidades, viajando de barco, ouvi passageiros conversando sobre o estado de saúde de conhecidos que se encontravam doentes.

Flutuando no espaço e no tempo em busca da cura

Deslocar-se de barco é parte do cotidiano do ribeirinho amazônico, entretanto, a viagem perde sua cotidianidade quando o objetivo da viagem é deslocar uma pessoa doente para permanecer internada, pois pode implicar num afastamento por tempo indeterminado do “*lugar*” de onde o doente é “*filho*” e onde residem parentes. Nesta situação a viagem não apenas afasta-o da sua rede de sociabilidade como também afeta a interpretação da doença e o tratamento. É um período aflitivo e angustiante, pois, mesmo acompanhada por familiares, o percurso entre a comunidade e a cidade é marcada por dúvidas e temores. Durante a viagem, o doente sofre por não saber quanto tempo permanecerá entre estranhos, longe dos cuidados proporcionados no ambiente doméstico.

Dependendo da urgência, as famílias fretam barcos pertencentes a armadores, proprietários de embarcações, locais ou, quando o caso não é considerado grave, embarcam em barcos de linha pertencentes a armadores que tem o transporte fluvial como atividade econômica em nível empresarial. Como na maioria das comunidades o barco, fretado ou de linha, é o único meio de transporte, vou deter-me um pouco

nesse espaço e nesse tempo que integram o itinerário terapêutico. Isto porque, é um período no qual o doente vivencia o progressivo afastamento de casa e dos seus familiares. Durante o percurso, o doente é envolvido pela atenção dos passageiros conhecidos, ou não, e seu estado de saúde é motivo para conversas sobre a doença, troca de informações sobre a experiência da doença e da internação, dos procedimentos terapêuticos, indicação de curadores residentes na cidade e medicamentos. Comenta-se sobre o comportamento dos profissionais de saúde (auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, etc) que atendem no hospital ou nas unidades de saúde.

Conforme o barco avança em direção ao hospital há um aumento da expectativa e do temor. Em alguns casos, os doentes insistem em recusar a internação, preferindo retornar para comunidade ou procurar outras alternativas terapêuticas. Lembro que, particularmente em Santarém, residem ou atendem periodicamente, conhecidos curadores do interflúvio Tapajós/Arapiuns/ Amazonas, os quais, segundo relatos, são procurados pelo “*peçoal do interior para consultas*” enquanto estão na cidade para consultas com os médicos.

Durante as viagens observei que, mesmo estando a bordo pessoas doentes, os passageiros, ao som da música alta, mantêm-se ocupados jogando dominó, conversando, contando “*mentiras*” ou piadas. Enfim, o clima é descontraído e divertido para passar o tempo. Tempo que não passa no mesmo ritmo para pessoa que sofre “*dor*” e “*febre*”, pois, para ela, o barco demora a chegar para

o seu desembarque. Entretanto, esse clima descontraído não implica descuido com o doente. Parentes, passageiros conhecidos, especialistas de cura embarcados, mantêm-se próximos da sua rede dando-lhe atenção. Admoestam aqueles que excedem os limites do comportamento considerado aceitável para a circunstância. E, invariavelmente, sempre tem alguém com algum “medicamento de farmácia” para “amenizar a dor ou a febre” ou um “puxador” para uma massagem.

Nos barcos de linha, nas suas viagens regulares, são comuns as conversas sobre saúde, doença e cura entre os passageiros. Durante a longa viagem, o salão do barco converte-se num animado espaço de troca de informações, particularmente as relacionadas ao itinerário terapêutico. Em outros termos, numa sala de espera fluvial. Nas redes atadas no salão do barco, as pessoas, deitadas ou sentadas, vão conversando. Como os passageiros residem em diferentes comunidades, as informações são socializadas ao longo do trajeto, mesmo entre aqueles não diretamente envolvidos na interlocução.

Os caboclos ribeirinhos consideram alto o custo financeiro do deslocamento até a cidade, bem como a permanência nela, seja apenas para uma consulta seja para exames médicos rotineiros, mesmo que a permanência demore poucos dias. Como dizem recorrentemente, “a estadia é cara”: é preciso pagar a passagem do barco, alimentar-se, deslocar-se de ônibus ou, nos momentos de emergência, de táxi. Quando a pessoa é encaminhada a um especialista, a demora entre uma consulta e outra ela é

obrigada a permanecer por período maior do que o previsto. É comum as pessoas chegarem a Santarém ou Belterra e não obterem consulta para os dias em que nelas planejaram permanecer; algumas vezes, quando a consulta já estava marcada, ela foi remarcada para outro dia sem o seu conhecimento, obrigando-as a ficar fora de casa além do tempo previsto. Durante o período de “estadia” na cidade, caso não estejam internados, os ribeirinhos em busca de cura, hospedam-se na casa de parentes ou permanecem “abrigados” no mesmo barco que os trouxe da comunidade de origem.

O tratamento na cidade é considerado demorado — temporalidade que prolonga o sofrimento. Também o desconhecimento sobre qual doença se “apodera” ou “entra” na pessoa reverbera sobre o organismo. Muitas vezes, o “paciente” entra em desespero porque não é atendido de forma conveniente, “não é bem medicado” ou sequer é atendido, o que o obriga a padecer de uma determinada enfermidade, muitas vezes, por um longo período. Nessa circunstância, quando estão em Santarém, é comum recorrerem a uma das inúmeras farmácias que existem perto do cais para comprar medicamentos, de modo a retornar rapidamente para casa. Quando não adquirem um já conhecido ou indicado por outra pessoa com sintomas semelhantes, relatam seus sintomas ao “farmacêutico” (balconista), para que este indique um.

Na “paragem” do médico e o medo de morrer fora do lugar

Entre os ribeirinhos do baixo Tapajós, consultar com um médico é considerado

como “último recurso”, admitiu um técnico em enfermagem que atua como ACS numa das comunidades por mim pesquisadas. Mesmo os moradores da cidade, quando levam os filhos ao médico ou ao pronto-socorro, já passaram por várias benzedadeiras, como constatou uma das enfermeiras por mim entrevistadas. Em outras palavras (muitas vezes repetidas), “o caboclo só vai ao médico quando não tem jeito mesmo”, explicou uma senhora residente na Prainha do Tapajós durante nossa conversa.

Observo que para os ribeirinhos a categoria “médico” possui uma extensão semântica que engloba os serviços de saúde, instituições e outros profissionais. Para o ribeirinho, o médico é uma figura que metonimicamente representa o sistema biomédico, cuja aparência e postura recorrentemente se transformam ao longo do tempo; inclusive adotando, durante as consultas, atitudes agressivas que amedrontam os pacientes. Mesmo depois de várias consultas, muitas vezes com diferentes médicos, nem sempre o doente ou seus familiares ficam sabendo qual é a enfermidade que o perturba e provoca sofrimento.

Para o doente e para os parentes que o acompanham, a chegada à cidade, antes de ser um momento de alívio, é um momento de preocupação, pois, do cais ele será conduzido a uma unidade de saúde ou ao hospital para internação. Distante de casa, ele sente que ficará, em caso de internação, num lugar desconhecido no qual permanecerá isolado dos seus e aos encargos de estranhos, falando numa linguagem estranha, impondo condutas e restrições sem levar em

consideração o seu “sofrimento”. Sem poder reagir, porque a doença está “avançada”, sente-se impotente, fragilizado. Situação que sugere ou confirma a gravidade da doença. Ele exaspera-se, porque supõem que poderá morrer ou, de fato, é grande a probabilidade de isso acontecer longe do “seu lugar” e dos seus parentes. Representa uma situação adversa ou imprópria ao “bem morrer”, como observa Neves¹⁵ para outro contexto etnográfico.

Recorrentemente os comunitários falaram sobre o temor de morrer longe do lugar onde nasceram e onde residem cônjuge, irmãos, filhos e netos. Observei o medo de ir para o hospital durante as horas em que permaneci na casa de um homem idoso, residente numa das comunidades, enquanto acompanhava a agente comunitária de saúde, que preparava sua remoção, de lancha, até a comunidade de Aramanaí, de onde seria transportado por uma ambulância até o Centro de Saúde de Belterra. Esse velhinho entrou em desespero ao ser informado sobre a necessidade de ser removido – “arrastado” - para o hospital a fim de colocar uma sonda e tratar de uma infecção urinária, identificada no exame clínico realizado por ocasião da passagem da Unidade Móvel de Saúde, o navio Abaré.

Com o objetivo de garantir um atendimento continuado à população ribeirinha dos três rios onde atua, organização não-governamental Projeto Saúde e Alegria encomendou a construção do “barco da saúde”. Nele atua uma equipe médica e odontológica, contratada ou voluntária. Suas principais ações em saúde estão voltadas à “atenção básica como pré-

natal, PCCU, planejamento familiar, hiperdia, imunizações, saúde oral, saúde da criança, atendimentos médicos, pequenas cirurgias, atendimentos ambulatoriais e realizações de exames de rotina”¹⁶. Pretende-se que, até 2010, o Abaré seja incorporado pelo SUS, no âmbito do Programa Saúde na Floresta, como uma Unidade Móvel de Saúde, em convênio com as prefeituras de Santarém, Belterra e Aveiro.

Ele recusava se afastar de casa, porque temia não voltar vivo. Chorando, abraçava sua “*filha de criação*” - é recorrente os avós adotarem os netos -, ainda pequena, dizendo que não queria deixá-la. Por que distanciar-se se o quadro da doença é considerado irreversível? Entre correr o risco de morrer solitário num hospital distante e terminar a vida entre os cuidados dos parentes, esta parece ser a melhor opção. Exemplo disso é a determinação de uma mulher já idosa, então residente em Manaus, que interrompeu o tratamento médico nessa cidade e retornou para Prainha do Tapajós, “*lugar onde nasceu*”, a fim de morrer entre seus parentes. Esta decisão suscita, entre os profissionais de saúde, uma atitude preconceituosa, pois a consideram como sinal da ignorância do caboclo ribeirinho que acredita em “*tabus*” ou pauta suas decisões seguindo valores conflitantes com a orientação biomédica.

Durante a pesquisa de campo ouvi vários relatos de interrupção da internação, quando isso era possível, para busca de práticas terapêuticas tradicionais com especialistas residentes em Santarém ou em outras cidades localizadas às margens do rio Amazonas. Exemplo etnográfico ilustrativo dessa decisão é o itinerário terapêutico de

uma mulher de aproximadamente sessenta anos, residente numa das comunidades por mim pesquisadas, Prainha, até o seu falecimento. Além do que presenciei, posteriormente busquei outras informações sobre seu itinerário, inclusive com a médica que a atendeu no Centro de Saúde de Belterra, de onde foi encaminhada para o pronto-socorro de Santarém.

Em maio de 2007, logo que cheguei nessa cidade, fui informado da sua internação. Dias depois encontrei, no cais, moradores da comunidade que me contaram, consternados, sobre o seu falecimento durante aquela madrugada, pois a maioria das pessoas das comunidades vizinhas a sua que estavam em Santarém passaram a noite no hospital. O agravamento da sua doença deve ter ocorrido entre dezembro de 2006, quando estive na Prainha do Tapajós, e abril de 2007, quando retornei, pois até então, foram poucas as referências feitas a ela. Embora eu tivesse permanecido nessa comunidade por quase dois meses no ano anterior, a primeira vez que a vi foi quando estava sendo velada na comunidade da Prainha.

De acordo com os relatos, ela vinha sentindo fortes dores abdominais havia muito tempo. Buscou tratamento com curadores e, em algumas ocasiões, procurou pelos médicos, mas interrompia o tratamento quando as dores “*amenizavam*”. Quando se tornavam insuportáveis, ela voltava a procurar “*recurso na medicina*”. Um dia, voltou “*desenganada*” pelos médicos, porque a “*doença embrabecida já estava muito alcançada*”, como explicou sua comadre, uma parteira. Após esse

diagnóstico, ela procurou tratamento com diferentes especialistas de cura, inclusive, segundo alguns, com um curador de Óbidos, cidade situada na margem esquerda do rio Amazonas — essa é uma informação controversa, uma vez que membros de sua família, congregados da Igreja da Paz, negam que ela, também congregada, tenha procurado uma alternativa terapêutica condenada por essa confissão religiosa. A Igreja da Paz, ou Missão Paz (Missão Projeto Amazônia), de confissão evangélica de origem norte-americana desenvolve ações em saúde e missionárias. Na área da saúde sua atuação envolve procedimentos biomédicos e ministrações de cura por seus pastores que condenam veementemente as práticas de cura realizadas pelos especialistas tradicionais, sobretudo daqueles que “*invocam*” os seus espíritos guias ou os “*donos*” para diagnóstico e tratamento.

Mesmo assim, em nenhum momento as pessoas a condenaram por procurar outros “*recursos*”, apenas chamaram a atenção para a sua demora em tomar “*providência*” — procurou pelo médico somente quando a doença já estava “*alcançada*”, quando “*não tinha mais jeito*”. Devido a sua idade e os princípios culturais, procurou se valer dos “*recursos*” terapêuticos que lhe eram familiares e nos quais depositava confiança.

Para evitarem críticas dos “*médicos*”, na maioria das vezes autoritárias e grosseiras, em geral os doentes e seus parentes evitam informar aos profissionais de saúde, durante a consulta, ter anteriormente ou simultaneamente buscado tratamento com especialistas de cura. Sabem por experiência ou por informação de pessoas conhecidas

que vivenciaram situação semelhante, que os profissionais de saúde condenam os procedimentos de cura realizados conforme o “*sistema tradicional*”, como se referem ao modelo terapêutico local. A atitude dos profissionais de saúde para com os pacientes é comentada durante as viagens de barco. E não são poucas as reclamações.

No Centro de Saúde de Belterra, diagnosticamos seu problema: câncer. Como essa unidade não dispunha de condições para realizar o tratamento, ela foi encaminhada a Santarém, onde há melhor infra-estrutura médico-hospitalar em serviços de saúde de alta complexidade. Nessa cidade, segundo informes, os médicos, considerando seu quadro clínico extremamente grave, decidiram encaminhá-la para Belém. Mas ela recusou terminantemente, vindo falecer no hospital onde estava internada.

De uma maneira geral, entre as mulheres, a internação preocupa pelo fato de não poderem manter o cuidado com os filhos, especialmente quando são pequenos, com a casa, com o quintal e com a roça. Para elas os profissionais de saúde são agressivos, invasivos, inconvenientes e desrespeitosos. O temor é maior entre as parturientes, já que o médico “*briga, porque a mulher não fica deitada durante o parto*” — isso porque as mulheres, sobretudo as mais velhas, consideram o parto de cócoras mais confortável. Além desse motivo, as parturientes preferem fazer o parto na própria comunidade, com a parteira que a acompanha e que “*não briga*”. Em casa, sentem-se mais seguras; ouvem os filhos, recebem atenção da mãe, da parteira, das irmãs ou das filhas mais velhas. Em casa elas

mantêm contato com a vida doméstica e familiar; no hospital, não.

Lembro que o comportamento dos profissionais de saúde não corresponde àqueles valorizados no contexto da sociabilidade desses ribeirinhos. Algumas explicações associadas entre si, recorrentes e generalizadas para evitar procurar os serviços médicos, serão resumidas a seguir. O médico representa um “sistema” distinto do “sistema caboclo”, e desloca “as sensações corporais do campo discursivo no qual elas foram formuladas para outro campo interpretativo”¹⁷. A própria consulta com o médico, figura que por si só amedronta, sinaliza a gravidade da doença, mesmo sendo um exame preventivo de rotina. Ele fala numa linguagem estranha sobre doenças estranhas, além de adotar atitude autoritária com os pacientes oriundos do interior, sendo, muitas vezes, grosseiro e até violento no trato, como revelou uma técnica em enfermagem. Grosseria é uma atitude condenável entre os ribeirinhos, em qualquer circunstância.

CONCLUSÕES

No contexto etnográfico das comunidades ribeirinhas do Tapajós, a internação prescrita pelo médico é apreendida como diagnóstico indicativo da gravidade da doença, especialmente se a obtenção do tratamento exigir o deslocamento para cidades cada vez mais distantes da própria comunidade. Primeiro para as mais próximas, Santarém ou Belterra, e, dependendo da gravidade da doença, para Belém ou Manaus. Para o deslocamento (fluvial, terrestre e/ou aéreo)

e permanência no hospital são mobilizados esforços, recursos e cuidados entre a rede de parentes, na comunidade e nas cidades. A própria viagem é, paradoxalmente, parte do itinerário terapêutico e do agravamento da doença. O ambiente hospitalar é apreendido comparativamente ao ambiente doméstico e comunitário, e os serviços dos profissionais de saúde em relação aos cuidados dispensados pelos especialistas locais de cura.

Foquei pouco na descrição do ambiente hospitalar propriamente, porque os próprios caboclos ribeirinhos, ao falar do hospital, fizeram mais referências ao roteiro do sinuoso itinerário terapêutico percorrido, salientando terem buscado simultaneamente a outros agentes, lugares, ambientes, procedimentos e momentos da trajetória do doente e de seus parentes em busca da cura, do que propriamente ao espaço. Isto evidencia que, para o caboclo ribeirinho do Tapajós, não há distinção entre as diferentes situações, lugares e agentes que compõem o itinerário terapêutico, bem como em outras instâncias de suas vidas e com outros elementos da configuração global da sua cosmologia.

Entretanto, verifica-se que, a partir das narrativas das experiências, se podem estabelecer alguns elementos significativos que orientam a percepção do internamento hospitalar *per se*: angústia e sofrimento provocado pela prescrição de medicamentos caros e conhecidos por serem indicados para doenças “ruins” ou de exames clínicos (tomografia, Raio X) e internação, a falta de complementaridade de modelos terapêuticos na busca da cura,

custo oneroso da permanência na cidade, importância da presença e participação dos parentes nos cuidados e o temor em morrer fora do seu “lugar”.

Deslocar-se para buscar tratamento em lugares cada vez mais distantes, por recomendação médica, parece ser sinal da gravidade da doença e a confirmação de que a pessoa está “desenganada pelos médicos”. Assim, a indicação, pelo médico, da necessidade de internação em um hospital da cidade, quando se trata de “doença de médico” ou de uma “doença ruim descoberta pelo curador”, integra o diagnóstico. Dependendo do modo como o médico prescreve essa viagem, ela pode agravar o estado de ânimo do paciente e aumentar ou prolongar seu sofrimento. Diante dessa prescrição, a pessoa, em conformidade com sua família, opta por aderir ou não ao tratamento e, mais particularmente, à internação. Especialmente se a gravidade da doença for considerada irreversível, podendo implicar em falecimento. Este temor interfere nas decisões sobre a adesão de procedimentos relacionados à internação.

Os relatos dos caboclos ribeirinhos indicam que o hospital é representado como lugar da morte e sugerem uma atitude de recusa em aceitar o hospital como um lugar idealizado pela biomedicina para reclusão dos moribundos^{14, 18}. No hospital morre-se só, entre estranhos que não respeitam o “sistema tradicional”, sem a presença atenciosa dos parentes e sem os ritos preparatórios para a “viagem” que a pessoa “desenganada” fará. Na iminência da morte, o doente deseja ser velado pelos seus, que, reunidos para render-lhe homenagens,

fortalecem as relações sociais, os valores, as regras e os costumes¹⁹. Neste sentido, o hospital é comparado em oposição ao ambiente doméstico. Este sim considerado como lugar socialmente apropriado para terminar os dias entre parentes e vizinhos. Assim, é conveniente evitar ser “arrastado”, e “entrar” nessa “paragem”, cujos “donos” - os “médicos” - têm pleno domínio e com os quais não se pode fazer “acordo” como se faz com os “encantados” ou os “encantes” a fim de obter alguma vantagem na exploração dos recursos naturais.

As representações sobre o hospital e a internação hospitalar são socialmente elaboradas a partir do medo em morrer longe dos cuidados proporcionados pelo aconchego doméstico; da comparação com o ambiente doméstico, comunitário e encantado, e os serviços dos profissionais de saúde em relação aos cuidados dispensados pelos especialistas locais de cura.

Os dados etnográficos por mim analisados revelam ser a percepção, do hospital e da internação hospitalar, orientadas pelas categorias presentes no pensamento do caboclo ribeirinho. Isto é, os ribeirinhos apreendem os eventos a partir de esquemas culturais preexistentes, colocando-os num campo semântico que lhes permite compreender e agir segundo o que lhes é familiar^{20 21} e adequando-os aos seus próprios projetos²². Tais esquemas culturais precisam ser considerados e respeitados pelos profissionais de saúde, de modo a aprimorar o acolhimento e tornar os cuidados mais efetivos, sobretudo se se pretende prestar uma atenção em saúde diferenciada para a população ribeirinha

desta região da Amazônia.

REFERÊNCIAS

1. Este artigo é uma versão revista e modificada da comunicação originalmente apresentada no II Encontro Internacional de Ciências Sociais - GT 8: Hospitais e instituições de saúde: um espaço inspirador para as Ciências Sociais - realizado entre os dias 8 e 11 de junho de 2010 na Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul

2 Langdon, E. J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: Jeolás, L. S; Oliveira, M. Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença. Londrina: PNUD/CIPSI. 2003. p. 91 - 107.

3 Wawzyniak J V. Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará – Brasil. [Tese]São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2008. Doutorado em Ciências Sociais.

4 Amorim A T S. A dominação norte americana no Tapajós: a Companhia Ford Industrial do Brasil. Santarém: Tiagão, 1995.

5 Da Matta R. Conta de mentiroso: sete ensaios de antropologia brasileira. Rio de Janeiro: Rocco. 1993. Em torno da representação de natureza no Brasil: pensamentos, fantasias e divagações. p. 91-123.

6 Descola P. Societies of nature and the nature of society. In: Kuper, A. (Ed.). Conceptualizing society. Londres: Routledge. 1992. p. 107-126

7 Viveiros de Castro E. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. Mana. 1996; 2 (2): 115-144,

8 Fausto C. Donos de mais: maestria e domínio na Amazônia. Mana. 2008;14 (2): 329-366.

9 Loyola M A B. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel. 1984.

10 Gallois D. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? Buchillet, D. (Org.) Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: MPEG - CEJUP - UEPA. 1991. p. 175 -205.

11Cardoso M D. Da pluralidade terapêutica à lógica da diferença – o contexto alto-xinguano do Brasil Central. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA DEL MERCOSUR: IDENTIDAD, FRAGMENTACIÓN Y DIVERSIDAD, 6. Montevideo. mimeo. 2005.

12 Wawzyniak J V. Agentes Comunitários de Saúde: transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil. Revista Campos de Antropologia Social. 2009; 10 (2): 59 -81.

13 Follér M L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais da saúde. In: Langdon, E J.; Garnelo, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA. 2004. p. 129-147.

14 Langdon E J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: Langdon, E. J.; Garnelo, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA. 2004. p. 33 - 51.

15 Neves E M. Alegorias sobre a morte: a solidariedade familiar na decisão do lugar de “bem morrer”. Caderno Pós Ciências Sociais – UFMA. 2004;

Disponível em: <<http://saudenafloresta.blogspot.com/2006/08/sade-que-chega-de-barco.html>>

17 Cardoso M D. Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade. São Paulo: Ed. UFSCAR. 1999.

18 Ariés P. Sobre a história da morte no Ocidente: desde a idade média. Lisboa, Editorial Teorema, 1989.

19 Hertz R. Sulla rappresentazione colletiva della morte. Roma: Savelli. 1978.

20 Sahlins M. Ilhas de história. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

21 Sahlins M. Metáforas históricas e realidades míticas. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

22 Ortner, S. Poder e projetos: reflexões sobre a agência. In: Grossi, M. P.; Eckert, C.; Fry, P. Conferências e diálogos: saberes e práticas antropológicas. Blumenau: Nova Letra; 2007.

Artigo apresentado em 30/01/2011

Aprovado em 15/02/2011