

Casos de “roubo de sombra” em fronteiras interétnicas: sofrimento mental no Baixo Amazonas/AM, Amazônia Central

Renan Albuquerque

*Doutor em Sociedade e Cultura na Amazônia pela
Universidade Federal do Amazonas
E-mail: renanalbuquerque@hotmail.com*

Ricardo Alexino Ferreira

*Doutor em Ciências da Comunicação pela Universidade
de São Paulo. Professor associado (livre-docente) da
Escola de Comunicações e Artes da USP
E-mail: alexino@usp.br*

Júlio Cesar Schweickardt

*Doutor em História das Ciências pela Fundação
Oswaldo Cruz
E-mail: juliocesar@amazonia.fiocruz.br*

Maria Audirene Cordeiro

*Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em
Antropologia Social da Universidade Federal do Amazonas*

Experiências de sofrimento mental tendem a ser narradas por povos étnicos e tradicionais da Amazônia na medida em que ocorrem ressignificações socioculturais. Em considerável similaridade sintomática, populações que vivem em áreas de fronteira interétnica apresentam transtornos segundo variáveis relacionadas à vida em cidades. Esses transtornos são propensos a serem somatizados, e sua narrativa particularizada essencialmente, gerando consequências físicas conforme o tipo de doença. Grupos indígenas do Baixo Rio Amazonas entendem que parcela dos estados de sofrimento mental são explicados como “roubo de sombra”. Os sintomas identificados são de alterações no humor, ansiedade e/ou depressão. O estudo buscou descrever, por entrevistas com indígenas e profissionais, o fenômeno de roubo de sombra e problematizar modelos de tratamento para o contexto sociocultural local.

Palavras-chave: Saúde mental, populações tradicionais, Amazônia.

“Theft of shadow” cases on interethnic boundaries: mental distress in Low Amazonas/ AM, Central Amazon

Mental distress experiences are reported by ethnic and traditional peoples on Amazonia to the extent that violent sociocultural significations occur. In considerable symptomatic similarity, people living in interethnic boundaries areas have disorders according to variables related to migratory transits between villages and cities and vice versa. These disorders are likely to be somatized and your speech verbalized, generating physical consequences with variations depending on the type of disease. Indigenous groups in the Lower Amazon River region understand that portion of mental suffering states are explained as “theft of shadow”, when a person has stolen his shadow. The symptoms identified are changes in mood, anxiety and / or depression. The study sought to describe, through interviews with indigenous and professionals, shadow theft phenomenon and discuss the treatment models to the local socio-cultural context.

Keywords: Mental distress; Theft of shadow; Tradicional peoples; Amazonic boundaries; Amazonia.

Los casos de “robo de sombra” en las fronteras interétnicas: sufrimiento mental en el bajo Amazonas / AM, Amazonia Central

Experiencias de sufrimiento mental suelen ser narradas por los pueblos étnicos y tradicionales de la Amazonia a medida que ocurren reinterpretaciones socioculturales. En considerable similitud sintomática, las personas que viven en las zonas fronterizas interétnicas tienen trastornos de acuerdo a las variables relacionadas con la vida en las ciudades. Estos trastornos son susceptibles de ser somatizados y su narrativa particularizada esencialmente, generando consecuencias físicas, dependiendo del tipo de enfermedad. Grupos indígenas del Bajo Río Amazonas entienden que partes de los estados de sufrimiento mental son explicados como “robo de sombra”. Los síntomas identificados son cambios en el estado de ánimo, ansiedad y / o depresión. El estudio trata de describir, a través de entrevistas con los indígenas y profesionales, el fenómeno de robo de sombra y problematizar los modelos de tratamiento para el contexto sociocultural local.

Palabras clave: Salud mental; Poblaciones tradicionales; Amazonas.

Problema e percurso metodológico

A convivência em cidades na Amazônia tem trazido consequências para a vida social de povos indígenas. Dinâmicas geradoras de estresses estão sendo impulsionadas a partir de contingências diárias. O efeito é observado na medida em que o cotidiano dos tradicionais é mediado muito mais por relações transitórias, as quais são projetadas pela funcionalidade de ambientes urbanos, que por identidades construídas historicamente (Garnelo e Wright, 2001).

A complexidade de ações concretizadas em urbes, em geral, é pautada por amplos pragmatismos, o que marca diferenciação em comparação a cotidianos de povos tradicionais amazônicos. Em cidades, são menos consideradas imaterialidades e constituições cosmológicas, de parentesco, compadrio e consanguinidade. Em comunidades tradicionais, essas concepções possuem mais aceitação.

Partindo do exposto, assumiu-se que existem diferenciações entre ajuizamentos referentes a saberes e fazeres em comunidades tradicionais e saberes e fazeres em cidades (Carneiro da Cunha, 1992). O afirmado leva a crer que diferentes entendimentos e valores podem ser atribuídos a modos de vida similares em cidades e em comunidades tradicionais amazônicas.

Tomando o referenciado, situou-se questão específica, a do tratamento de doenças que causam transtornos mentais. A questão é apresentada porque, assim como tradicionais têm entendimento próprio sobre o tratamento de distúrbios mentais, também sociedades urbanas, com forte apoio da biomedicina, possuem visão particular acerca do tema. Daí problematizou-se o exposto visando explorar entendimentos relacionados a tratamentos de doenças mentais e como essas diferenciações se apresentam.

Como hipótese, foi sustentado que, em cidades, tratamentos com base em fármacos são mais aceitos e instrumentalizados do que em comunidades tradicionais. Um dos fatores que apoiam o descrito é o fato de não haver, necessariamente, práticas simbólicas envolvidas no tratamento via remédios sintéticos, o que facilita à farmacologia oferecer maior disponibilidade à população.

Diferente do que ocorre fora de ambientes citadinos, onde mística e enlevo são engendrados em tratamentos segundo contextos tradicionais, viabilizando histórias de vida e ancestralidade (Vilaça, 2000), observam-se aceitações e instrumentalizações implicadas a partir de prática de curandeiros legitimados pela comunidade.

São, evidentemente, tratamentos diacrônicos na Amazônia que se definem por seus valores segundo as pessoas que deles se servem e os ambientes onde são ministrados. Em cidades do bioma, é muito maior a quantidade de remédios sintéticos que ativam estados psíquicos em razão de tratamento dentro de uma lógica medicamentosa; em comunidades tradicionais, os remédios

são as próprias sessões xamanísticas que, em si mesmas, são explicitamente terapêuticas e simbolicamente autoinduzidas.

Em ambientes tradicionais, tratamentos que otimizam estados mentais de pessoas acometidas por transtornos psíquicos têm relação com natureza e cultura, em termos gerais. Ou seja, remédios e terapias advêm do meio ambiente e de práticas ancestrais, respectivamente.

Em ambientes citadinos, o tratamento para estados de transtorno mental é perpassado por sistemática hospitalar, medicamentosa, em que remédios e terapias prescritos são receitados mediante classificações de manuais biomédicos, situando-se em segundo plano considerações subjetivas acerca da doença (Guimarães e Grubits, 2007).

Partindo do contextualizado, questionou-se: em que medida é possível perceber diferenciações de tratamentos para sofrimentos mentais entre pessoas que residem em regiões de fronteira e estão em constante situação migracional? Para delimitar a questão, optou-se pela escolha de um tipo de transtorno mental conhecido na biomedicina por *major depression* e como “roubo de sombra” popularmente na região.

O campo de estudo foi direcionado a uma mesorregião da Amazônia, o Baixo Amazonas (fronteira Amazonas-Pará). Foram utilizadas informações da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), via Casas de Saúde Indígena (Casai), que acumula registros de indígenas em situação de risco na Amazônia, e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) (Brasil, 2013).

Listou-se o quantitativo de diagnósticos que referenciam graus de distúrbio mental e buscam servir de documentação para intervenções socioambientais, educativas, culturais ou medicamentosas em comunidades tradicionais e também fora delas, em ambientes citadinos de médias e pequenas sedes municipais de mesorregiões em pelo menos uma das mesorregiões abordadas, o Baixo Amazonas/AM. Definições de Sesai, Casai, Funai e DataSUS foram utilizadas para o trabalho.

Dados do Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) auxiliaram em constatações acerca do aumento do número de tratamentos sintéticos para sofrimentos mentais em territórios fronteiriços na Amazônia, ressaltando-se o fato de que o relatado não contempla farmácias de manipulação e dispensários e congêneres do SUS, impossibilitando projeções totalizantes para a amplitude do problema (BRASIL, 2011).

Relatos orais, emergidos a partir de coletas finalizadas ou em andamento, compuseram suporte a inferências apontadas. Pretendeu-se que os resultados descritos tenham relevância para a fronteira interétnica situada no Baixo Amazonas (a leste da capital Manaus).

Sofrimento mental, segundo medicina e antropologia

Para compreender processos de doença e saúde na visão médica, com apoio de entendimentos relacionados à etnologia (segmento da antropologia que estuda povos indígenas) e psiquiatria, foram tomados como marco teórico estudos em áreas de saúde mental (Rutter e Srouff, 2000; Cicchetti e Cohen, 2006; Souza e cols., 2007) e em indianidade (Pérez-Gil, 2001; Krippner, 2007; Cesarino, 2008).

Na literatura médica dos segmentos psi, entende-se sofrimento mental como patologia geradora de algum grau de comportamento autoinfringente, inscrita no capítulo 5 da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), ou com descrição abordada pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (versões de I a V).

A especialidade assume que pessoas em estado de sofrimento apresentam algum episódio de transtorno de personalidade, afetivo, alimentar, orgânico, esquizofrênico, sintomático, comportamental por adição de psicotrópicos, esquizotípico, de humor, delirante, somatoforme, relacionado com estresse, neurótico ou qualquer síndrome psíquica associada a problemas fisiológicos e de desgaste físico.

Trabalhos etnológicos voltados a investigações sobre estados de bem-estar e qualidade de vida em função de sentidos socioculturais na Amazônia, por sua vez, situam boa parte dos vieses que postulam em temáticas categorizadas em corporeidade (Piscitelli e cols., 2011), espiritualidade e cosmologia (Zordan, 2005), parentesco e interculturalidade (Viveiros de Castro, 1993).

Por meio do delimitado, a perspectiva de estudo antropológico teve como proposta sublinhar reflexões sobre a constituição da pessoa em função de ambientes onde são exercidas práticas coletivas e moldados imaginários. Essas são orientadas a partir de projeções a respeito da Amazônia, que variam conforme se pensam territorialidades e simbologias, em diferentes vertentes e angulações.

Sobre a questão territorial, em pequenas e médias cidades de regiões fronteiriças amazônicas, fenômenos aderentes à estruturação de atitudes coletivas ante a relação doença-saúde têm sido fonte de estudos (Langdon, 2004, 2005). No tocante à simbologia, pesquisas atuais tendem a situar até que ponto o saber tradicional pode dialogar com o científico no âmbito de interpretações míticas e sígnicas sobre males psicofísicos (Langdon e Garnelo, 2004).

Sofrimento mental, segundo saberes locais

Saberes locais são conhecimentos populares de alto valor, partilhados por grupos sociais e acessados via relato de pessoas que, por observação sistemática repassada entre gerações pela oralidade, desenvolveram práticas e habilidades relacionadas aos locais onde se situam (Mendonça e cols., 2007; Fraxe e cols., 2007). São saberes que impulsionam modos de vida por sabedoria compartilhada.

da. Tais são eficientes em estabelecer comunicação com a realidade mediante narrativas coletivas e em função de interpretações mediadas por experimentação da realidade.

Especificamente no caso da sabedoria popular acerca de “roubo de sombra”, entende-se que se trata de mal psicofísico somatizado a partir de feitiço dirigido por “bichos do fundo”¹ a pessoas que se encontram suscetíveis de serem cooptadas. Considerou-se a expressão de acordo com seu uso por comunidades tradicionais que vivem na região do Baixo Amazonas e se referem a estados de sofrimento mental a partir de seu imaginário, traduzindo a referência segundo linguagem com suporte em saberes locais. O “roubo de sombra” é, portanto, um tipo de sofrimento mental (Galvão, 1995).

Pode-se crer que as comunidades tradicionais estudadas entendem “roubo de sombra”, a seu termo, como algo similar àquilo que Jung (1976) costumava descrever como mal psíquico sujeito a modificações e que, se reprimido e isolado da consciência, seria de difícil correção e irromperia em momentos de inconsciência. “Todo mundo carrega uma sombra, e quanto menos ela está incorporada na vida consciente do indivíduo, mais negra e densa ela é” (Id., op. cit., p. 250).

Bichos do fundo são seres encantados que moram em rios amazônicos (Maués, 1994; Maués e VillaCorta, 1995). Quando eles se “agradam” de uma pessoa, vão buscar a sombra dela para morar “na casa deles”. Episódios de “roubo de sombra” em geral acontecem quando crianças ou mulheres adultas (homens são menos suscetíveis ao transtorno, conforme sabedoria popular) passeiam por margens fluviais ou se banham em águas de paranás, furos, rios e igarapés do bioma.

O “roubo” se dá principalmente quando a pessoa está sozinha nos locais. No momento em que o “bicho do fundo” – boto, cobra-grande, sereia, iara e grandes bagres do tipo piraíba, pirarara e piramutaba – olha para a criança ou o adulto, acontece o “agrado”. O termo é usado para nominar o desejo incontrolável que o encantado sente de tomar para si a pessoa, como um títere, tirando-lhe livre arbítrio e vontade autônoma.

A partir do momento em que é lançado o agrado e ele atinge a pessoa, a sombra é roubada. A pessoa acometida passa a sentir cansaço profundo, sono e largo “esmorecimento”. Na variedade linguística registrada no Baixo Amazonas, o termo deriva do verbo esmorecer, usado para classificar tristeza profunda que acomete pessoas, impedindo-as de realizar atividades cotidianas e, às vezes, causando concreta perda de interesse pela vida.

O mal, notadamente aproximado ao que a biomedicina classifica de síndrome depressiva maior, pode ser entendido na gênese de saberes tradicionais como do tipo *illness* – que se refere ao que “é construído culturalmente [socioculturalmente]” (Langdon, 1995, p. 10) e “diz respeito à vivência individual da doença, à

1. Os “bichos do fundo”, ou “encantados”, são criaturas que, na mítica amazônica, vivem nos rios, possuem características físicas de grandes peixes lisos e que têm o poder de enfeitiçar pessoas.

percepção de uma perturbação pelo sujeito, à experiência de algo anormal (dor, sofrimento, mal-estar, perturbação)” (Giglio-Jacquemont, 2005, p. 15).

Em estados de esmorecimento causados por roubo de sombra “a percepção dos sinais fisiológicos do corpo, sua experiência individual e social encerra dimensão subjetiva que pode ou não se articular com a dimensão biológica proposta pela categorização biomédica” (Scopel, 2007, p. 28). Sendo compreensível o esmorecimento a partir da ideia de *illness*, como doença implicada em vivências comuns, a tendência é intuir que esse sistema de percepção se dê com propriedade na região estudada.

Sofrimento mental e tratamentos sintéticos

Sofrimento mental se caracteriza como distúrbio que fraudava a ordem estrutural e funcional da pessoa acometida. O nível de afetação vai de graus leves ou moderados até graves ou gravíssimos. Além de desarranjo perceptivo sobre as coisas, os outros e sobre si mesmo, adicionam-se estados de mal-estar impulsionadores de desagregações corporais e psíquicas crônicas (American Psychiatric Association, 1994).

A população estimada do Brasil, no início do ano de 2015, era de pouco mais de 202 milhões de habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desse total, até igual data, perto de 23 milhões de pessoas tinham sido diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental (11,5%), sendo ao menos 18 milhões de brasileiros afetados portadores de transtornos de baixa ou moderada tensão – como é o caso do “roubo de sombra”.

Apesar do quantitativo, o mais recente atlas mundial epidemiológico para distúrbios mentais não justifica como variável interveniente para diagnósticos de sofrimento mental a sociocultura coletiva e os construtos locais, sobretudo referente a transtornos de comportamento e dissociativos entre povos tradicionais e étnicos, como se dá no caso amazônico (Kessler e Ustun, 2011).

Esses males, que em geral iniciam com quadros tênues de transtorno de humor ou depressão e podem evoluir até estados psicofísicos complexos, recebem denominações não científicas a partir de saberes tradicionais popularizados e incitam interpretações controversas pela medicina científica. Assim como denominações, tratamentos realizados em comunidades tradicionais não raro conflitam com a farmacêutica operada no contexto da busca sintética por tratamento de doenças mentais.

Na sociedade urbana das cidades pequenas e médias amazônicas, onde o trânsito de pessoas é consistente e intermitente, e aí se incluem mesorregiões do Baixo Amazonas, Baixo Madeira e Alto Solimões, além de terras indígenas (TIs) do entorno dessas localidades, o uso de lítio-300, incluindo-se litioterapia

administrada e uso de benzodiazepínicos (BZDs), todos com princípios ativos que induzem a estados de ausência – como o genérico Clonazepam –, tem sido usual a acometidos por doenças mentais do porte referido.

A perspectiva de tratar por litioterapia ou via BZDs, proveniente da racionalidade biomédica, insuficientemente tem conseguido se traduzir em remediação medicamentosa positiva nas mesorregiões amazônicas descritas. É problemática a compreensão sobre o sentido desse tipo de tratamento por parte de pessoas de comunidades tradicionais amazônicas que estejam ou não em situação migracional em cidades do bioma (Rodrigues, 2014).

Medicamentos sintéticos podem forçar condições de dependência que interferem o modo como o sofrimento mental é observado em situações cotidianas, produzindo estereótipo da maneira como o paciente é visto em seu ciclo de amizades e convívio (Mangini Jr. e Caponi, 2014).

É fato, porém, que a persistência do tratamento medicamentoso entre tradicionais tem sido fundamentada no incentivo a consultas espirituais com xamãs e curandeiros populares em geral. Para além disso, a consulta à pessoa líder xamânica ou curandeira é um reconhecimento, afinal, ao direito de posse ou propriedade dos nativos sobre seus corpos e mentes e sobre sua identidade simbólica.

A aplicação da litioterapia e o incentivo a dosagens administradas de benzodiazepínicos em territórios de fronteira, concomitante a atividades xamânicas e espiritualidades, tende a ser a aquiescência de uma igualdade sociopolítica e cultural, que para os amazônidas é uma igualdade cosmopolítica também, a qual envolve domínio e proteção a conhecimentos tradicionais (IB., op. cit.).

Tratamento tradicional

“Roubo da sombra”, uma doença *illness*, é mal formado por processos socioculturais cuja fatalidade reside na confirmação de crenças e valores construídos no cotidiano. No agir e pensar, pessoas atualizam concepções e visões de mundo, cotejando “caráter ontológico às suas experiências e testando-o na realidade concreta, via perspectivas empíricas, verificando a eficácia do tratamento, corrigindo rumos ou adotando novos procedimentos” (Scopel, 2007, p. 28).

Sintomas de “roubo de sombra” são percebidos não só pela pessoa, mas pela família, por entes afetivos e colegas próximos a adoentados. Dentro da perspectiva dos locais do Baixo Amazonas, o processo de busca de tratamento e cura, tendo em vista retorno ao estado de equilíbrio corporal e mental do(a) afetado(a), passa primeiramente pelo reconhecimento do problema a partir do(a) próprio(a) acometido(a).

O segundo passo do tratamento é consultar um curandeiro. O mais indicado é reconhecido como “sacaca”. Sacaca é uma pessoa com espiritualidade

especial, que nasceu com dom de curar doenças e que, para isso, recebe ajuda dos encantados dos rios. O termo é usado com recorrência justamente pelos moradores do Baixo Amazonas.

Sacacas são pessoas conhecidas na Amazônia por serem curadoras poderosas, dotadas de sensibilidade e percepção extraterrena. Há diferentes níveis de poderes de cura que podem ser acessados pelos sacacas, o que faz do vocábulo um termo com sentido variante a partir de uma mesma denominação.

Uma variação do termo sacaca é usada para se referir à pessoa curandeira de nascença, tendo recebido o dom ainda criança; outra variação faz referência à pessoa que ainda no ventre da mãe chorou e por isso seria curandeira legítima; uma terceira variação se refere à pessoa dotada de poder de cura originado de encarnação por espírito de índio ou de encantado, que baixa na pessoa e, assim, a consagra para ajudar necessitados, ou seja, aqueles que tiveram a sombra roubada.

O pedido de ajuda a sacacas para tratamento de “roubo de sombra” é prática corriqueira na região. O município de Parintins, na extrema com o Pará, Baixo Amazonas/AM, dispõe de dois hospitais públicos e 12 postos de saúde, mas a maioria da população, quando acometida por “roubo de sombra”, recorre a um dos 253 especialistas em práticas de cura que atendem somente na zona urbana da cidade, entre eles erveiros, rezadeiras, raizeiros, benzedeiros, puxadores de desmentidura e sacacas (Cordeiro, 2014).

Sacacas são médicos nativos, preferenciais da população quando a doença é identificada como “roubo de sombra”. São os mais fortes (mentalmente) curandeiros que trabalham para diagnosticar e tratar esse tipo de acometimento, porque sabem como é possível combater e reprimir o estado de cansaço extremo, tristeza, desânimo e falta de vontade de viver gerado por consequência da sombra roubada pelos encantados do fundo dos rios.

A terapêutica adotada por sacacas para tratar de sintomas de “roubo de sombra” reside na interpretação da cosmologia que caracteriza territorialidade e simbologia de tradicionais amazônidas. Esses curandeiros reconhecem que populações tradicionais amazônicas vivem em zonas onde natureza e cultura confluem e nelas se podem remediar quebrantos lançados a partir de contrafeitiços (Da Matta, 1993).

Essas zonas de confluência são territórios biodiversos de domínio comum, onde se constroem saberes sobre corpo e alma mediante ações espirituais de autoconhecimento. As ações qualificam um sacaca para tratar de “roubo de sombra” a partir de práticas que os orientam moral e existencialmente (Arhem, 1996). A floresta (natureza) e as linguagens (cultura), por exemplo, são zonas de confluência primordial, constituídas de múltiplos significados para os sacacas.

A floresta abriga diferentes potências que afetam condições de reprodução da natureza e das pessoas. As linguagens são como veias que carregam

nutrientes para essas moradas, incutido-as de significados. Sacacas, detendo saberes sobre o exposto, manejam dons de curandeirismo de modo a sustar o mal gerador do “roubo de sombra”. Operam ação contra os encantados no plano da natureza, ou seja, na própria casa onde residem os encantados, via linguagens de alta significância.

A partir do enfrentamento, a eficácia contra “roubo de sombra” é assumida pelo próprio encantado que lançou o feitiço. A entidade se personaliza no sacaca e estabelece relação de orientação mental. Ao comandar o curandeiro, orienta-o para retirar o estado de sofrimento (Fausto, 2008). E se, em determinadas circunstâncias, os encantados provocam “roubo de sombra”, em outras são invocados para auxiliar na indicação de procedimentos terapêuticos.

Um dos contrafeitiços operados pelos encantados a partir dos sacacas é o ordenamento a uma ave limpadora de carniça, normalmente o urubu camiranga, também conhecido como urubu de bico vermelho ou urubu limpador. O curandeiro ordena-lhe que encontre a sombra do doente a partir de sobrevoo em área florestal com auxílio de seu olfato aguçado. A ave recebe a missão de trazer de volta o bem-estar, livrando o acometido do sofrimento.

A comunicação com o animal é subjetiva, metafísica, a partir do envio de chamamentos e mensagens psíquicas, de ordenamentos por inventividade, sendo que a obediência do urubu a comandos se dá pela origem mnemônica do sacaca, que é ultraperceptiva. Por ser pajé de ventre, possui capacidade autônoma de comunicação com animais e originalmente a ave, por desígnios não humanos, responde ao chamado.

A partir da evocação, a cura é proposta, mas pode ou não ser alcançada. Se o “roubo de sombra” tiver ocorrido por causa de transgressão a regras de modos de vida, incluindo territorialidades e simbologias, o doente não deixa totalmente sua condição, mantendo-se em estado de sofrimento mental leve. Sobre as regras, elas são associadas a normas ancestrais de conduta moral. São definidas também segundo cosmologia e parentesco (Wawzyniak, 2012).

Quando o esmorecimento se dá não por transgressão de regras, mas pelo deslumbramento que a pessoa provocou no encantado do fundo do rio, a negociação da cura tende a ser profícua, e as possibilidades de se livrar totalmente do mal são objetivas. Este, porém, é outro tipo de tratamento tradicional. Por ele, é exercitada a regra da diplomacia entre encantado e sacaca. O embaixador é a pessoa curandeira que em espírito pede licença para descer até o local onde está a sombra do sujeito adoentado, no fundo do rio, e ali inicia uma dinâmica de negociação, por vezes longa, para que o bicho do fundo encerre o ato de manter a sombra presa sob as águas.

O relato descreve um tipo de negociação feito para a libertação da sombra de uma criança. O sacaca é um velho curandeiro.

Aí, eu rezei tudinho... a cunhãtãim não acordou. Aí eu fiquei e disse, menina, a sereia levou a sombra dessa menina... tá lá com ela. Lá, lá no fundo. Eles levam a sombra da gente. Levam a sombra! [A sereia] Levou. Isso aqui só tá o corpo dela, a sombra dela tá lá, com a sereia? Aí, eu agarrei e fui lá, na minha banca, né. E falei que eu trabalho com a sereia, né. E falei com ela assim – Olha, minha irmã, devolve o espírito dessa menina porque ele não te pertence. Deus é acima de tudo. Tu [encantado] quer, mas num é pra ti. Deixa a meninazinha. Deixa ela. Volta, sombra, pra o corpo desta criança que a mãe tá triste, a avó tá triste. Não faz isso! Eu trabalho contigo, tu tem que me obedecer. Eu tô te pedindo de coração, porque tu é meu guia, meu guia, tu trabalha comigo, então volte essa sobra! Deixa eu rezar. Vou rezar de novo. Aí, eu rezei tudinho, e quando eu terminei de rezar aí defumei ela. Aí, ela abriu os olhos. Aí, a mãe – Graças a Deus, minha filha. Eu digo, eu fui lá na banca, bati a cabeça, né. E disse: sereia, obrigada por ter ouvido a mim, né. Aí, eu disse, vou tornar a rezar. Aí rezei tudinho que, quando acabei de rezar, a menina sentou benzinho, ficou olhando. Aí eu fui lá e disse: obrigado, por todos vocês, meus guias, que ajudaram a trazer a sombra desta menina para o corpo dela, porque se a sombra ficasse [com o encantado] ela ia morrer, ia morrer. Podia levar pro médico que num tinha jeito. (Trecho de entrevista gravada com especialista de cura do bairro Itaúna II, Parintins/AM, pesquisa de campo, 2014).

Tratamentos tradicionais para “roubo de sombra” residem essencialmente em ações xamânicas e espiritualísticas orientadas por sistemas de cura caracterizados por comportar a noção de universos múltiplos intermundos, onde a realidade visível pressupõe outra, invisível, e ambas dialogam por interlocutores iniciados (Langodn, 1996). No tratamento do “roubo de sombra”, o potencial meta-humano age por energias e forças na esfera terrena, a partir de mediação de xamã, o sacaca. O xamã, caminhante de dois mundos, busca dirimir ciclos de reprodução da doença a partir de atos dialógicos.

Além do domínio da terra animar ao xamã, símbolos por ele utilizados unem os iniciados e também a cultura e o sistema de produção os torna decisivos para a eliminação de males. Os ensinamentos repassados pela oralidade aos doentes, ao ratificarem práticas ancestrais e mitos cosmológicos, alimentam pessoas de bens simbólicos, de imaginário e precedem a construção de conjunturas espirituais boas e libertas.

Impactos da colonização na compreensão de doença e saúde na Amazônia

Ao abordar sofrimentos mentais que acometem povos tradicionais na região amazônica, aspectos socioculturais e históricos incluem-se na construção da ideia de adoecimento, sobre a qual se pode considerar questões recuando até o início da colonização europeia no bioma, no século XVIII. Desde a data, ocorreram dizimações de tradicionais e desestruturas da organização cosmopolítica. E as ações têm sido constantes, em maior ou menor grau, até à contemporaneidade.

Hoje, essa constância se reflete no entendimento sobre doença e saúde no Baixo Amazonas, localidade abordada no artigo. No prospecto, foram considerados os componentes morte e dizimação como significativos no inconsciente coletivo de migrantes em trânsito nessa parte do bioma, dado ser o impasse entre vida e finitude tema de narrativas que amiúde destacam colonizadores, seja do passado como do presente, como precipitadores de entreveros.

Narrativas referentes a tratamentos tradicionais para “roubo de sombra”, por exemplo, fazem alusão à chegada de europeus e à transformação provocada nas matrizes criptozoológicas de pensamento dos locais, que possuem embasamento da ideia de seres antropomórficos povoadores do mundo. Nesse caminho de pensamento, destaca-se a função da natureza conciliadora da consciência com precondições de existência cultural (Campbell, 2008).

Um ser criptozoológico, a saber, é o mapinguari. Criatura simiesca de pelos avermelhados ou pretos, com presas, garras, de odor desagradável, carnívoro e que se alimenta de humanos. No arquétipo junguiano, anteriormente citado, o homínideo devora pessoas com sagacidade e instinto primário de autoconsciência. A perspectiva, assim apresentada, é construída mediante o ponto de vista de narrativas tradicionais, tal qual ocorre no fenômeno dos encantados do fundo dos rios, os quais dialogam com humanos e formam percepções sobre saúde e doença ancoradas à natureza.

Característica da narrativa mitológica dos amazônidas é a possibilidade de ruptura e dissociação com real sem que se perca a noção da realidade.

Um dos acidentes mentais mais comuns entre os povos primitivos é o que eles chamam “a perda da alma” – que significa, como bem indica o nome, uma ruptura (ou, mais tecnicamente, uma dissociação) da consciência. Entre estes povos, a “alma” (ou psique) não é compreendida como uma unidade. Muitos deles supõem que o homem tenha uma “alma do mato” (bush soul) além da sua própria alma que se encarna num animal selvagem ou numa árvore com os quais o indivíduo possua alguma identidade psíquica (Jung, 2008, p. 23).

A dissociação é fracionamento que pode gerar sofrimento mental. Apesar de Jung (1976) pontuar que dissociações são atos próprios a povos primitivos por causa da mimetização da sociocultura, são registradas dissociações também em sociedades contemporâneas amazônicas, onde o contexto migracional, por exemplo, confere a pessoas identidade psíquica atrelada a relações objetais.

Projeções realizadas por populações tradicionais em sua relação de trânsito migratório em urbes ajudam a compreender vieses contingenciais sobre processos de sofrimento mental, como se dá no tocante a “roubo de sombra”. Elemento intrigante e presente em transtornos condizentes a “roubo de sombra” é o suicídio. Ele pode ser relacionado a dinâmicas econômicas, políticas, religiosas e culturais, passando por fatores psicológicos e psicopatológicos até genéticos e biológicos.

Entre tradicionais da Amazônia, o suicídio é prevalente em diversas populações. Entre os Ticunas do Alto Solimões, fronteira Amazonas-Colômbia-Peru, representa perto de 20% do total de óbitos na etnia (Oliveira e Lotufo Neto, 2003). A explicação para a alta incidência entre indígenas da etnia envolve três esferas de concepção: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer (Almeida, 2010).

São desejos descritos por pacientes em estado de sofrimento mental como abarcadores de atos de vingança, controle do outro, punição, sacrifício, fuga, renascimento ou ainda de reunião com os mortos (IB., *op. cit.*). São, em pretensa ponderação, quadros correlacionados a sintomas de “roubo de sombra”, segundo descrição de tradicionais, porque estão em formação a partir da realidade experimentada no Baixo Amazonas.

Considerações finais

Conclui-se que a interpretação tradicional acerca do “roubo de sombra” é perpassada pelo entendimento de que o acometido está servindo de alimento em uma predação canibal de agentes não humanos (Barcelo Neto, 2008). Essa construção de conhecimento, orientada pelo mito de fundação da vida, explica pela tradição amazônica as dores do viver. Não se trata de interpretação mais ou menos eficiente que a especificada por procedimento biomédico, mas sim crivada pela ideia de que importa menos a materialidade da doença e mais a subjetividade.

O mito de fundação indica que na relação da pessoa amazônica com a natureza dimensões definidoras do que é natural ou sobrenatural são tênues. Crê-se em intervenção de seres inumanos junto à ordem social, e que eles são dotados de autoconsciência, usando-a para estabelecer relações em função da realidade. E por essa conclusão, naturalmente, fica difícil recobrar a concepção tradicional no âmbito da prática da biomedicina.

Assim, o resultado do estudo aponta para o fato de que tratamentos tradicionais para sofrimentos mentais são baseados em terapêuticas que operam via mentalidades e memórias, pautadas na imaginação, e não menos eficazes que as biomédicas, segundo os curadores e seus pacientes. Elas orientam curas naturais ou autocuras, sem materializar positivismos farmacológicos, mas considerando o que tradicionais veem e sentem física e mentalmente como prerrogativa, a partir de decodificações da realidade.

Conclui-se também que tratamentos sintéticos para transtornos mentais têm sido promovidos na Amazônia com reduzido procedimento de consulta a comunidades tradicionais ou urbanas. Uma postura conduzida por equívocos concernentes a práticas atuais da medicina e pela falta de incentivo a modos de

vida históricos, moldando um cenário que concorre para adoecimentos psíquicos em diferentes aspectos.

Elementos práticos dessa conclusão apontam para o fato de que ao serem compelidos a viver em beira de estradas, periferias de grandes cidades ou assentamentos desvinculados de territorialidades coletivas, povos tradicionais deixam de fomentar a própria sanidade, gerando planos de tratamentos sintéticos desvinculados de sua realidade. Em regiões fronteiriças, como no caso do Baixo Amazonas, a situação se repete, sendo o trânsito migratório fator social interveniente.

Ao abordar diferenciações de tratamento (sintéticos ou tradicionais) para pacientes em sofrimento mental na região estipulada, foi observado que a variável “migração” é fator com suposta implicação para distúrbios segundo multidimensionalidades engendradas (economia, cultura, sociedade e modos de vida) e não como condição em si mesma. A variável tende a impulsionar estados de sofrimento se, e somente se, estruturas comportamentais forem afetadas criticamente durante trânsitos migratórios.

Referências

- ALMEIDA, D. L. de. **Suicídio entre os Kaiowá**: possíveis contribuições da psicologia analítica. Curitiba (PR): PUC-PR. Especialização em Psicologia Analítica. Mimeo, 2010.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual for mental disorders**. 4th ed. DSM-IV. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1994.
- ARHEM, K. Ecosofia Makuna. In: CORREA, F. **La selva humanizada**: ecologia alternativa en el tropico húmedo colombiano. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología, 1996, 47-69.
- BARCELOS NETO, A. **De divinações xamânicas e acusações de feitiçaria**: imagens Wauja da agência letal. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, out., 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93132006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2014.
- BRASIL., 2011, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Farmacoepidemiologia do SNGPC**, Brasília, v.1, n.1.
- BRASIL., 2013, Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS (DataSUS)**. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/Datasus.index>. Acesso em: agosto de 2013.
- CAMPBELL, J. **Mito e transformação**. São Paulo: Ágora, 2008.

- CAPONI, S. **Loucos e Degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.
- CARNEIRO DA CUNHA, M. **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- CESARINO, P. de N. **Babel da floresta, cidades dos brancos?** Os Marubo no trânsito entre dois mundos. *Novos Estudos/CEBRAP*, 82, Novembro, pp. 133-148, 2008.
- CICCHETTI, D., COHEN, D. **Developmental Psychopathology**. New York: John Wiley and Sons, 2006.
- CORDEIRO, M. A. de S. **Mapeamento dos especialistas em práticas populares de cura da zona urbana do município de Parintins (AM): metodologia, resultado e análise**. 2014, no prelo.
- DA MATTA, R. **Conta de mentiroso: sete ensaios de antropologia brasileira**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.
- FAUSTO, C. **Donos de mais: maestria e domínio na Amazônia**. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 329-366, 2008.
- FRAXE, T. de J. P., PEREIRA, H. dos S., WITKOSKI, A. C. (Orgs.). **Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais**. Manaus: EDUA, 2007.
- GALVÃO, E. **Santos e Visagens, um estudo da vida religiosa de Itá, Amazonas**. Coleção Brasileira, São Paulo: Nacional, 1995.
- GARNELO, L., WRIGHT, R. **Doença, cura e serviços de saúde**. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 273-284, 2001.
- GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Editora da Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005.
- GUIMARÃES, L., GRUBITS, S. **Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira**. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2007. Apr. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S010271822007000100007&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em: 4 maio de 2014.
- JUNG, C. G. **Os arquétipos e o inconsciente coletivo**. Petrópolis: Vozes, 1976.
- JUNG, C. G. **O homem e seus símbolos**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.
- KESSLER, R., USTUN, B. **The Who World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorder**. Cambridge University Press, 2001. Disponível em <http://www.cambridge.org/us/academic/subjects/medicine/epidemiology-public-health-and-medical-statistics/who-world-mental-health-surveys-global-perspectives-epidemiology-mental-disorders>. Acesso em: 15 maio de 2014.
- KRIPPNER, S. **Os primeiros curadores da humanidade: abordagens**

psicológicas e psiquiátricas sobre os xamãs e o xamanismo. *Rev. psiquiatr. clin.*, vol.34, suppl.1, p.17-24, 2007.

LANGDON, E. J. M. **A doença como experiência**: Construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em Primeira Mão*, nº 12, PPGAS/UFSC, Florianópolis, 1995.

LANGDON, E. J. M. Introdução: xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E. J. M. (org.) **Xamanismo no Brasil**: novas Perspectivas. Florianópolis: Ed. UFSC, 1996, p. 113-134.

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

LANGDON, E. J. M. A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica. In BARUZZI, R. G., JUNQUEIRA, C. (Orgs.). *Parque Indígena do Xingu. Saúde, cultura e história*. São Paulo: Ed. Terra Virgem., 2005, p. 115-133.

LANGDON, E. J. M., GARNELO, L. (Org.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 247 p., 2004.

MANGINI JR., Z. A., CAPONI, S. N. C. **Condicionantes relacionados ao uso crônico de clonazepam no Brasil**: uma história de vida. *Cad. de Pesq. Interdisc. em Ci. Hum.*, Florianópolis, Santa Catarina, v.15, n.106, p. 117-139, 2014.

MAUÉS, R. H. Medicinas populares e ‘pajelança cabocla’ na Amazônia. In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e doença um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MAUÉS, R. H., VILLACORTA, G. M. **Padres, Pajés, Santos e Festas**: Catolicismo popular e controle Eclesiástico. Belém: Cejup, 1995.

MENDONÇA, M. S. de, FRANÇA, J. F., OLIVEIRA, A. B., PRATA, R. R., AÑEZ, R. B. da S. Etnobotânica e saber tradicional. In FRAXE, Therezinha de Jesus Pinto, PEREIRA, Henrique dos Santos, WITKOSKI, Antônio Carlos. (Orgs.) **Comunidades ribeirinhas amazônicas**: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA, 2007, p. 203-229.

OLIVEIRA, C, LOTUFO NETO, F. **Suicídio entre povos indígenas**: um panorama estatístico brasileiro. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 30 (1):4-10, 2003.

PÉREZ-GIL, L. **O sistema médico Yawanáwa e seus especialistas**: cura, poder e iniciação xamânica. *Cad. Saúde Pública*, vol.17, no.2, p.333-344. ISSN 0102-311X, 2001.

PISCITELLI, A., ASSIS, G. de O., OLIVAR, J. **Gênero, sexo, amor e dinheiro**: mobilidades transnacionais envolvendo o Brasil. 1 ed. v. 1. 582 p, 2001.

RODRIGUES, R. A. **Sofrimento mental de indígenas na Amazônia**.

Laboratório de Editoração Eletrônica do Amazonas (Leda), Núcleo de Estudos e Pesquisas em Ambientes Amazônicos (Nepam), Universidade Federal do Amazonas (Ufam). Parintins, Amazonas, ISBN 978-85-7401-732-7, 2014.

RUTTER, M., SROUFE, A. **Developmental psychopathology: concepts and challenges**. Dev. Psychopathol. 12(3): 265-96, 2000.

SCOPEL, D. **Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas): processos socioculturais e a práxis da auto-atenção**. Dissertação (Mestrado em Antropologia/Etnologia) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2007.

SOUZA, M. L. P. de; SCHWEICKARDT, J. C., GARNELO, L. **O processo de alcoolização em populações indígenas do Alto Rio Negro e as limitações do CAGE como instrumento de screening para dependência ao álcool**. Revista de Psiquiatria Clínica (USP. Impresso), v. 34, p. 90-96, 2007.

VILAÇA, A. **O que significa tornar-se outro? Xamanismo e contato interétnico na Amazônia**. Rev. bras. Ci. Soc., São Paulo, v. 15, n. 44, out 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0102-69092000000300003&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 27 março de 2014.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B. Alguns aspectos da afinidade no dravidiano amazônico. In VIVEIROS DE CASTRO, E. B., CARNEIRO DA CUNHA, M. M. (orgs). **Amazônia: etnologia e história indígena**. São Paulo: Núcleo Hist. Indígena/ USP. 1993, pp. 150-210.

WAWZYNIAK, J. V. **Humanos e não-Humanos no universo transformacional dos ribeirinhos do rio Tapajós – Pará**. Mediações. Londrina, v. 17 n.1, p. 17-32, Jan./Jun, 2012.

ZORDAN, P. B. M. B. G. **Bruxas: figuras de poder**. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 13, n. 2, ago 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0104-026X2005000200006&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 20 maio de 2014.

