

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

JOÃO VALENTIN WAWZYNIAK

**ASSOMBRO DE OLHADA DE BICHO:
uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo
rio Tapajós, Pará – Brasil.**

**São Carlos
2008**

JOÃO VALENTIN WAWZYNIAK

**ASSOMBRO DE OLHADA DE BICHO:
uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo
rio Tapajós, Pará – Brasil.**

Tese apresentada em cumprimento parcial às exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) para obtenção do grau de doutor em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Marina Denise Cardoso

**São Carlos
2008**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

W356ao

Wawzyniak, João Valentin.

Assombro de olhada de bicho : uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará – Brasil. / João Valentin Wawzyniak. -- São Carlos : UFSCar, 2008.
235 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2008.

1. Antropologia da saúde. 2. Amazônia. 3. Medicina alternativa. 4. População rural. 5. Xamanismo. 6. Saúde pública. I. Título.

CDD: 301 (20^a)



BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO

JOÃO VALENTIN WAWZYNIAK

15/10/2008

Profa. Dra. Marina Denise Cardoso
orientadora e presidente
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Profa. Dra. Clarice Cohn
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Prof. Dr. Marcos Pazzanese Duarte Lanna
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Profa. Dra. Esther Jean Langdon
Universidade Federal de Santa Catarina UFSC

Profa. Dra. Nadia Farage
Universidade Estadual de Campinas UNICAMP

**Dedico esta tese
aos meus filhos,
Leo, Jamila e Laiana;
a Odette, minha mãe;
ao meu pai, “vovô” Jan (*in memoriam*);
a Sônia, minha irmã;
e a Renata, minha noiva.**

AGRADECIMENTOS

Percorrer o longo, demorado e, muitas vezes, sinuoso trajeto para a realização deste trabalho só foi possível com o apoio de muitas pessoas, de diferentes lugares.

Minha dívida maior é com os moradores das comunidades Prainha do Tapajós, Taquara, Prainha, Itapaiuna e Paraíso. Durante a pesquisa de campo estabelecemos uma relação de afeto que se manifestou, por parte deles, na hospitalidade, na atenção e na paciência com que me receberam. Devo-lhes mais que esta tese, e seria injusto nominá-los somente alguns.

Em São Carlos, agradeço à professora Marina Cardoso, minha orientadora, que, nos momentos certos, me ajudou a “puxar a escrita para o lugar”; a Piero, Kike e Marcelo, que me hospedaram durante o período de realização dos créditos; aos professores Marcos Lanna e Jorge Luiz Mattar Villela, pelas observações e sugestões ao texto submetido à qualificação.

De Curitiba, lembro de minha mãe, Odette, e de minhas filhas, Jamila e Laiana, que me deram conselhos tranquilizadores; de minha irmã Sônia, que, bem-humorada, suportou meus momentos de mau humor; e dos “framigos” de sempre, Edilene Coffacci e Eduardo Barra, com quem passei alguns finais de semana em longas conversas, bem como com Ciméa Bevilaqua.

Em Santarém, muitos “parentes” me ajudaram: Ubirajara Sousa Bentes, Cláudia Waghon Bentes, Eduardo Dourado, Antônio José Bentes, Leuzabeth Silva, Luiz Otávio Pereira, Brenda Machado, Eugênio Rováris Neto, Giovana Strassburger, William Coelho. Agradeço de forma especial a Graça Pires, Philippe Sablayrolles e Viviane Araújo Gonçalves, que gentilmente me hospedaram e, nos momentos de desânimo, me estimularam — com eles tive conversas extremamente proveitosas sobre a pesquisa de campo e sobre outros assuntos. Também agradeço aos médicos Rui Anastácio e Fábio Tozzi, que me deram a oportunidade de acompanhar algumas viagens da equipe de saúde do Projeto Saúde e Alegria (PSA); a Mariza, Cleide e Edson, técnicos em enfermagem do PSA com os quais viajei; a Nícia Coutinho e Alessandra Martins Faria, do Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (Ipam), pelo convite para acompanhá-las em uma das suas viagens de trabalho às comunidades da Flona do Tapajós.

Em Londrina, agradeço ao Departamento de Ciências Sociais e ao Centro de Letras e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Londrina (UEL) pela licença concedida, sem a qual eu não poderia ter realizado o doutorado, especialmente a Neuzeli, que, gentilmente,

me manteve informado sobre os procedimentos administrativos sempre esquecidos. Nesta cidade contei com o apoio de amigos como Luiz Antônio Cabelo Norder, Rachel Kritsch, Leila S. Jeolás, Martha Ramirez, João Carlos Zuin, Cristiano Simon e Jorge Romanelo; Rosangela Bernardo, que semanalmente deu uma organizada no meu apartamento e me ajudou a cuidar do Leo; Adelaide Rotter, que me amparou num momento em que tudo parecia se desorganizar; Marcio Omori, que pacientemente digitalizou a genealogia; Dirce M. Suzuki Fernandes, bibliotecária da UEL; e Ivani Cocus, que me ajudou a revisar a versão final.

Agradeço ao Leo pela companhia e por ter suportado, tantas vezes, a minha falta de tempo.

E a Renata Enz Rino, a Ná, por fazer meu coração bater novamente com entusiasmo e alegria.

*Para quem viaja ao encontro do sol
É sempre madrugada.*

Helena Kolody

WAWZYNIAK, João Valentin. *Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará – Brasil*. 2008. 228 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

RESUMO

Esta etnografia tem por objetivo compreender a lógica pela qual os ribeirinhos do baixo rio Tapajós, estado do Pará, Brasil, concebem as doenças e os tratamentos face a programas de saúde pública que procuram orientar essas concepções de acordo com uma lógica própria, e como respondem a isso segundo seu sistema cosmológico. A questão central consiste em saber como eles apreendem o discurso biomédico, a prática clínica e as políticas públicas em saúde e os associam ao seu modelo terapêutico tradicional. O material etnográfico aqui descrito e analisado foi obtido durante a pesquisa de campo (observação participante e entrevistas), realizada, em três períodos, entre 2005 e 2007, nas comunidades Prainha do Tapajós, Prainha, Taquara, Itapaiuna e Paraíso, localizadas no perímetro de uma unidade de conservação federal, e nas cidades de Santarém e Belterra. Verifica-se que os ribeirinhos apreendem os agentes externos e as mudanças propostas segundo esquemas culturais pré-existentes e articulam os procedimentos do modelo biomédico com o modelo terapêutico tradicional, pois não vêem incongruências entre eles, mesmo havendo pontos de tensão. Os especialistas locais de cura e os agentes comunitários de saúde situam-se como sujeitos fundamentais dessa articulação e do itinerário terapêutico.

Palavras-chave: Amazônia, ribeirinhos, rio Tapajós, modelos terapêuticos, antropologia da saúde

WAWZYNIAK, João Valentin. *Animal's amazing eyes: an ethnography of the conceptions and actions in health among the riverside population of the low river Tapajós, Pará, Brazil*. 2008. 228 p. Thesis (Doctorate in Social Science). Federal University of São Carlos, São Carlos, 2008.

ABSTRACT

This ethnography has as an objective to comprehend the logic in which the riverside population from the low river Tapajós, Pará State, Brazil, conceive the diseases and the treatments facing the Public Health programs which seek to orient these conceptions according to an own logic, and also how they answer to that according to their cosmological system. The central question consists on knowing how they acquire the biomedical speech, the clinical practice, and the public policies in Health and associate them to their therapeutic traditional model. The ethnographic material described and analyzed here was obtained during a field research (participant observation and interviews), carried out in three periods, between 2005 and 2007, in the communities Prainha do Tapajós, Prainha, Taquara, Itapaiuna and Paraíso situated in the perimeter of a federal conservation unit, and in Santarém and Belterra cities. It is noted that the riverside population acquire the outside agents and proposed changes according to pre-existing cultural schemes and articulate the biomedical model procedures with the therapeutic traditional model, as they do not see incongruence between them, even with some tension points. The Cure local specialists and the health community agents are found as fundamental subjects of this articulation and of the therapeutic itinerary.

Key words: Amazon, riverside population, Tapajós river, therapeutic models, health, anthropology

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
Pesquisa de campo	15
“Puxando a escrita pro lugar”	23
I ASSOMBRO DE OLHADA DE BICHO.....	28
“Mau-olhado de bicho”	29
“Encantes” da mata e do rio	39
“Engerar”	46
Curupira	50
II COMUNICIDADE TAPAJÔNICA.....	54
Características ambientais da região	56
Aveiro e Belterra.....	59
Santarém	62
Comunidades ribeirinhas.....	64
Prainha do Tapajós e comunidades vizinhas.....	73
III SAÚDE: UM ASPECTO DA HISTÓRIA DO TAPAJÓS	86
História das ações em saúde.....	87
Floresta Nacional do Tapajós (Flona do Tapajós)	95
Projeto Saúde e Alegria (PSA).....	98
Igreja da Paz.....	104
IV CORPO E DOENÇA	108
Produção do corpo e dos sentidos	109
O corpo na produção de farinha	122
Doenças da parte dos médicos e doenças da parte dos curadores	124
“Panemice”	133
V ESPECIALISTAS DE CURA	137
O “dom de trabalhar com saúde”	139
Curadores	143
Laurelino Cruz	146
VI AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	155
ACS no Tapajós	161
ACS da Prainha do Tapajós	172

VII DESCOBERTA E CURA DO PACIENTE	184
Fé e oração no itinerário terapêutico	189
Barco: meio e fase do itinerário	191
Remédios.....	193
Tratamento de algumas doenças	198
Testemunhos de cura divina.....	200
Médico: “último recurso”?.....	205
CONCLUSÃO	209
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221

INTRODUÇÃO

Meu objetivo, nesta etnografia, foi compreender a lógica pela qual a população ribeirinha¹ do baixo rio Tapajós², estado do Pará, concebe as doenças e os tratamentos face a programas de saúde pública que procuram orientar essas concepções de acordo com uma lógica própria, e como responde a isso segundo o seu sistema cosmológico. Os dados etnográficos que descrevo e analiso permitem entender em que medida as ações desencadeadas pelos agentes externos ligados à área da saúde vêm sendo orquestradas de modo nativo em nível local. Também forneço uma interpretação sobre o modo como os ribeirinhos concebem e articulam corpo, saúde, doença e pessoa segundo um pensamento no qual a fronteira entre natureza e sobrenatureza apresenta enorme porosidade.

A questão central, aqui, consiste em saber como os ribeirinhos do baixo Tapajós apreendem o discurso biomédico, a prática clínica e as políticas públicas em saúde e os associam ao modelo terapêutico tradicional. Conexas a ela, abordo outras questões, entre as

¹ Assim como Murrieta (2001) utilizou o termo caboclo sem atribuir-lhe qualquer caráter de identidade étnica, neste texto, salvo indicação bibliográfica em contrário, utilizo as categorias ribeirinho, comunitário, comunitário ribeirinho, caboclo ribeirinho e população ribeirinha alternadamente para me referir aos moradores das comunidades onde realizei minha pesquisa, pois eles mesmos assim se auto-identificaram. Quanto ao termo caboclo como categoria de classificação social da população rural amazônica de ocupação histórica, uma revisão crítica pode ser encontrada em Parker (1985), Lima Ayres (1992), Lima (1999) e Harris (2000).

² Aqui está sendo considerado baixo Tapajós a micro-região situada entre a extremidade sul da Floresta Nacional do Tapajós (Flona do Tapajós) e a foz do rio Tapajós, em frente à cidade de Santarém, onde ele se encontra com o rio Amazonas. No Brasil existem várias unidades de conservação (UCs) designadas como Flona (floresta nacional), mas, no decorrer deste texto, todas as vezes que citar essa sigla estarei me referindo, especificamente, à Flona do Tapajós (a qual abordo mais detalhadamente no terceiro capítulo).

quais destaco as seguintes: qual a particularidade da conexão entre corpo, pessoa e organização social no contexto etnográfico onde realizei a pesquisa? Quais os momentos de passagem na construção moral da pessoa? Como as doenças causadas pelos encantados e o ritual terapêutico ao qual os ribeirinhos recorrem alteram as qualidades pessoais? Que lugar social passa a ocupar uma pessoa que tenha vivenciado a experiência de ser afetada por um “bicho”? O que acontece quando são embaralhadas as fronteiras entre o humano e o não-humano? Quais constrangimentos sociais estão associados às relações entre os humanos e os diferentes seres?

O material etnográfico que obtive resulta da pesquisa de campo que realizei em três momentos: de maio a agosto de 2005, de setembro a dezembro de 2006 e de abril a maio de 2007. Além desse material, valho-me das memórias da minha convivência com essa população durante os oito anos em que residi em Santarém (1993–2001), período em que participei de várias atividades realizadas nas comunidades ribeirinhas situadas no perímetro da Flona. Para os objetivos deste trabalho, os dados foram obtidos em diferentes circunstâncias, mas, prioritariamente, nas comunidades onde realizei o trabalho de campo de forma mais extensiva: Prainha do Tapajós (na qual centrei a pesquisa e permaneci um período maior de tempo), Taquara³, Itapaiuna e Paraíso, que se localizam na margem direita do rio Tapajós, no perímetro da Flona.

Ao longo do tempo dedicado ao levantamento e à organização dos dados, bem como à reflexão sobre o tema, fui ensaiando um título para esta etnografia. Diferentes formulações foram aparecendo, em distintas formatações escritas. Fundamentalmente, eu buscava um título que contivesse a idéia geral do trabalho e que permitisse melhor inteligibilidade do modo como os ribeirinhos apreendem a realidade. Na leitura das transcrições e anotações do caderno de campo, verifiquei ser recorrente, na fala dos meus informantes, a expressão “assombro de bicho”. Durante o trabalho, ela foi suscitando uma série de possíveis conexões, levando-me a concluir que é possível o ribeirinho ser “assombrado” por diferentes espécies de seres (“bichos”, técnicos, instituições), que interferem na sua vida cotidiana, afetando-a individual ou coletivamente.

Compreender o universo cultural da população cabocla ribeirinha da Amazônia instiga minhas reflexões há muito tempo, embora apenas recentemente eu tenha direcionado minha atenção para empreender uma pesquisa sistemática sobre seu sistema cosmológico, mais

³ Apesar de tratar Taquara como comunidade neste texto, seus moradores a denominam de “aldeia”, o que se deve ao fato de estarem reivindicando a sua identidade indígena da etnia Munduruku e a transformação da área que ocupam em terra indígena (TI). No perímetro da Flona, também em Bragança, Nazaré e Marai a população reivindica a identidade indígena e o reconhecimento de suas terras como terras indígenas.

especificamente dos ribeirinhos da região tapajônica, cuja cosmologia postula o reconhecimento da existência de seres com o poder de transformar sua aparência e com os quais se estabelecem relações de reciprocidade, uma vez que são apreendidos como pessoas, “entidades morais”. Tais seres afetam as condições de reprodução da natureza, dos indivíduos e da sociedade, por interferirem na vida cotidiana, principalmente no que diz respeito à saúde humana e às relações dos humanos entre si e com o meio ambiente.

Para chegar a este trabalho, percorri algumas trajetórias que descrevo, sinteticamente, a seguir, pois elas me conduziram e orientaram meu olhar. Em 1993 e 1994, fiz um levantamento socioeconômico em algumas comunidades situadas na região ribeirinha do município de Santarém, no estado do Pará, para o Projeto Saúde e Alegria (PSA)⁴ (WAWZYNIAC, 1994), na sua realização, tive oportunidade de tomar conhecimento da existência de um conjunto de idéias e práticas locais relacionadas a doenças consideradas não-naturais, além de ter testemunhado o “encantamento”, pelo Boto, de um rapaz que estava num barco em que eu viajava (ele se jogou no rio por estar sendo “atraído pelo Boto”) e acompanhado parte do itinerário terapêutico para “desencantá-lo” — esse episódio, ocorrido em 1994, na comunidade Cachoeira do Aruã, rio Arapiuns, foi minha primeira experiência com uma situação relacionada ao “mau-olhado de bicho” (WAWZYNIAC, 2003). Apesar da dimensão etnográfica desse episódio, que muito poderia revelar sobre a concepção local de saúde, ele não foi, na época, objeto de reflexão sistemática da minha parte, porém sua lembrança permaneceu nítida em minha memória.

Entre dezembro de 2000 e fevereiro de 2001, em consultoria que realizei para o Projeto de Apoio ao Manejo Florestal na Amazônia (ProManejo)⁵, projeto implementado pelo Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (Ibama), cujo objetivo era levantar e registrar narrativas míticas que explicitassem a relação dos moradores da Flona com o ambiente natural, tais dimensões cosmológicas tornaram-se ainda mais evidentes (WAWZYNIAC, 2001). Nesse período, ouvi e registrei vários relatos sobre a existência e o poder de encantamento de alguns seres que têm a capacidade de mudar de

⁴ O PSA é executado pela organização não-governamental (ONG) Centro de Estudos Avançados em Promoção Social (Ceaps), que atua na área de atendimento à saúde primária.

⁵ Segundo Amazônia (2008): “Inserido dentro do Programa Piloto para a Proteção das Florestas Tropicais do Brasil (PPG-7) e [...] implementado pelo MMA/IBAMA [...], o ProManejo tem como objetivo apoiar o desenvolvimento e adoção de sistemas de manejo florestal na Amazônia, com ênfase na produção sustentável de produtos madeireiros, através de ações estratégicas e experiências piloto em áreas prioritárias. O projeto é dividido em quatro componentes: análise estratégica de políticas públicas; apoio e promoção de iniciativas promissoras de manejo florestal sustentável; desenvolvimento e teste de um sistema piloto para controlar e monitorar a atividade florestal; e manejo da Floresta Nacional do Tapajós, especialmente por parte das comunidades tradicionais”.

aparência e de afetar o comportamento individual e a vida social. Foram recorrentes as referências à transformação dos seres, expressa na categoria “engerrar”, e à “olhada de bicho” como causa de uma perturbação denominada “mau-olhado de bicho”, conseqüência, em princípio, do desrespeito a determinadas restrições quanto à apropriação e ao uso dos espaços e dos recursos naturais neles existentes.

Inquieto com as informações que fui acumulando, comecei a rever a literatura sobre a população rural amazônica, e verifiquei que a produção etnográfica sobre diferentes universos sociais amazônicos vem se avolumando significativamente desde os estudos de Charles Wagley e Eduardo Galvão⁶, na década de 1950, de modo especial sobre as sociedades indígenas. Porém, percorrendo a bibliografia compilada, constatei a escassez de etnografias realizadas entre grupos sociais ribeirinhos e, sobretudo, a inexistência de estudos antropológicos tematizando corpo, saúde, doença, pessoa e políticas públicas em saúde direcionadas a essa população para a Amazônia de uma forma geral.

No campo da antropologia da saúde, o artigo de Queiroz e Canesqui (1986) e os de Canesqui (1994, 2003), que não incluem estudos sobre saúde indígena, revelam que os trabalhos sobre o universo rural concentram-se no período anterior à década de 1980, e desaparecem, ou não são citados pelos autores, após a de 1990. Ainda mais raros são os que têm a região amazônica como campo de pesquisa em saúde de uma perspectiva antropológica.

Mesmo a coletânea coordenada por Buchillet (1991) sobre as medicinas tradicionais na Amazônia não inclui estudos sobre a população não-indígena. Os trabalhos mais relevantes indicam predominância de temas relacionados ao parentesco (WOORTMANN, 1967), à economia e à organização social de pescadores (FURTADO, 1988) e seringueiros (ALMEIDA, 1992), e à organização social e à identidade (LIMA AYRES, 1992; NUGENT, 1993). Os que se inserem na área da antropologia da saúde abordam panema (DA MATTA, 1973; GALVÃO, 1979), hábitos alimentares (MAUÉS; MOTTA-MAUÉS, 1978; BEGOSSI; BRAGA, 1992; MURRIETA, 1998, 2000, 2001), uso e significado de animais e plantas no processo terapêutico (BRANCH; SILVA, 1983; KAMPPINEN, 1988; FIGUEIREDO, 1994), etnofarmacologia e conceitos de doença (ELISABETSKY; SETZER, 1985), gênero (WOLFF, 1999; PINTO, 2004), gênero e práticas médicas (MOTTA-MAUÉS, 1993, 1994), atuação e treinamento das parteiras e saúde reprodutiva (PEREIRA, 1993; FLEISCHER, 2007), pajelança cabocla (CRAVALHO, 1993; MAUÉS, 1994; MAUÉS; VILLACORTA, 2001) e complementaridade dos sistemas de saúde (BARBIN, 1999).

⁶ Refiro-me, aqui, às obras *Uma comunidade amazônica*, de Wagley, e *Santos e visagens*, de Galvão; a primeira, lançada em 1953 e a segunda, em 1954.

Minha abordagem sobre o pensamento, as práticas e políticas públicas que incidem sobre o corpo, a saúde, a doença e a pessoa é orientada pelos seguintes pressupostos: os sistemas culturais atribuem significado e reorganizam a experiência (LÉVI-STRAUSS, 1975b); deve-se buscar o sistema interpretativo subjacente ao uso dado às categorias nativas (GEERTZ, 1989); existem categorias e sistemas de pensamento permanentes (SAHLINS, 1999).

Pesquisa de campo

Retomar as notas relativas à realização da pesquisa de campo não foi tarefa fácil, especialmente porque, passado algum tempo, o significado dos aspectos subjetivos daqueles momentos assumiu outra dimensão. Por isso, não será possível explicitar em detalhes os fatores que interferiram, de uma forma ou de outra, no meu olhar durante o campo, que se relacionam à minha empatia com os comunitários do baixo Tapajós entre os quais realizei a pesquisa, à saudade dos meus entes queridos e aos sentimentos que ela provocou em mim. Início com essa observação porque, naquele período, me senti imobilizado ou aflito devido a esses sentimentos, os quais afetaram também a minha escrita, uma vez que nem sempre consegui conter minhas emoções. Algumas situações em campo me tocaram emocionalmente com tal intensidade que os comunitários, em muitos momentos, me trataram com profundo carinho, de modo a atenuar a minha angústia. Especialmente no Dia de Finados, eu fui tomado por um turbilhão de lembranças. Além disso, rememorar o período passado entre eles me emociona, pelo afeto com que fui recebido e pelas experiências que vivi, e, ao mesmo tempo, me inquieta, pois salienta os equívocos que cometi e as possibilidades etnográficas que deixei de aproveitar. Somente ao redigir o texto fui me dando conta das lacunas, das incompletudes e das contradições ou divergências entre as informações.

Para fornecer informações relativas à obtenção dos dados etnográficos que analiso aqui, descrevo, a seguir, o itinerário da pesquisa de campo e o processo de redação desta etnografia. O roteiro deste item segue basicamente a apreciação de dois especialistas locais de cura⁷ sobre as explicações que lhes dei para a minha permanência prolongada em suas comunidades — traduzida por alguns moradores como sendo um “estágio” para que eu

⁷ Os especialistas locais de cura — dos quais trato no quinto capítulo —, homens e mulheres reconhecidos publicamente como possuidores do poder de curar, distinguem-se em diferentes categorias: pajés, curadores, benzedores, puxadores e parteiras. Eles detêm conhecimentos e habilidades que lhes permitem tratar diferentes “qualidades” de doenças, seja recorrendo aos procedimentos terapêuticos tradicionais, seja transitando entre distintas modalidades terapêuticas simultânea ou alternativamente.

pudesse aprender sobre a sua “convivência”. Um desses especialistas perguntou como era o meu trabalho, o que eu fazia com as anotações em meu caderno de campo, escritas durante as conversas com as pessoas e depois, quando eu me encontrava só. Quando expliquei que elas seriam organizadas por assunto a fim de que eu pudesse escrever um texto para esclarecer, a quem não é morador da região do Tapajós, sobre a “vivência comunitária” e o modo como eles tratam as doenças, ele comentou: “É preciso muita paciência pra puxar a escrita pro lugar”. O outro, após ouvir explicação semelhante à anterior, disse que o meu “livro” seria escrito “depois de [eu] ter ido lá embaixo buscar o princípio das coisas”. Isto é, observar o cotidiano dos comunitários, participar de um conjunto de atividades por eles realizadas e buscar explicações, a partir de perguntas, sobre a causa e o tratamento das doenças e sobre outros aspectos da sua vida. Numa linguagem que estabeleceu uma analogia com suas habilidades, indicaram sinteticamente como se dá o processo da pesquisa e a redação da etnografia: “buscar o princípio das coisas” para, posteriormente, “puxar a escrita pro lugar” e dar uma ordem coerente ao conjunto de fragmentos.

A realização da pesquisa de campo foi precedida de um período de incertezas quanto à possibilidade de deslocamento até Santarém conforme o cronograma que eu havia estabelecido, devido à falta de recursos para custear a viagem e a permanência na região. Cheguei a essa cidade no dia 12 de maio de 2005, e, inicialmente, estabeleci contato com pessoas conhecidas, para solicitar apoio durante minha permanência na cidade e nas comunidades ribeirinhas. Sem o seu apoio, dificilmente eu poderia ter realizado minha pesquisa de campo de forma minimamente satisfatória. Através delas obtive ajuda para transporte e financeira, acesso a relatórios e imagens de satélite, estabeleci contato com lideranças comunitárias e, inclusive, consegui consulta médica.

Minha chegada a Santarém ocorreu num momento em que diferentes atores estavam refletindo sobre a elaboração de um modelo de atendimento à saúde “diferenciado” para a população ribeirinha. Para tanto, os conselhos municipais de Saúde de Aveiro, Belterra e Santarém, associações comunitárias e o PSA — este, através do Programa Saúde na Floresta —, estavam realizando uma série de reuniões. Nesse contexto etnográfico, minha pesquisa não apenas foi incorporando novos dados, mas, em grande medida, sendo reorientada por eles, especialmente por suscitarem questões relativas à implementação de políticas públicas na área da saúde para essa população e pela presença dos agentes comunitários de saúde (ACSs)⁸, cuja atuação eu desconhecia até então.

⁸ No sexto capítulo abordo o surgimento e a atuação desse trabalhador da área da saúde — considerado fundamental na atenção primária à saúde — escolhido entre os próprios comunitários.

Um dos primeiros eventos em que estive presente ao iniciar minha pesquisa de campo foi a oficina Saúde Reprodutiva, realizada de 29 de maio a 1º de junho de 2005, da qual participaram 65 ACSs de Aveiro, Belterra e Santarém que atuam em comunidades ribeirinhas dos rios Tapajós, Arapiuns e Amazonas. Durante a abertura, fui apresentado pelos seus coordenadores e convidado a apresentar meu projeto de pesquisa. Após expor resumidamente os objetivos do meu “estudo”, perguntei aos participantes se conheciam pessoas “atacadas de mau-olhado de bicho”, e todos levantaram a mão, afirmativamente. Então perguntei se alguns dos presentes já haviam sido “atacados de bicho”, e a maioria ergueu a mão novamente. Senti uma vertigem: percebi que meu projeto tomaria outro rumo.

Ao término das atividades do primeiro dia da oficina, vários ACSs vieram falar comigo, querendo saber detalhes sobre o meu trabalho. Nos outros dias, aproveitando os intervalos e o tempo livre da noite para conversar com os participantes, obtive informações significativas sobre a atuação dos especialistas locais de cura e da sua relação com os ACSs. Na ocasião, alguns ACSs me convidaram para visitar suas comunidades e realizar nelas a minha pesquisa, o que revelava, segundo o meu entendimento das suas falas, a intenção de denunciar a precariedade dos serviços públicos em saúde nas comunidades. Alguns chegaram a me perguntar se eu era “fiscal” dos projetos que estavam sendo implementados nelas — ao que eu respondia negativamente, sem convencê-los. O modo como comentavam comigo a situação vivenciada pelos moradores em relação aos serviços de saúde me deu a impressão de que, para eles, minha presença nas comunidades seria uma oportunidade de denunciar problemas que consideravam relevantes: Postos de Saúde fechados, falta de medicamentos nos Postos, distribuição restrita de medicamentos, dificuldades de deslocamento em caso de urgência, impossibilidade de realização de alguns procedimentos esperados pelos comunitários, remuneração não condizente com o trabalho que realizam.

Em todas as oficinas e reuniões das quais participei em Belterra, Santarém ou nas comunidades (Dia da Criança⁹, oficinas Higiene e Saneamento e Saúde Reprodutiva, encontros mensais do Programa de Agentes Comunitários de Saúde–Pacs), fui convidado a fazer uma breve apresentação do meu projeto de pesquisa. O fato de eu ter participado de eventos nessas cidades ou de ações em saúde nas comunidades foi interpretado, especialmente pelos ACSs, como possibilidade de eu poder contribuir, de alguma forma, com os “trabalhos para a melhoria da saúde na região” — o que mostra que minha presença em campo constitui

⁹ O Dia da Criança é realizado nas comunidades onde o PSA atua. De três em três meses, uma equipe de técnicos em enfermagem visita-as para a realização de um exame físico simplificado das condições de saúde de todas as crianças de zero a cinco anos.

um exemplo de agência social (FOLLÉR, 2004, p.138), em que o pesquisador se vê envolvido no jogo político local.

Minha participação em ações de educação em saúde proporcionou-me o acesso a informações preliminares sobre a atuação dos ACSs e sobre outros agentes importantes na realização de ações de saúde nas comunidades. Além disso, essas ações constituíram-se em momentos privilegiados para a observação participante, pois pude verificar o modo como concepções e práticas biomédicas eram “repassadas” aos ACSs e como o modelo terapêutico tradicional era tratado pelos profissionais de saúde que as ministravam.

Ter sido apresentado, ou ter me apresentado, como um professor que continuava estudando me foi bastante favorável, pela importância que os ribeirinhos dão às atividades relacionadas à educação. As pessoas ficavam surpresas com o fato de um professor ainda estar estudando e ter uma professora como orientadora. A condição de professor também me favoreceu quando das entrevistas nas instituições, públicas ou não¹⁰. Outro aspecto que considero ter sido favorável ao meu trabalho em campo consiste na minha idade, uma vez que, para a população local, eu me enquadro entre os velhos. Isso implicou numa atitude mais respeitosa quando eu conversava com os jovens (deles em relação a mim) e mais igualitária quando eu conversava com os mais velhos. Em diferentes circunstâncias, meus informantes fizeram referência à experiência decorrente da minha idade. Considero que minha pesquisa também foi facilitada pelo fato de eu ter residido durante oito anos em Santarém e realizado inúmeras viagens às comunidades situadas no perímetro da Flona, seja para visitá-las, seja para participar de reuniões cuja pauta era a sua regularização fundiária.

Em 2005, permaneci na região sem ter definido uma comunidade na qual fixaria minha atenção. Convém esclarecer que o trabalho realizado durante esse período teve caráter preliminar, cujo objetivo era obter uma visão panorâmica da região do baixo Tapajós a fim de delimitar uma comunidade como espaço empírico da pesquisa e de preparar uma segunda fase de campo, mais extensiva. Minha idéia, então, era realizá-la numa das comunidades da margem esquerda do Tapajós, pois não tinha muitas informações sobre elas e, também, intencionava procurar uma na qual não fosse conhecido. Nesse período, realizei vários levantamentos em Belterra e Santarém, sobretudo em instituições públicas, em associações comunitárias que mantinham “escritório” na cidade e nas secretarias municipais de Saúde, além de conversar com profissionais de saúde, lideranças sindicais e técnicos de ONGs.

¹⁰ Durante o período que residi em Santarém, lecionei em todas as instituições de ensino superior então lá existentes.

A escolha da comunidade constituía-se em uma tarefa que exigia reflexão sobre a região como um todo, uma vez que não me sentia seguro para fazer uma opção aleatoriamente. Embora as comunidades apresentem similaridades, há diferenças significativas entre elas, que mereciam atenção. Além disso, verifiquei a existência de comunidades que, com outras, compõem um conjunto, o que requeria estudá-las a partir das relações existentes entre elas. Tinha o cuidado de não tratar o mundo social tapajônico como um todo homogêneo porque acreditava que a escolha da comunidade deveria evitar ou minimizar o risco de tomá-la como totalidade. Ou seja, como sugere Guedes (1997, p.91), referindo-se a outro contexto etnográfico, mas aplicável ao meu, tomava o cuidado de não vê-la como expressão condensada de toda a região.

O conjunto de comunidades situadas nas duas margens do baixo Tapajós encontra-se localizado em duas UCs federais: a Flona e a Reserva Extrativista Tapajós-Arapiuns (Resex Tapajós-Arapiuns)¹¹. Para conhecer melhor e formar uma imagem mais abrangente das políticas e ações de saúde, visitei várias dessas comunidades juntamente com a equipe de saúde do PSA, com uma equipe de técnicos do Instituto de Pesquisa Ambiental da Amazônia (Ipam) ou sozinho. Na margem direita, visitei, no perímetro da Flona, Acaratinga, Itapaiuna, Maguari, Paraíso, Parauá, Pedreira, Pini, Piquiatuba, Prainha do Tapajós, São Domingos, Tapaiuna, Tapuama e Tauari; na margem esquerda, em área da Resex Tapajós-Arapiuns, Jauarituba, Nuquini, Parauá e Surucuá. Visitá-las me permitiu acompanhar as ações em educação em saúde promovidas pelo PSA, confirmar a existência de especialistas locais de cura em cada uma delas e observar, ainda que superficialmente, a atuação dos ACSs.

Diante da especificidade de cada comunidade, concluí que a definição daquela que seria o lócus privilegiado da pesquisa se daria mais apropriadamente após uma leitura dos dados disponíveis, de forma a identificar uma que pudesse ser mais representativa dessa microrregião. A definição dependia, também, da minha disponibilidade de recursos financeiros, uma vez que o custo de deslocamento e permanência seria alto para as minhas possibilidades naquele momento. Além disso, percebi que minha estadia por longo tempo na residência de uma família lhe traria ônus, especialmente por causa da alimentação, mesmo levando alimentos.

¹¹ Reservas extrativistas, de acordo com o artigo 1º do Decreto nº 98.897, de janeiro de 1990, são UCs de conservação de uso direto, definidas como “espaços territoriais destinados à exploração auto-sustentável e conservação dos recursos naturais renováveis por população extrativista”. A Resex Tapajós/Arapiuns foi criada em 1998, a partir de um movimento estimulado pelo Conselho Nacional dos Seringueiros (CNS) e pelo Centro Nacional de Populações Tradicionais (CNPT). Sua criação visou prioritariamente garantir a posse da terra aos seus moradores e evitar o avanço do desmatamento provocado na região por madeireiros e produtores de soja.

Submeter os objetivos da pesquisa à apreciação das lideranças e das entidades representativas das comunidades foi uma condição para realizá-la, principalmente porque há, cada vez mais, resistência dos moradores à presença de pesquisadores — consideram que esse tipo de “trabalho” não lhes traz qualquer “retorno” e suspeitam da forma como são utilizadas as informações obtidas em pesquisas ali realizadas¹². Outro fator a ser considerado como limitante para a realização de pesquisas nessas comunidades, de modo especial quando envolvem conhecimentos tradicionais sobre plantas medicinais, consiste em que a população da Flona está cada vez mais ciente e ciosa dos seus direitos de propriedade intelectual sobre seus saberes. Esse tema, pelo que fui informado, vinha sendo discutido em diferentes oportunidades, por se tratar de conhecimento tradicional associado¹³.

Desde o início da pesquisa de campo, os dados etnográficos foram obtidos através de conversas informais, entrevistas semi-estruturadas e observação de alguns eventos e práticas relacionados à saúde, doença e corpo, bem como de outros aspectos da vida cotidiana. A maioria das informações fornecidas pelos ACSs não pôde ser registrada simultaneamente a sua explicação porque foi dada em longas caminhadas entre uma comunidade e outra. Posteriormente, em suas casas, eu tentava retomar o assunto, mas não havia a mesma riqueza de detalhes, pois estavam envolvidos em atividades domésticas (e, talvez, pensassem que eu já tinha memorizado as explicações dadas anteriormente).

Fui anotando os dados etnográficos em meu caderno de campo em diferentes momentos: quando era possível e não inconveniente, eu anotava simultaneamente à observação ou entrevista; e posteriormente, relembro as “passagens”, falas ou categorias usadas durante as conversas ou realização das atividades. Evitei, durante esse período, gravar

¹² No âmbito da Flona, a atuação de uma antropóloga — consultora da Fundação Nacional do Índio (Funai) — para a realização de um laudo gerou desconfiança quanto ao trabalho desse profissional, porque as reuniões que realizou com os comunitários da Prainha do Tapajós e Taquara tinham por objetivo alterar o limite geográfico dessas comunidades, definido tradicionalmente pelos próprios moradores, a fim de ampliar a área da segunda como terra indígena. Alteração que foi rejeitada pelos moradores da Prainha do Tapajós, por considerarem que, sendo aprovada, teriam sua área substancialmente reduzida.

¹³ Essa questão do conhecimento tradicional associado passou a ser regida por legislação própria em 1998, com o Decreto nº 2.519, que promulgou a Convenção sobre Biodiversidade Biológica (CDB) assinada em junho de 1992. Esse tratado internacional, elaborado em 1992 durante a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD) — a ECO 92 —, entrou em vigor em dezembro de 1993, e seu objetivo é a conservação da biodiversidade, o desenvolvimento sustentável e a repartição de benefícios provenientes do uso dos recursos genéticos. De acordo com o artigo 8 da CDB, o conhecimento tradicional associado é definido como “o conhecimento, inovações e práticas das comunidades locais e populações indígenas com estilo de vida tradicionais relevantes à conservação e à utilização sustentável da diversidade biológica”. O acesso a esses conhecimentos foi regulamentado juridicamente pela Medida Provisória nº 2.186-16, de 23 de agosto de 2001, em seu artigo 7, inciso V, que define a “obtenção de informação sobre conhecimento ou prática individual ou coletiva, associada ao patrimônio genético, de comunidade indígena ou de comunidade local, para fins de pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico ou bioprospecção, visando sua aplicação industrial ou de outra natureza”.

entrevistas, pois havia decidido registrar as informações em meu caderno de campo posteriormente. Lembro que, em algumas ocasiões, os meus informantes perguntavam se eu não iria anotar as explicações que estavam me fornecendo. Trabalhar sobretudo com a memória exigiu grande esforço e me deixou, muitas vezes, tenso e cansado, mas permitiu que, aos poucos, eu fosse “incorporando” expressões e categorias locais que facilitaram o diálogo com os comunitários.

Ao final, eu dispunha de informações que, muitas vezes, eram microscópicas, as quais poderiam me permitir captar o sentido e dar inteligibilidade ao tema a partir da “integração descritiva de eventos” (EVANS-PRITCHARD, 1964 apud FONSECA, 2004, p.7). Em outras palavras, como aponta Fonseca (2004, p.7), tratava-se de “construir modelos alternativos de vida social que fogem da lógica prevista e previsível da modernidade”. Mais que isso, construir modelos indicadores do modo como lógicas distintas articulavam-se nas suas aproximações e afastamentos.

Quando voltei do campo, fiz um relatório, em sua maior parte recorrendo apenas àquilo que fui lembrando ao longo da redação. Num certo sentido, a escrita desse texto teve, originalmente, como objetivo ajudar a identificar o material já coletado para que, em meu trabalho, eu pudesse preencher lacunas, responder questões e identificar novas questões a serem respondidas. Entretanto, percebi que ele poderia servir de base para a tomada de decisões quanto aos objetivos do meu projeto, à continuidade da pesquisa de campo e à escolha da comunidade em que eu deveria realizá-la de maneira mais aprofundada e extensiva.

Quando retornei a Santarém em 2006, ainda sem ter definido a comunidade da pesquisa de campo, encontrei, nessa cidade, Jocenita, moradora e ACS da Prainha do Tapajós, que conheci durante a oficina Saúde Reprodutiva e já havia reencontrado quando visitei essa comunidade com a equipe médica do PSA, em 2005. Ela era uma das ACSs que tinham me convidado para realizar meu “estágio” em sua comunidade, e voltou a insistir no convite, o qual foi reforçado por sua mãe, dona Dalgisa, parteira e puxadora, que a acompanhava. O carinho com que elas fizeram o convite me fez pensar nessa possibilidade — além disso, em decorrência da falta de dinheiro, eu já havia desistido de realizar a pesquisa em comunidades da margem esquerda do Tapajós. Posteriormente, conversando com Marquizanon Santos e Otília Farias (irmã de dona Dalgisa), lideranças da Prainha do Tapajós¹⁴, ambos também manifestaram interesse em que eu realizasse meu “trabalho” na sua comunidade, e disseram

¹⁴ Ambos moram em Santarém, onde trabalham na Cooperativa Mista da Flona do Tapajós (Coomflona).

que de lá eu poderia ir a pé até as comunidades próximas (Taquara, Prainha, Itapaiuna e Paraíso). Inclusive, se propuseram a entrar em contato com o “presidente” da Prainha do Tapajós, Arino Farias (tio de Jocenita, irmão de dona Dalgisa e Otília), para comunicar minha ida e providenciar um lugar onde eu pudesse ficar hospedado. Assim, para não prolongar minha indefinição, e pela sua proximidade com outras comunidades, especialmente Taquara, onde residiu Laurelino Cruz¹⁵, decidi centrar a pesquisa na Prainha do Tapajós.

Na viagem de barco de Santarém até Prainha do Tapajós, fui conhecendo alguns dos seus moradores que estavam a bordo — o que foi facilitado pelo fato de que eu já conhecia alguns deles e pelo tempo de duração da viagem: quinze horas. Isso, por sua vez, facilitou minha entrada na comunidade, pois além de me convidarem para visitar suas casas, no início essas pessoas foram me apresentando a outras. Na Prainha do Tapajós, fiquei hospedado na casa de Arino Farias, que, além de seu “presidente”, é membro do seu Conselho Comunitário e ministro da Eucaristia da capela católica (Capela Santa Filomena) que existe ali.

Durante a minha permanência na Prainha do Tapajós, acompanhei Jocenita em suas visitas domiciliares a outras comunidades, participei de reuniões e torneios de futebol nelas realizados. Quando pude permanecer por mais tempo nas outras comunidades, entrevistei especialistas locais de cura nelas residentes. Algumas dessas entrevistas foram marcadas com antecedência, para evitar o risco de não encontrar as pessoas com as quais queria conversar.

Nessa fase, visitei Taquara com Jocenita e dona Dalgisa, ocasião em que combinei com as suas lideranças de passar ali alguns dias, pois queria conversar com Guilherme, Chagas e Caboclo, três filhos de Laurelino Cruz que “trabalham” como curadores e que são muito procurados por moradores de diferentes comunidades. Assim, posteriormente retornei a Taquara, acompanhado por Vítor, um índio Baniwa que é seu ACS, para ficar alguns dias. Na noite da minha chegada, as lideranças locais se reuniram comigo na casa de Guilherme para que eu expusesse os objetivos da minha estada na comunidade, e foi nessa ocasião que ele comentou que era preciso “paciência pra puxar a escrita pro lugar”. Ao final da reunião, me pediram que, ao terminar de escrever o “livro”, levasse uma cópia para eles.

Ao retornar a Londrina, comecei a organizar os dados num índice remissivo, com termos-chave, onde inseri passagens das minhas intuições e observações das falas dos meus entrevistados e trechos de gravações — procedimento que me permitiu identificar quais aspectos precisavam de maior detalhamento, quais as novas questões que se colocavam. Esses

¹⁵ Laurelino, já falecido, a quem farei recorrentes referências neste texto, foi o fundador de uma extensa parentela que abrange toda a comunidade Taquara e uma importante liderança política das comunidades atualmente situadas no perímetro da Flona; também era (e é) conhecido nas comunidades das duas margens do Tapajós pelo poder que tinha de curar.

novos dados me possibilitaram adensar o que já tinha redigido em momentos anteriores, retificar e aprofundar alguns temas, bem como formular mais objetivamente as explicações.

Tendo em mãos um conjunto de informações e novas questões, que esperava aprofundar ou responder, decidi voltar ao campo no início de 2007. Entretanto, meu retorno a Prainha do Tapajós foi novamente precedido de incertezas quanto à possibilidade de retomar a pesquisa de campo, o que foi possível apenas em maio. Meu plano era permanecer na comunidade um período menor, já que estava, cada vez mais, centrando minha atenção nos aspectos relativos ao itinerário terapêutico e ao modo como os comunitários articulam as políticas de saúde com o modelo terapêutico local.

Nesse período, um novo aspecto havia sido suscitado pelo campo: as curas realizadas nos cultos evangélicos promovidos pela Igreja da Paz¹⁶ na Prainha do Tapajós. Ao participar de um desses cultos, verifiquei ser importante dar atenção aos itinerários terapêuticos que passavam pela intervenção divina, uma vez que não apenas membros dessa Igreja procuravam alívio para seus males nas “ministrações” de cura realizadas pelos pastores.

Embora tenha sido curto o período de permanência em campo nesse ano, o trabalho rendeu muito, pois eu já tinha mais familiaridade com os moradores e estes, maior confiança em mim, porque eu havia retornado, conforme tinha combinado no ano anterior.

“Puxando a escrita pro lugar”

Faço aqui uma reflexão sobre a redação deste texto, pois parte dela ocorreu num momento de tensão na esfera particular, e isso afetou o modo como eu pensava os dados e a coerência e fluidez da exposição escrita. Essa situação exigiu a revisão contínua do texto, especialmente pela minha dificuldade subjetiva em fazer os recortes exigidos. Posso dizer que o problema que defini inicialmente foi se transformando, sem que eu tivesse muita clareza de que isso ocorria. Num certo sentido, o texto foi, por vezes, tomando um rumo próprio, e, de tempos em tempos, eu precisei reorientá-lo segundo aquilo que tinha em mente inicialmente ou conformá-lo à problemática suscitada a partir dos dados de campo. Em outras palavras, precisei “puxar a escrita pro lugar”.

Esta etnografia foi intencionalmente construída com múltiplas vozes, pois incorporo expressões e termos nativos no meu próprio texto, bem como termos, expressões e citações

¹⁶ Igreja de confissão evangélica, cuja origem é norte-americana (ver o item “Igreja da Paz”, no terceiro capítulo).

dos autores com os quais mantive contato antes, durante e após a pesquisa de campo. Decidi inserir reflexões teóricas juntamente com os dados etnográficos para possibilitar melhor apreensão do seu significado e dar maior fluidez ao texto.

Ao transcrever as entrevistas, organizar as anotações do caderno de campo, rever a bibliografia, uma série de questões foi sendo suscitada. Além disso, a cada passo, determinados aspectos adquiriam maior ou menor relevância, exigindo readequação na ordem da exposição e na análise dos dados. Verifiquei que meu trabalho tangencia diferentes temáticas que mantêm interconexões entre si, situação que, em diferentes momentos, me fez perder o foco da questão principal — que, muitas vezes, eu não tinha clareza de qual era. As leituras feitas após as sistematizações dos dados iam suscitando novas questões, para as quais eu não tinha respostas empíricas, e isso foi provocando em mim uma aflição, fortalecida pela falta de perspectiva, a cada ano, de retornar ao campo para buscar respostas.

Durante a redação, o texto foi se transformando, adquirindo diferentes formas e seqüências na disposição das idéias, e fui fazendo inclusões e exclusões de dados de acordo com o rumo que a escrita ia tomando. Ao final, talvez eu não o tenha concluído, mas parado de escrevê-lo, mesmo tendo consciência de que não incluí grande parte do material etnográfico que obtive e de que há lacunas decorrentes da falta de dados que explicariam melhor a concepção de doença, o itinerário terapêutico dos ribeirinhos do baixo Tapajós e o modo como eles se apropriam das políticas públicas segundo uma lógica própria.

Há uma profusão de estudos sobre populações indígenas amazônicas, mas é reduzida a quantidade de trabalhos sobre populações não-indígenas ou que não se identificam como indígenas, e ainda menor é a que trata da temática saúde e doença entre a sociedade cabocla. Minha decisão de tomar a bibliografia etnológica como referência para abordar a população ribeirinha resultou, em grande medida, das similaridades existentes entre essas populações — inclusive, algumas comunidades da região estão reivindicando a identidade indígena —, e porque a revisão dessa bibliografia iluminou a minha abordagem do tema.

Depois de um conjunto de mudanças resultantes da própria dinâmica da reflexão, da escrita e das revisões, o texto assumiu a configuração (“formatura”, nos termos dos ribeirinhos) que apresento a seguir. No primeiro capítulo, “Assombro de olhada de bicho”, situo o significado da doença denominada “mau-olhado de bicho” e seu tratamento no sistema cosmológico que postula a possibilidade de transformação da aparência dos seres. Tratá-la logo de início teve por objetivo mostrar que as concepções a ela relacionadas informam o modo como são apreendidas as perturbações que afetam a pessoa e outras esferas do universo

do ribeirinho do baixo Tapajós, como, por exemplo, a presença e atuação das agências modernizadoras.

A fim de contextualizar tal sistema cosmológico, forneço, no segundo capítulo, “Comunicidade tapajônica”, uma visão panorâmica do universo sociocultural da região compreendida pelo baixo Tapajós. Mesmo fazendo referências a diferentes comunidades nela situadas, enfoco, fundamentalmente, as comunidades onde realizei a pesquisa de campo e as cidades de Aveiro, Belterra e Santarém, pois estas e aquelas mantêm uma relação que transcende a territorialidade, haja vista que seus moradores são vinculados por relações de parentesco — relações que são acionadas durante os itinerários terapêuticos. De modo a explicitar mudanças e permanências nas concepções e práticas dos ribeirinhos, forneço uma síntese histórica de cada uma delas, evidenciando como a cosmologia e o parentesco fornecem os princípios orientadores da sua relação com as políticas públicas implementadas ou em vias de implementação.

Com o objetivo de possibilitar uma compreensão diacrônica das intervenções realizadas nas comunidades pelos agentes externos, apresento, no terceiro capítulo, “Saúde: um aspecto da história do Tapajós”, um conjunto de eventos promovidos por diferentes agentes, religiosos ou seculares, que buscaram, através de um conjunto de ações em saúde, a substituição tanto das concepções sobre corpo, saúde e doença quanto das práticas associadas a essas dimensões. Com essa perspectiva diacrônica busco apresentar o contexto histórico do universo sociocultural no interior do qual o comunitário ribeirinho vivencia sua experiência da doença e do itinerário terapêutico. Nesse capítulo também apresento um conjunto de serviços e atividades em saúde implementado por diferentes agentes, para mostrar como os ribeirinhos articulam os modelos terapêuticos tradicional e biomédico, e como respondem a tais ações segundo uma lógica orientada por idéias e valores fornecidos pelo seu sistema cosmológico e pela lógica do parentesco.

No quarto capítulo, “Corpo e doença”, trato da construção do corpo, salientando a produção social dos sentidos a fim de adequá-lo, desde a infância, ao seu uso. Mostro a relevância dos órgãos da percepção e o modo como a pessoa pode ser afetada por algumas doenças que alteram o mapa cognitivo que a orienta em sua relação com o mundo. Tais doenças são classificadas a partir do diagnóstico realizado pelos especialistas locais de cura, os quais desencadeiam o itinerário terapêutico. Além dos cuidados com o corpo nas atividades relacionadas ao trabalho, descrevo alguns cuidados de caráter ritual que visam protegê-lo da ação deletéria das substâncias alimentares ou da força maléfica dos seres demiúrgicos existentes no universo ribeirinho, e abordo os estados liminares que podem afetar pessoas e

objetos, alterando o seu modo de ser e a vida cotidiana — caso da panema, uma perturbação causada por um ser humano a outro ser humano, e que afeta também os apetrechos e o animal de caça de quem foi empanemado.

Abordo os especialistas locais de cura existentes nas comunidades no quinto capítulo, “Especialistas de cura”. Estes são importantes agentes na constituição e manutenção do modelo terapêutico tradicional, além de desencadarem e integrarem o itinerário terapêutico daquelas pessoas afetadas por alguma doença, pois são imediatamente procurados aos primeiros sintomas. Indico como é identificada sua vocação para trabalhar com saúde no contexto do tratamento realizado por outro especialista, sua formação e atuação segundo o modelo terapêutico tradicional e como atuam de forma independente, pelo modelo tradicional ou articulando-o com o modelo biomédico. Ainda, trato da importância e do significado de Laurelino Cruz, pajé cujo poder de cura era (e é) reconhecido em ambas as margens do Tapajós e inclusive entre os moradores de algumas cidades.

No sexto capítulo, “Agente comunitário de saúde”, analiso a figura do ACS, agente considerado fundamental na atenção primária à saúde por ser membro da comunidade onde atua, e que se situa no espaço fronteiro entre o modelo terapêutico tradicional e o biomédico, e entre a racionalidade das políticas públicas em saúde e a lógica política local. Historio, sinteticamente, o seu surgimento no contexto de definição de políticas públicas em saúde nos níveis internacional, nacional, regional e local, fornecendo elementos que permitem compreender como ele articula essas diferentes esferas e as relaciona segundo orientações culturais pré-existentes e as lógicas política e terapêutica locais. A partir de uma contextualização mais ampla, focalizo sua atuação nas comunidades onde realizei a pesquisa de campo, evidenciando a sua relação com os especialistas locais de cura, sua capacitação segundo o modelo biomédico, as condições em que realiza suas atribuições e as dificuldades que enfrenta para desenvolvê-las.

No sétimo capítulo, “Descoberta e cura do paciente”, descrevo o itinerário terapêutico seguido pelos doentes, salientando os procedimentos relacionados ao diagnóstico e ao tratamento das enfermidades, bem como a dimensão da fé nos agentes de cura e nos procedimentos como condição da eficácia terapêutica. Dependendo de como é classificada a doença ou a sua gravidade, o itinerário terapêutico, em alguns casos, exige deslocamentos espaciais em busca de recursos cada vez mais especializados, seja segundo o modelo terapêutico tradicional, seja segundo o modelo biomédico, simultânea ou alternadamente. Também abordo a noção de remédio de acordo com a classificação dos ribeirinhos, e evidencio como, ao longo da trajetória terapêutica, se dá a relação entre os ACSs e os

especialistas locais de cura. Além do modelo biomédico e do tradicional, existem as curas realizadas por intervenção divina, que ocorrem em cultos evangélicos. Por fim, a partir da interpretação dos relatos, discuto a idéia de que o modelo biomédico é o “último recurso” ou o término do itinerário terapêutico.

Na “Conclusão”, retomo sinteticamente algumas idéias centrais que possibilitam compreender como os ribeirinhos do baixo Tapajós concebem determinadas doenças, os processos terapêuticos e a intervenção de diferentes agências, e o modo como o seu modelo terapêutico opera.

I ASSOMBRO DE OLHADA DE BICHO

Para os comunitários ribeirinhos do baixo rio Tapajós, a pessoa, em determinadas circunstâncias, pode ser afetada por uma doença provocada pelo olhar de seres capazes de transformar-se em outros — e tal capacidade de transformação é compreendida, entre eles, pela categoria “engerar”. Minha hipótese é a de que essa categoria pode fornecer a chave para compreender as suas representações de pessoa, saúde, corpo e meio ambiente, e das práticas relacionadas a essas dimensões. Seu significado encontra-se no interior de um sistema cosmológico que postula a permutabilidade dos seres entre si — homens, animais, demiurgos e objetos — e a mudança permanente da aparência. Neste capítulo descrevo e analiso o “mau-olhado de bicho”, suas causas, tratamento e implicações sobre aquele que foi “assombrado de bicho”. Também abordo a dimensão cosmológica do ambiente da floresta, onde diferentes encantados fazem a sua “morada”.

Como disse na introdução, minha primeira experiência com uma situação relacionada ao “mau-olhado de bicho” ocorreu em 1994, na comunidade Cachoeira do Aruã, rio Arapiuns, quando o rapaz que trabalhava no barco em que eu viajava se atirou no rio por estar sendo atraído pelo Boto (WAWZYNIAK, 2003)¹. Entre dezembro de 2000 e fevereiro de 2001, referências a essa doença apareceram mais enfática e detalhadamente durante um levantamento de narrativas míticas que fiz entre a população ribeirinha residente no perímetro da Flona (WAWZYNIAK, 2001, 2006).

¹ Voltarei a abordar esse episódio no terceiro capítulo.

Em maio de 2005, durante a oficina Saúde Reprodutiva, chamou-me a atenção a recorrência e a generalidade da manifestação de “doenças causadas pelos encantados”, e o desconhecimento e preconceito dos profissionais de saúde em relação a esse fenômeno. Em conversas durante os intervalos das atividades dessa oficina, muitos informaram ter sido “atacados de bicho” em algum momento de suas vidas, e, durante o tratamento, ter descoberto o “dom de trabalhar com saúde” — inclusive, a ACS da comunidade Maguari me contou que seu pai, um curador já falecido, “já tirou muito de pessoa que chegava assustado de bicho”.

“Mau-olhado de bicho”

A doença causada pelo “assombro de um bicho” está intimamente relacionada à capacidade de permutação (“engeração”) do corpo. A força presente no olhar de um ser demiúrgico produz uma “desarrumação” capaz de desencadear um processo de afecções corporais e alteração da pessoa “invocada” ou “atacada” por um “bicho”.

Maués (1990), em seu estudo sobre o sistema médico de uma comunidade de pescadores do litoral paraense, analisa o processo de diagnóstico das doenças não-naturais e as alternativas culturalmente aceitas para sua prevenção e seu tratamento. Esse autor distingue o “mau-olhado” em quatro tipos, cada um deles com características bastante particulares: de “bicho”, de gente, da Lua e do Sol.

A distinção entre o “mau-olhado de gente” e o “mau-olhado de bicho” está no fato de que a primeira modalidade ocorre independente da vontade do sujeito causador. Ou seja, por não se tratar de um ato premeditado, não resulta de uma intencionalidade, uma vez que sintetiza um “poder inconsciente [...] que assume vida própria” (TAUSSIG, 1993, p.127), capaz de introduzir maus fluídos dentro de uma pessoa e, com isso, causar-lhe doença e morte (QUEIROZ, 1980). Além dessa característica, está associada a sentimentos como inveja, admiração, cobiça e ódio, como indicam Queiroz (1980), Maués (1990) e Taussig (1993). Entretanto, Descola (1998) afirma que também é possível os animais afetarem, mesmo à sua revelia, o comportamento e o estado de espírito dos humanos.

Embora reconheça as importantes contribuições de Maués (1990, 1994) para a compreensão da religiosidade e do sistema médico do universo social do caboclo amazônico, proponho uma abordagem alternativa da crença no “mau-olhado de bicho”: como uma “enfermidade” que interfere no corpo e na pessoa, tomando outro referencial teórico para olhar o meu contexto etnográfico. Para analisar o “mau-olhado de bicho” e a categoria

“engerrar”, adoto o conceito de perspectivismo, característico de alguns sistemas cosmológicos, porque ele está centrado na corporalidade e concebe o mundo como sendo “habitado por diferentes espécies de sujeitos ou pessoas, humanas ou não-humanas, que o apreendem segundo pontos de vista distintos” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002c, p.347); além disso, reconhece a condição humana a qualquer espécie que seja pensada como sujeito, isto é, seres dotados de intencionalidade. Segundo Viveiros de Castro (2002c, p.390), “não há mudança espiritual que não passe por uma transformação do corpo, por uma redefinição de suas afecções e capacidades”.

Outra característica das cosmologias e teorias ontológicas amazônicas, e que merece ser salientada, é a existência de diversos pontos de vista relacionados ao corpo como lugar da diferença. Para Viveiros de Castro (2002c, p.395), nas sociedades ameríndias o processo de transformação corporal “está fundado na equivalência subjetiva dos espíritos”, o que quer dizer que o pensamento ameríndio se caracteriza por supor unidade do espírito e diversidade de corpos como lugar da diferença, ao contrário do dualismo moderno, que desdobra as diferenças culturais sobre uma natureza imutável (DESCOLA, 1998).

Essas cosmologias, além de não negar humanidade aos animais, supõem o corpo humano “como lugar de confrontação entre a humanidade e a animalidade” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002c, p.388). De acordo com o perspectivismo, a categoria “bicho”, “por ser mais abrangente, engloba a de animal [...] pode ser tudo: animal, espírito, aparição ou até mesmo uma pessoa” (DA MATTA; SOÁREZ, 1999, p.122). Se essa concepção for verdadeira, é possível admitir que também no pensamento dos ribeirinhos do baixo Tapajós não há dicotomia na definição do que seja gente.

As suas concepções sobre saúde, corpo e pessoa parecem englobadas por um sistema cosmológico mais amplo sobre natureza e não-natureza, razão pela qual uso a noção de cosmologia proposta por Arhem (1996), que a define como um construto cultural holístico composto por um conjunto de representações e saberes que orienta os indivíduos, moral e existencialmente, na sua interação com a natureza. No contexto amazônico, trata-se de um sistema de pensamento em que os seres não-humanos possuem as mesmas faculdades, os mesmos comportamentos e códigos morais atribuídos aos seres humanos, e, junto com estes (DESCOLA, 1992, 1997), formam uma comunidade de pessoas ordenadas conforme os mesmos princípios (GALVÃO, 1976, 1983; DESCOLA, 1992; ARHEM, 1993; VIVEIROS DE CASTRO, 1996, 2002c; HARRIS, 2000).

O fato de que os trabalhos de Descola (1992), Arhem (1993) e Viveiros de Castro (1996, 2002c) foram produzidos tendo como referência cosmologias indígenas não inviabiliza

sua aplicação para interpretar os dados etnográficos do universo social que estudei. Acredito que a utilização da noção de perspectivismo apresenta um potencial rendimento analítico para compreender o universo cosmológico dos ribeirinhos porque as sociedades e culturas caboclas da Amazônia são, de forma geral, informadas ou se nutrem das tradições indígenas², como observam vários autores que se orientam por diferentes perspectivas teóricas (GALVÃO, 1976, 1983; PARKER, 1985; WAGLEY, 1988; MAUÉS, 1990, 1997, 2005; NUGENT, 1993; TAUSSIG, 1993; SLATER, 2001). Desenvolvido inicialmente para explicar o pensamento indígena sul-americano sobre natureza e cultura, o perspectivismo vem sendo adotado por diferentes autores para analisar o material etnográfico obtido em outros contextos, como, por exemplo, Leirner e Toledo (1998), em sua pesquisa sobre a criação de animais domésticos no meio urbano; Da Matta e Soárez (1999), no estudo que realizaram sobre o jogo do bicho no Rio de Janeiro; e Queiroz (2000), quando abordou o embate discursivo entre ambientalistas e moradores tradicionais da Estação Ecológica da Juréia, no estado de São Paulo.

Considero aceitável estender para a população ribeirinha do baixo Tapajós a afirmação de Rivière (1995, p.192): na Amazônia, o mundo é percebido como sendo “altamente transformacional, onde as aparências enganam”. E, como sugere Da Matta (1993), nesse universo transformacional não há limites claros nem fronteiras irredutíveis entre natureza e sociedade. Cabe, contudo, lembrar o alerta de Érikson (2000, p.44): não fazer do perspectivismo “uma interpretação por demais literal”, e sim uma “dimensão metafórica da metamorfose”.

Para analisar o “mau-olhado de bicho”, utilizo, além do conceito de perspectivismo, a categoria “perturbação físico-moral”, utilizada por Duarte (1986) para designar aquelas doenças que afetam simultaneamente os planos interpessoal e intrapessoal, resultando numa construção diferencial da pessoa. A designação, primeiramente aplicada aos “distúrbios nervosos” entre a classe trabalhadora urbana, passou a ser empregada mais generalizadamente, sobretudo por determinar o caráter relacional da doença. Não obstante Duarte (1998) restringir o sentido da categorização físico-moral ao interior de uma concepção dualista do ser humano, essa categoria possibilita, de acordo com o próprio autor, reconstituir a mediação de fenômenos como “transe” e “possessão” entre a corporalidade e outras dimensões, inclusive a espiritual.

“Mau-olhado de bicho” é considerado, pela população ribeirinha do baixo Tapajós, uma “malinação”, com o mesmo sentido indicado por Maués (1997): uma força intrínseca do

² Lembrando, novamente, que algumas comunidades se autodefinem como indígenas.

comportamento de encantados, pessoas, animais, objetos, e de estados emocionais e fisiológicos. Para o autor, essa capacidade de perturbar a ordem corporal constitui uma categoria central da cultura ribeirinha, intimamente vinculada à noção amazônica de doença. A “enfermidade” é mais comumente provocada pelo “olhar” do encantado ou de algum animal que, sob uma aparência, esconda outra identidade. Como em geral ocorre com caçadores e pescadores ou em situações associadas à caça, à pesca ou a outra atividade extrativista, pode sugerir a idéia da doença como contrapredação, em que há “uma inversão mortal de perspectivas que transforma o humano em animal” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002c, p.392) ou, pelo menos, uma alteração da capacidade perceptiva tipicamente humana.

O “mau-olhado de bicho” afeta tanto o indivíduo quanto o grupo, uma vez que existe a possibilidade de o “mau-olhado atacar” outros membros da família ou da comunidade. Frequentemente, é consequência de um comportamento considerado condenável em relação ao uso dos recursos naturais ou da quebra da reciprocidade dos humanos entre si ou com os não-humanos. Nesse sentido, o “mau-olhado de bicho”, ao contrário do “mau-olhado de gente”, resulta da intencionalidade de um demiurgo que se “engera”.

Os distúrbios físicos que caracterizam o “mau-olhado de bicho” apresentam alguns sintomas que nem sempre são imediatamente identificados como causados por um ser sobrenatural, uma vez que podem se manifestar posteriormente ao encontro com ele: dor de cabeça intensa, dor de estômago, dor de ouvido, palidez, emagrecimento, dor de dente, perda paulatina da consciência e da orientação, enjôo, fezes esverdeadas e vômito. Mas a dor de cabeça intensa é o principal sintoma:

Mau-olhado chega a ser uma doença porque ataca muito a cabeça da pessoa; parece que vai estourar mesmo a cabeça. Ele, às vezes, até desmaia, com tanta dor que não consegue suportar aquela dor. Aí toma remédio, toma remédio, e não consegue passar aquilo. Só quem sabe, que benze, que reza, que dá jeito naquilo.

A gravidade da “doença” é caracterizada também por alguns “sintomas”: comportamento fora dos padrões sociais normais, permanência de sintomas por longo tempo, agressividade, isolamento e perda dos sentidos³. Os dados que obtive em campo mostram que será o caráter “crônico da doença que a colocará num nível de interpretação mais profundo” (BUCHILLET, 1991, p.28), obrigando os familiares do enfermo a procurar um especialista de cura com poderes para diagnosticar e tratar a enfermidade. Além dessas características, também a ineficácia dos procedimentos terapêuticos da biomedicina levanta a suspeita de

³ Sintomas também observados por Maués (1990).

tratar-se de uma doença não-natural. Não obstante Loyola (1984) lembrar que os diferentes tipos de doenças, “materiais” e “espirituais”, não constituem realidades independentes, somente um curador poderá confirmar o diagnóstico de uma doença não-pertencente ao médico.

Exemplo de um “ataque de olho de bicho” relacionado à caça me foi dado por Neuton, ACS da comunidade Piquiatuba, que relatou a sua própria experiência:

Olha, isso aconteceu comigo mesmo. Eu não acreditava muito nisso, e isso aconteceu comigo, que um dia eu fui caçar... sempre, minha mãe, meu avô, que são mais velhos, diziam que existia isso; que a gente não podia caçar à noite, altas horas da noite, porque tinha um bicho que dava mau-olhado na gente. Eu não acreditava e, quando foi um dia, eu fui caçar. Aí, quando eu ia andando no caminho, uma certa coisa aconteceu atrás de mim; começou a assobiar, começou a gritar. Aí eu fui-me embora, não me importei com aquilo, mas, quando eu cheguei lá, pra esperar a caça lá, aquilo assobiou próximo de mim, quando eu topei lá, pra esperar lá a caça. Aí, me deu uma ferrada tão grande na cabeça, eu não consegui ficar lá e tive que voltar rápido pra casa. Cheguei em casa com muita dor na cabeça, parece que ia estourar a cabeça. A minha mãe chamou meu avô, que benzia essas coisas. Aí, ele chegou, pediu um raminho de pião-roxo e outras coisas lá, e começou benzer minha cabeça. Aí, quando começou benzer minha cabeça, eu parece que desmaiei; não soube mais. Quando me recordei, tinha passado a dor, já estava bem. Eu fiquei bom e passei a acreditar que existe mesmo essas coisas aí, que eu não consigo explicar por quê. De vez em quando acontece isso; de vez em quando acontece das pessoas passarem por isso. Principalmente as pessoas que gostam de caçar à noite, que andam à noite. Sempre acontece do bicho dar mau-olhado.

E o ACS de Suruacá, margem direita do Tapajós, me contou sobre um “ataque de bicho” não relacionado à caça ou à pesca: sua filha foi “atacada” pelo Boto enquanto lavava roupa no “porto” da sua casa; ela desmaiou e, quando se “recordou”, já era muito tarde. Ao chegar a sua casa, lhe “deu muita dor de cabeça”, e os pais mandaram rezá-la em Santarém, para desaparecer a “visão”, uma vez que ela continuava a ter visões do “homem” que lhe apareceu no “porto”.

Pessoa atacada pela “olhada de bicho” fica “maluca”, “vira o zezu” (endoidece), disseram meus informantes. Ela “grita dia e noite”, porque o “mau-olhado de bicho desarruma a pessoa com sua malinação”; se não for tratada a tempo, vai perdendo a consciência de “gente”, vai virando “bicho” e morre. Como resultado da “olhada” de um ser encantado, transforma-se em outro ser: “a pessoa fica que nem um bicho mesmo; da mesma qualidade do bicho. Fica fazendo o que o bicho faz, se não tratar”. Isto é, vai perdendo a capacidade perceptiva e o comportamento tipicamente humanos, conforme explicou Neuton:

Meu avô dizia que, se não tratar, a pessoa fica doida. Fica doida, doida. Meu avô me contava que um irmão dele ficou doido por isso, porque esses assobios sempre tem lá, e, quando um dia esse assobio começou assobiar, ele pegou a espingarda e começou a dar uns tiros naquele rumo. E, logo depois daquilo, ele ficou doido. Ficou doido, endoidou que não teve jeito; acabou morrendo doido, porque não teve jeito. E não só isso: como eu tenho um tio que também ficou doido, mas ele teve jeito porque ele procurou um senhor lá, chamado de Laurelino, que era um pajé que cuidou dele; tratou dele e ele ficou bom.

Segundo Inácio, curador da comunidade Surucuá, muito procurado inclusive por moradores de outras comunidades, a pessoa começa a perder a consciência quando “os sintomas se agravam”. Rildo, ACS da comunidade Jauarituba, que me apresentou a esse curador e participou da conversa, completou dizendo que o doente pode “tomar a formatura do bicho”. Sontag (1989, p.49), refletindo sobre outro contexto, mas válido para a doença aqui enfocada, sugere que “mais importante do que a intensidade do desfiguramento é ele refletir um processo subjacente e progressivo de dissolução da pessoa”, desencadeado pelo “mau-olhado de bicho”.

Joselito, ACS das comunidades Paraíso e Jatuarana, margem direita do Tapajós, “filho particular” (tido fora do casamento) de Laurelino Cruz, foi “atacado pelo olho do bicho” quando jovem. Segundo a sua breve explicação, “a gente fica transformada quando tem mau-olhado de bicho. Perde a consciência e, quando é tratado, não lembra. Quando a pessoa volta, ela não lembra. Os outros que vê”. Dona Nazaré, sua tia materna, moradora da comunidade Paraíso, contou-me do “ataque” que ele sofreu⁴. Pelo fato de ser congregada da Igreja da Paz (que condena tal perturbação físico-psíquica por considerá-la uma intervenção do demônio), ela omitiu de sua narrativa o tratamento com o curador, mas ainda assim esta revela diferentes dimensões relacionadas à perturbação causada pelo “assombro de bicho” — e, também, que dona Nazaré, embora evangélica, reconhece que este existe:

Aqui atrás nós temos um lago, e eu acredito que tem alguma coisa que protege ele, porque tem aquelas coisas, de floresta que se diz... aningal⁵, que faz aqueles aningal no lago. Eu acredito que ali tem alguma coisa que protege: a Mãe do lago. Essa Mãe do lago eu não tenho muito incentivo dela, mas, pelo que eu vejo, já tenho visto várias coisas aí. Desde quando eu cheguei, aí dentro desse lago tinham diversos aningais; aliás, uns já saíram, outros ainda estão lá. Aí, o que a gente vê, lá, são enormes jacarés, que sempre se apresentam lá; sucuriju. Tudo isso, eu acho, são sistemas que protegem o lago, e mesmo a floresta do lago, que é a aninga. Eu tenho a história de um sobrinho meu. Quando meu marido foi pro garimpo, nós ficamos aqui — eu ainda estava com meus filhos todos pequenos; aliás, eu

⁴ Essa narrativa foi registrada em 2001 (WAWZYNACK, 2001).

⁵ Aningal é um nicho ecológico caracterizado pela presença de diferentes espécies da flora aquática entrelaçadas, formando uma ilha flutuante.

só tinha três, que eu tenho cinco filhos. Aí eles foram pescar lá no lago, meu sobrinho com meu filho. Colocaram uma malhadeira entre os dois aningaís aí do lago; colocaram lá pra pegar peixe. Aí, quando eles foram ver, chegaram lá tinha uma sucuriçu na malhadeira; uma sucuriçu de 7 m mais ou menos. Eles eram tudo novinho, não tinham força de conduzir com o sucuriçu pra terra, aí eles pegaram, vieram aqui em casa e me avisaram. Eu digo:

— Olha!

— Não, nós vamos lá matar o bicho.

Eu digo:

— Mas como vocês vão matar?

— Não, nós vamos matar, seja lá de que jeito. Nós temos que matar.

Daí eles foram pra lá. Quando chegaram lá, chegou um vizinho, ali da outra comunidade; chegou lá com eles. Lá eles chegaram e mataram. Convidaram ele pra puxar a malhadeira e tudo o sucuriçu pra terra; aí eles puxaram e mataram o sucuriçu. No que eles mataram o sucuriçu, varou outra, assobiando de lá — que assobia um assobio fino. Aí eles ficaram lá, mas não mexeram com o outro, né? Não mexeram, só fizeram matar ele. E deixaram lá na praia o sucuriçu que estava na malhadeira, mas o outro eles não mexeram mais. Aí eles vieram embora, e não colocaram mais a malhadeira lá. Na hora não aconteceu nada. Passou dias. Quando foi um dia, nós fomos ali... fomos convidados pra uma reza que teve ali na outra comunidade; nós fomos lá e ele foi comigo. Na volta de lá, nós voltamos andando. Ele sentiu um remosso [medo, vertigem]. Ele dizia que uma pessoa pegava ele. Nós voltamos já de noite de lá. Ele sentiu um remosso, assim, um medo, que parece que uma pessoa vinha pegar ele. Aí ele dizia pra mim — vinha eu, o meu filho, uma sobrinha que tá em Manaus e ele —, aí ele dizia:

— Titia, vem uma pessoa atrás de mim.

Isso era de noite, né? Aí eu dizia:

— Mas quem?

Ele dizia:

— Mas alumia atrás de mim, que vem uma pessoa querendo me pegar.

Aí eu dizia:

— Mas, não, meu filho, não vem ninguém.

Alumiava com a luz, não tinha ninguém. Não via mesmo ninguém. Aí viemos embora. Quando chegamos aí, na casa da mãe dele, aí onde é a comunidade, o centro da comunidade, aí nós paramos. A mãe dele morava lá, mora ainda até agora; era luar, aí ela disse assim:

— Vocês vão no escuro?

Eu digo:

— Nós vamos.

Ela disse:

— Não. É claro onde é limpo, mas onde tem o mato é escuro. Precisa vocês levarem uma luz.

Aí ela pegou e deu uma luz pra nós trazer. Quando nós saímos de lá, que entramos nessa ponta de mato que entra pro lado daqui, aí ele dizia:

— Titia, vem uma pessoa atrás de mim.

Aí eu clareava e dizia:

— Mas não vem ninguém, não.

O meu filho vinha na minha frente e a minha sobrinha também; ele vinha atrás de mim. Aí nós viemos. Quando chegamos aí no... aqui, pra chegar nessa casa desse vizinho que tem aí — ainda era outro vizinho, não era esse que está morando agora —, quando nós chegamos, ele disse:

— Titia, vem uma pessoa me pegar.

— Mas quem, menino?

Quando eu virei com a lamparina, ele se jogou pra cima de mim. Que ele se jogou, aí eu disse:

— O que foi que aconteceu?

Aí ele não falou mais; não falou, ficou mudo. E pra gente trazer ele de lá foi uma luta. Nesse intervalo, meu filho, minha sobrinha, agarram com ele, e:

— Vamos! Vamos!

Ele falava e perguntava; ele não falava nadinha, ficou mudo. Aí nós pelejamos pra trazer ele, assim, arrastando. Quando nós passamos um pouquinho da casa do vizinho, aí parece que soltou ele. Aí eu chamei ele pelo nome dele, que o nome dele...

— O que está te acontecendo meu filho?

Ele disse:

— Ah, titia, é um homem que veio me pegar; é lá do lago, de lá do lago. Ele veio me buscar aqui pra ir lá na casa dele. E já me deram tanta pisa! tanta pisa! Ele e a velhinha.

Ele disse que tem uma velhinha que tem lá, que toma conta do aningal; ele disse que é dona do aningal. Ele disse:

— A velha me deu uma pisa! De cinturão ainda.

E, olha, a gente percebia que ele chorava; assim, só sabia que ele estava chorando, que estava saindo as lágrimas. Ele fazia assim:

— Hummm.

Mas não falava nada. Já veio falar depois que ele soltou ele. Eu perguntei o que era; ele disse o que era. Aí ele disse que esse homem veio atrás dele por causa que era lá do aningal, porque ele tinha matado o sucuriçu que era o pescador dele; da velhinha e dele. Aquele que eles pegaram e mataram era pescador deles, porque pegava peixe e levava lá pro aningal, pra ela comer; ele disse que era pescador dele. E, aí, nesse intervalo, nós viemos. Viemos, quando chegamos, ele disse assim:

— Titia! é a velha. Tá doida pra me levar lá pro aningal!

— Mas como é que ela vai te levar?’ — eu disse.

Aí ele disse:

— Não, mas eles estão me perseguindo.

Pois, sim! Quando nós chegamos aqui, eu vinha varando ali — ele enxergava, só que a gente não enxergava; ele enxergava na vista dele, mas a gente não enxergava —, aí, quando chegamos aqui, ele disse que a velhinha tinha varado aqui no terreiro; ele disse:

— Lá vem, titia! Vem com pau!

Ele disse que ela era uma velhinha baixinha, toda tortinha, já mesmo velhinha mesmo; ela veio reclamar que ele tinha matado o pescador dela. Aí ele endoidou, assim... ele queria correr, ninguém deixou; aí pelejamos até que trouxemos e fizemos sentar ele aí. Aí eu me lembrei de fazer minha oração, assim, de igreja mesmo, pra ele. Aí eu disse assim:

— Sustenta ele.

Ficou sentado; eu mandei o meu filho e a minha sobrinha segurar ele. Eu tinha deixado as duas filhas minhas mais criança dormindo aqui, aí eu abri a porta e entrei. Quando eu entrei, a outra minha sobrinha disse:

— Titia! Venha aqui que ele vai correr!

— Mas será que ele vai correr?

— Vai! Vai!

E aí ele estava indignado pra correr. Aí eu cheguei lá, fiz ele sentar de novo. Nós fizemos sentar, nós três; quase ninguém segura ele. Aí fizemos sentar. No que sentou, eu disse assim, eu chamei pelo nome dele:

— João! — que o nome dele é João.

Chamei:

— João.

Aí aquela voz respondeu:

— Eu não sou João, não. Eu sou a Mãe do lago, a dona do lago que vim buscar ele. Agora eu tenho que levar ele com corpo e alma, porque ele matou meu pescador de lá.

Aí eu disse:

— Pois tu não leva! que tu não é mais do que Deus e Nossa Senhora. Tu não é mais do que Deus. Não, tu vai deixar meu filho aqui.

Ela dizia que não deixava, não. Aí eu fiz a oração, oração de igreja mesmo. Fui lá na cabeça dele e, rezando, pedindo a Deus. Aí a minha sobrinha, ela sabia outra oração, que tinham ensinado, de igreja mesmo, pra ela. Ela disse que era bom pra afugentar, assim, espírito que se invocava em pessoa. Ela pegou, fez a oração dela, aí ele caiu no chão. Que ele caiu, parece que desinvocou aquilo dele. Não demorou, eu chamei ele, aí ele respondeu. Aí perguntei o que era; disse que era a velha de lá do lago. Eu acho que é essa que protege lá o lago. Depois disso, dele melhorar, ela não apareceu mais. Uma vez, ainda, ela apareceu pra ele lá na casa da mãe dele. Mas, depois, com banhos que a mãe fez pra ele, e remédio, ela deixou ele de mão. Aí ela deixou ele, mas ele mesmo diz que ele tem medo de ir lá no lago. Ele vai, mas, diz ele, assim, com sobrosso.

De acordo com as explicações de diferentes comunitários, a maioria dos casos de “ataque de bicho” que ocorrem durante as caçadas se dá pelo desrespeito aos “regulamentos dos donos”, por passar pelo lugar sem pedir licença ou em horários não permitidos, ou por mexer com eles: “A pessoa sai pra caçar; faz um mutá⁶. O bicho vem transformado na caça — não é animal, só é transformado —, aí a pessoa atira. No final, dá mau-olhado na pessoa. Aí a pessoa se sente ruim”.

O “mau-olhado de bicho” afeta quem não cumpriu o “contrato” estabelecido com o “bicho”, especialmente com a Curupira⁷, ou agiu de forma desrespeitosa às normas orientadoras das práticas de convivência com a natureza e do uso dos “recursos” existentes em cada um dos lugares pertencentes a eles. Descumprir o “regulamento”, que é “dado” pelos “donos do lugar” ou através do curador (ou pajé), durante os “trabalhos”, resulta em castigo na forma de adoecimento, conforme me explicou um comunitário:

E aí eles castigam quem não cumpre o regulamento. Às vezes, a pessoa, quando abusa demais, pisa por cima do regulamento, abusa demais das coisas que ele pede pra gente, às vezes a gente escapa até de morrer. Ele vem, tipo assim, ataca. A gente chama, tipo assim, mau-olhado; tipo uma doença que dá. Sofre mesmo. Porque, às vezes, a pessoa não respeita, vem abusar, vem destruir as coisas. Aí eles ficam com raiva, ficam irritado mesmo. De vez em quando eles dão mau-olhado. [...] desarruma a pessoa com sua malinação.

⁶ Estrado feito no alto das árvores sobre o qual o caçador espreita a caça.

⁷ Apesar de, no decorrer deste texto, tratar Curupira no feminino, este ser, segundo os ribeirinhos, pode se transformar e se manifestar nos dois gêneros, sendo tratado por eles ora como macho, ora como fêmea.

Cardoso (2005, s.p.) fornece elementos para uma interpretação do itinerário terapêutico envolvendo a comunidade, o curador e a pessoa “assombrada de bicho”, bem como para outras doenças, ao propor

[...] que o modelo de diagnóstico e cura nativo tem a dizer sobre as relações entre planos diferenciados da existência dos seres, ou seja, a uma lógica classificatória das espécies de seres e das suas relações. Estaremos, então, no terreno imediato da *troca*, no qual a ‘doença’ não é mais do que o resultado assimétrico de relações ‘perturbadas’ entre esses planos e demanda uma operação de restauração dos princípios que a engendram.⁸

Como saber que é “mau-olhado de bicho”? Inácio disse que descobre através da “oração”, pois é ela “que permite identificar se a coisa pertence ao benzedor ou se pertence ao médico”. Para saber se é “mau-olhado de bicho”, avalia-se o resultado do uso dos remédios: “Passa todo tipo de remédio que você sabe que é bom pra cortar e não passa, e aí, com a benzeção do curador, aí ela vai e corta”. Ou, de acordo com outra explicação, “só se descobre que é mau-olhado quando o médico não consegue identificar o sintoma”.

Dona Gracinha, puxadora e benzedeira residente na comunidade Itapaiuna, me explicou como faz para saber se é “mau-olhado de bicho”:

A gente sabe, assim, perguntando; sempre a gente sabe, assim, perguntando como foi que começou; onde ele tava pra acontecer aquilo. E, sempre, as pessoas dizem: ‘Eu tava saindo... tava bom, ia saindo e vi qualquer misura’⁹ — que a gente chama de misura, né? — ‘perto de mim, e depois daquilo aconteceu isso’. Aí a gente manda que ele procure alguém que reze, que saiba dessas coisas, as pessoas mais velhas, pra cuidar dele.

Gracir, 54 anos, residente em Nuquini, conhecido como grande curador¹⁰, me explicou que “são os espíritos que dizem se o caso é de cigarro ou não”. O “cigarro” a que ele se refere, de tabaco e semente de cumaru ralada enrolados com entrecasca de tauari, é fumado pelos curadores durante os “trabalhos para desinvocar o bicho”. Nessa circunstância, enquanto vai assoprando a fumaça sobre o “paciente”, o curador vai revelando as admoestações do “espírito que assombrou a pessoa”. Esse cigarro também é usado pelos caçadores e pescadores, quando se encontram na floresta caçando ou no rio pescando, para se proteger da “malinação dos bichos”.

⁸ No decorrer deste texto, salvo indicação em contrário, todos os grifos constantes das citações fazem parte do original.

⁹ “Misura”, como veremos adiante, refere-se a diferentes “formas” de um “bicho” manifestar sua “presença”.

¹⁰ Gracir é uma das lideranças de sua comunidade. É conhecido como um bom contador de histórias de encantados, como uma pessoa que “encarna personagens”, “incorpora espíritos”. É muito procurado por moradores das comunidades das duas margens do Tapajós e das cidades de Aveiro, Belterra e Santarém para tratamento.

Durante o “trabalho” de cura do “mau-olhado de bicho”, os curadores não rezam em voz alta e não podem “ensinar”, porque, se ensinarem, perde-se a eficácia do tratamento e a “veracidade da coisa”. Inácio relatou que, antes de “fazer o procedimento”, ele “prepara” a pessoa defumando, banhando e rezando ela, “porque antes precisa ser rezado”. Os “remédios” consistem basicamente em benzeções, defumações, banhos e infusões. Na defumação, é recorrente o uso de breu de Cunauaru¹¹, breu-branco e envirataia como “ingredientes”. Para o tratamento do “mau-olhado de bicho” com banho, são boas algumas plantas “fedorentas” como alho e mucuracaá, e é sempre aconselhável o uso de envirataia.

Como coloquei, no caso do “mau-olhado de bicho”, somente um curador poderá confirmar o diagnóstico de uma doença não-natural. Além disso, essa doença pode ser indicativa da possibilidade de a pessoa poder tornar-se curador, sobretudo se for um “dom de nascença”. Nesse caso, a doença tem caráter iniciático (MAUÉS, 1990).

Com base no material etnográfico aqui analisado, é possível concluir que o “mau-olhado de bicho” implica na possibilidade de ruptura da identidade tipicamente humana, pois a pessoa, ao ser “atacada” pelos seres demiúrgicos que habitam a floresta e o rio, se não for convenientemente tratada passa a ter o ponto de vista desses seres. Se o ponto de vista está no corpo, a perturbação físico-moral provocada pelo “olho de bicho” o afeta, podendo resultar em perturbação de uma determinada coerência do mundo, pois, como sugere Le Breton (1995, p.65), “pensar o corpo é outra maneira de pensar o mundo”. Assim, a categoria “engerar” denota a concepção de corpo como processo no qual ocorre uma permanente troca de aparência e de construção e desconstrução da pessoa, que é levada a adotar outros pontos de vista sobre si mesma e sobre os outros seres, humanos ou não-humanos, a partir do “mau-olhado de bicho”.

“Encantes” da mata e do rio

Para situar o “mau-olhado de bicho” no interior da cosmologia dos ribeirinhos do baixo Tapajós, é preciso relacioná-lo a outras dimensões, especialmente ao modo como eles concebem o ambiente da floresta e do rio.

¹¹ *Hyla venulosa*, o Cunauaru (do Tupi Kunawa'ru), é uma “Perereca da região amazônica [...], de cor bruna e olhos vermelhos, que nidifica em cavidades de árvores resinosas, principalmente o breu-branco. 2 Resina encontrada no ninho dessa perereca, a qual [...] quando queimada, produz uma fumaça com propriedades de desencaporar quem quer que lhe sinta o perfume” (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2008). Segundo escreveu Barbosa Rodrigues em 1890, a resina de Cunauaru era empregada “contra dores de cabeça, em fumigações” (BARBOSA RODRIGUES, 1890 apud LÉVI-STRAUSS, 2004, p.304). Esse sapo pequeno (aproximadamente 0,9 m) se “engerá” em “bicho grande”, como veremos mais adiante.

Navegando durante o dia, ao olhar a floresta margeando o rio, tem-se a impressão, num primeiro momento, de que ela é uma extensa paisagem homogênea. No avançar do barco, a nuance de cores resultante do “encontro” da água do rio com o céu vai atraindo a atenção do observador estrangeiro. Durante a noite, as estrelas, a lua, as nuvens e os meteoritos desenhavam no firmamento uma paisagem celeste fascinante. Ao longe, perfilando a bombordo e a estibordo, apenas a silhueta verde-escura da margem, que também orienta o piloto do barco.

A paisagem vista do barco pelo observador e a percebida pelos ribeirinhos não coincidem. O “sistema de caboclo” é distinto do sistema do “técnico”. Isso porque o espaço que os ribeirinhos habitam é subdividido em diferentes setores, “paragens”, os quais são classificados segundo um sistema cosmológico que lhes atribui significados específicos. De acordo com esse sistema, os espaços são também considerados como domínio de seres encantados, que, em virtude dessa condição, estabelecem “regulamentos” de acesso a eles, bem como para o seu uso e para o trânsito por eles. Os “donos” são reconhecidos como “protetores” das árvores, dos lagos, dos igarapés, dos igapós, das praias, do rio, dos aningais e dos animais terrestres e aquáticos¹². A floresta é constantemente vigiada por esses seres e, por isso, é preciso atenção, pois, como recorrentemente lembram os ribeirinhos: “Se as paredes têm ouvidos, o mato tem olhos”.

Nesse contexto etnográfico, a interação entre o homem e o meio natural não se restringe ao aspecto exclusivamente econômico ou material; ela se apresenta como uma relação moral, de troca recíproca, e a natureza é representada como pessoa (WOORTMANN, 1967; GALVÃO, 1976; DA MATTA, 1993). Assim, é preciso conhecer o conjunto de representações (realidades ideais) a partir do qual o grupo social interage com o meio, uma vez que elas são referenciais para suas práticas, constituindo-se em um sistema de orientação, um mapa cognitivo sobre a propriedade das relações estabelecidas pelos homens entre si e com o seu entorno (GODELIER, 1989).

Em qualquer contexto sociocultural, o meio natural é uma realidade transformada, em maior ou menor medida, segundo as representações feitas sobre ela. Portanto, é preciso atentar para as condições ecológicas e para as diferentes maneiras como as representações são criadas, porque o homem não fica passivo frente às constrições do meio. O grupo social não apenas reflete as condições naturais, ele se apropria delas, sistematizando-as e revestindo-as de significado (LÉVI-STRAUSS, 1986; MAUSS, 2003b).

¹² Sobre a crença em seres encantados na região do Tapajós, ver Vaz (1996).

A cosmologia dos ribeirinhos do baixo Tapajós postula o reconhecimento dos elementos do meio como possuindo poder de encantamento e como pessoas com as quais se estabelecem relações recíprocas. As pessoas não comentam explicitamente sobre a presença e a ação dos encantados na vida cotidiana, especialmente quando estão diante de estranhos (sobretudo dos técnicos vinculados às agências modernizadoras que atuam na região); nessas circunstâncias, são “mentiras contadas pelos antigos”, lembradas para “alegrar” os visitantes. Contudo, as pessoas acreditam que os “bichos andam por aí [, pois] eu já tenho visto”, como fica claro na fala de um morador da Prainha do Tapajós:

A gente sente quando a gente está por aí, que eles dão aqueles sinais pra gente. Sinais que a gente deve respeitar também, ter cuidado, porque não se deve entrar num lugar sem observar as coisas. [...] deixou aquilo como que seja numa casa. O camarada só pode entrar se pedir permissão. [...] Tem esses donos.

A presença dos “bichos” é sentida, quando da sua manifestação, sob diferentes sinais e aparências. A despeito de aparecerem fisicamente aos humanos ou de ser possível conversar com eles em algumas ocasiões, freqüentemente eles permanecem invisíveis, sinalizando sua presença através de sons, “assobios”, “pitiú” (odores característicos de cada ser ou de determinados estados) ou “misura”. A Curupira, por exemplo, geralmente indica sua presença batendo no tronco das árvores, gritando ou assobiando, mesmo mantendo-se invisível.

Entre os ribeirinhos, o termo “misura” indica a capacidade do “bicho” de manter-se invisível mas manifestar sua presença à pessoa da qual ele se aproxima: “Às vezes, eles passeiam por perto da gente também dando os sinais deles assobiando; às vezes, eles passam perto da gente, dá aquele arrepio”. Um dos meus informantes explicou de outra forma o significado da “misura”:

Misura, que a gente diz, é aquilo que a gente não consegue enxergar; que a gente escuta mas não consegue enxergar. A gente chama de misura isso. A gente não vê, porque assobia perto da gente e a gente não consegue ver nada. Só consegue ver aquele assobio, aquele grito lá, mas não consegue ver nada.

Para ilustrar a atualidade e a generalidade da crença na existência dos encantados entre os ribeirinhos, entre muitos exemplos possíveis, um é extremamente significativo, por revelar a interface com outro sistema, o tecnológico. Trata-se de um episódio relatado por Marcos — “comunicólogo”¹³ do PSA e, na época da minha pesquisa de campo, coordenador do Projeto

¹³ “Comunicólogo” é o termo que Marcos utilizou para denominar a sua atividade: ele trabalha com material educativo em vídeo.

Superação¹⁴ — que demonstra a continuidade das concepções sobre a existência de seres encantados mesmo quando mediadas pelo sistema tecnológico de comunicação.

Segundo esse informante, um tempo atrás, quando gravou um vídeo sobre pesca predatória, aconteceu algo que o deixou surpreso. Os personagens eram representados por jovens da comunidade onde a gravação estava sendo realizada, e, numa determinada cena, o Boto saía da água para reclamar da utilização de bombas¹⁵ pelos pescadores, que as usam para matar peixes. No roteiro, estava definido que o ator que representava o Boto tiraria a cabeça para fora da água e assobiaria, imitando o “bicho”. Esse ator perguntou, então, ao Marcos, qual a hora em que o vídeo passaria na televisão, e este lhe disse que seria à noite. Diante da resposta, aquele se recusou a fazer a imitação, alegando que não se imita o “bicho” durante a noite, mesmo através de imagem gravada em outro horário; se fizesse isso, o Boto viria “pegá-lo” — e a cena foi gravada sem o áudio do assobio.

Esse acontecimento indica a forte presença das concepções locais no cotidiano da população ribeirinha, as quais orientam também a sua relação com outros sistemas. Tal relação entre diferentes sistemas está presente inclusive nas esferas da saúde, da economia e da política, pois o caboclo ribeirinho apreende os eventos e exerce suas atividades cotidianas orientando-se por uma concepção do universo sociocósmico na qual não existe dicotomia ou antagonismo entre as dimensões naturais e sobrenaturais (GALVÃO, 1976; WAGLEY, 1988; MAUÉS, 1990; HARRIS, 2000; SLATER, 2001).

A floresta é um espaço dotado de significados, “morada” de muitas e diferentes potências que afetam as condições de reprodução da natureza, dos indivíduos e da sociedade, pois interferem nas práticas cotidianas concernentes à saúde dos humanos, à relação destes entre si e com o meio ambiente. Como diz Da Matta (1993), existem seres e zonas intermediárias ligando a natureza com a cultura e sustentando o encantamento de ambos os domínios. De acordo com tal concepção, os diferentes espaços são apreendidos como domínio dos encantados, ou “bichos”, que mediam a relação do homem com o meio, interferindo, então, nessa relação. São seus “donos”, seres dotados de poderes para regular o “movimento” da mata e do rio, bem como para prescrever, mediante “regulamentos”, orientações sobre o uso dos recursos naturais neles existentes. Segundo Da Matta (1973, p.73), “o caçador e o pescador não encaram sua atividade como possuindo um caráter exclusivamente técnico; nela existem

¹⁴ Financiado pelo Instituto Airton Sena, o Projeto Superação é executado pelo PSA em algumas comunidades ribeirinhas da Flona e tem como objetivos, segundo Marcos: estimular o trabalho dos jovens, em grupo e em parceria com a escola, para elaborar projetos, sistematizar, planejar, executar e avaliar as atividades realizadas.

¹⁵ Bombas são petardos confeccionados com pólvora enrolada em panos e plástico que, atirados na água, explodem. É uma técnica usada por alguns e tem alto impacto sobre a fauna e a flora aquáticas.

também elementos de ordem sobrenatural que parecem indicar a entrada do homem num universo governado por regras diferentes das que regem a sociedade humana”.

Se considerarmos as análises de autores como Descola (1992, 1997), Arhem (1993, 1996), Viveiros de Castro (1996) e Rival (1998), essa diferença de regras pode ser menor do que sugere Da Matta (1973), uma vez que não se tratam de realidades distintas. Como os elementos da natureza são percebidos e tratados como pessoas, “entidades morais”, seres dotados de atributos humanos, a relação entre seres, humanos e não-humanos, é tratada como relação entre pessoas (DESCOLA, 1992; DA MATTA, 1993; VIVEIROS DE CASTRO, 1996). Na teoria nativa, explicitada por Lino, benzedor e puxador da Prainha do Tapajós (tio de Jocenita), eles “são pessoas, só que nós não vê. Faz o mesmo que nós. Na hora que tão danado, prejudica. Tem pessoas que não acredita que existem. Que eles existem, existem”. Assim, pode-se considerar esse universo como amplamente relacional, no interior do qual as obrigações recíprocas entre natureza e homem evidenciam-se no “zelo” que este tem pelo meio, de modo a retribuir a “assistência” dada por aquela, que lhe fornece os “recursos”.

A existência de seres encantados, tidos como “protetores da natureza”, orienta a classificação, organização e apreensão do entorno pelos ribeirinhos. Numa homologia com a sociedade humana, os “donos” estabelecem “regulamentos”, definindo atitudes para o acesso a suas “moradas”, o trânsito por elas e o uso dos recursos naturais nelas existentes:

Aí, o dono dá aquele exemplo; ele põe aquele regulamento pro cara não fazer, não devastar, não abusar. Porque, às vezes, eles pedem pra gente mesmo, o dono pede pra gente não abusar, não esbagaçar assim tudo que tem mesmo dentro da natureza, do igarapé. [...] Como eles sempre dizem: serve pra nós, serve pros filho da gente, pra outras pessoas que venham sobreviver daquilo.

Além desses espaços, situados no plano imediato da natureza, existem os “encantes” aquáticos, considerados como “morada”, onde os encantados da água formam sociedades análogas às dos homens. As descrições desses “encantes” apresentam um universo simetricamente inverso das pessoas que vivem no plano “aqui de cima”, conforme sugere Da Matta (1993). É para lá que os homens podem ser “arrastados” para curar, no “hospital do encanto”, os animais que feriram durante a pesca. Rui, morador da comunidade Paraíso, me contou a história de um pescador levado a um desses “hospitais”:

Um camarada estava pescando, apareceu um colega: era um boto mexendo na rede. Ele pegou a zagaia, tocou na costa do boto. Aí o boto foi embora, com a zagaia na costa. Com umas horas, veio uma canoa, lá de fora — isso era mais ou menos de noite. Vinha remando, remando, chegou lá, falou com o pescador:

— Olha, companheiro, nós viemos aqui porque você feriu um colega nosso e ele está passando muito mal no hospital. E só quem pode curar ele é você.

Aí o pescador respondeu pra ele:

— Eu feri o companheiro de vocês?

— Feriu.

— Não, não feri.

— Feriu.

— Não feri. Eu joguei uma zagaia foi num boto, mas não foi em gente.

— Pois é esse mesmo. Agora você tem que ir pra curar o nosso colega, que tá doente.

— Como é que eu faço pra ir pra lá?

— Embarque aqui na nossa canoa, nós vamos lhe levar lá. Você cura ele e, de lá, nós vamos te trazer aqui.

Aí ele embarcou e foram embora pra fora. Quando chegaram no meio do rio, o camarada disse pro pescador:

— Agora feche o olho.

Aí o pescador fechou o olho.

— Você só vai abrir o olho quando nós mandar você abrir o olho.

O camarada fechou e, quando ele disse ‘Abre o olho’, que ele abriu, ele estava no fundo da água. Viu lá o boto com a zagaia na costa, viu lá o médico. O médico que tava dando assistência pro boto era um tracajá bonito de tamanho. Aí ele foi, chegou lá e disse:

— Ah, sim, é você o rapaz que eu lhe zagaiei, mas vou já tirar a zagaia.

Aí, ele foi com jeito, deu um puxão, tirou a zagaia da costa do boto. Lá ele foi, entregou ao médico tracajá. O tracajá foi e fez o curativo, o boto ficou bom. Na hora que fica bom, ele via, lá onde estava o boto nesse hospital, a quantidade de boto ferido através de zagaia. E ele também via que muitos peixes, que o pessoal às vez fura e não aproveita, estavam lá também, se curando com o médico tracajá. Aí, os camaradas vieram trazer ele. Mandaram ele fechar o olho. Quando ele fechou, a hora que ele buiô [boiou] já foi perto da canoa.

Alguns desses “lugares” são tidos como suas “propriedades” ou “casas”:

A gente conhece, sente que tem. Por causa que, por exemplo, na água a gente tem aqueles que chamam... aqueles donos. [...] A gente considera e respeita, muitas vezes, os encantados que têm as propriedades perto da gente também. Eles são os donos do local. Esses aí que são os proprietários desses locais.

O acesso a essas “paragens”, o trânsito por elas ou o uso dos seus “recursos” devem ser precedidos por pedido de autorização por parte da(s) pessoa(s), sobretudo nos horários em que os “donos” estão “fora dos encantos”. Os “bichos”, “donos” dessas “paragens”, estabelecem temporalidades próprias, segundo o “costume” de cada um:

Tem um regulamento que é dado pelos donos. Eles pedem pra gente não estar seis horas da tarde; que é proibido andar muito na beira do rio. Eles pedem pra gente não pisar em cima das moradias deles, porque, às vezes, a gente não sabe onde é.

[...] tem esse costume aqui. Tem o igarapé do Jacaré aqui, e, quando passa uns quinze, dez minutos do meio-dia, a gente tem um sistema, sistema de caboclo: ‘Minha avó me dê licença d’eu passar aqui com meus filhos, com minha mulher ou com meu pai’. [...] Às vezes, a gente não está vendo, mas ele está vendo a gente. Como, às vezes, acontecem muitas coisas aí, problemática; às vezes, até dá morte. Às vezes, a pessoa abusa. Tem bicho que não gosta de muito barulho. Principalmente aqui, no nosso porto aqui, tem o dono daí.

Os ribeirinhos acreditam que, em determinados horários, o “encante está aberto pra eles [os “bichos”] andarem, não é hora de gente andar”. Nessas ocasiões, o encantado, é apreendido como pessoa pertencente ao círculo de parentes: tratam-no como “minha avó”, “meu avô”, “minha tia”, “meu tio”, “minha comadre”, “meu compadre”.

Como já coloquei, eles conhecem as normas do “regulamento” em duas circunstâncias: diretamente, quando encontram os “bichos” na mata ou no rio, e pelo “sistema de ir na casa do pajé”. Como os pajés transitam entre os diferentes planos e podem conversar com os “donos”, eles, quando estão “invocados” pelos “bichos” durante o “trabalho”, informam aos homens sobre os “regulamentos”. Lino me explicou que o “dono do lugar pede através do pajé, e o pajé fala pras pessoas”:

Às vezes, eles vêm através do pajé. A gente vai fazer o trabalho, aí eles vêm, aí eles dizem pra gente que nós não pode fazer isso, a gente não pode devastar o rio, a gente não pode devastar a mata pra não acabar com tudo. Então ele pede pra não devastar. Ele pede através do pajé, e o pajé fala pras pessoas. [...] Então, tudo por aí tem encante, que a gente respeita. Todos esses encantados, [...] eles já falaram com nós através do pajé, pedindo que a gente usasse, mas usasse com respeito; andasse na hora certa, que o horário deles é meio-dia; que a gente respeitasse o horário deles, que nesses horários eles estavam andando.

Embora os ribeirinhos afirmem que não existem mais pajés capazes de viajar ao mundo dos encantados ou de conversar com eles, os indicam como aqueles que informam sobre os procedimentos a serem adotados ou sobre qual a transgressão cometida. Essa aparente contradição revela que esses saberes mantêm-se na memória coletiva desde um tempo em que os pajés sacacas viviam nas comunidades. Cabe antecipar que a explicitação desse “regulamento”, pelo pajé, ocorre por ocasião do tratamento de uma pessoa “atacada de mau-olhado de bicho”.

Embora os “donos” estabeleçam restrições ao uso dos recursos existentes nos seus domínios, é possível estabelecer com eles um “contrato”, cujos termos são definidos num contato direto entre homem e encantado. Em caso de “precisão”, ou conforme “a consumição da casa”, pode-se caçar, pescar, cortar árvores, extrair frutos e essências florestais além da

quantidade aceitável desde que se peça permissão. Um morador da Prainha do Tapajós me deu esta explicação: “a gente tem um sistema de conversar com eles, a gente pede pra eles. Só não querem que abuse e também não caia na onda dos outros, pra também não fazer destruição”. Entretanto, só por desconhecimento ou “ambição”, uma pessoa já pode infringir o “regulamento”, e, mesmo não tendo cometido uma ação que possa ter irritado o “dono” de uma determinada “paragem”, o fato de andar por ela mal-intencionada pode resultar na sua desorientação, como se aquele soubesse previamente dos propósitos: “muitas vezes, a gente vai pra lá e, muitas vezes, a pessoa não sabe se tem dono; chega lá, vai querer tacar o machado, vai querer apanhar na marra. Se o dono acha ruim, taca-lhe mau-olhado, outras coisas. Até endoia. Vira o zezeu”.

Como vimos, esses seres mantêm-se geralmente invisíveis, manifestando sua presença sob outras formas, embora possuam a potencialidade de transformar-se em seres de outras espécies, animados ou inanimados, e, em determinadas circunstâncias, lançar seu olhar sobre os homens, afetando a mente e o corpo destes. Ou seja, alteram sua condição de pessoa. Na maioria das situações, a transformação de um “bicho” em algum outro tipo de ser está relacionada ao desrespeito ao “regulamento”, à “ambição” e à circulação pelas “paragens” em horários que os perturbam:

Sai matando caititu porque pensa que tem fartura; todo dia vai matar. As Mães das caças não gostam, porque [o caçador] não procura outro meio de viver, é só aquilo mesmo. Se transforma em caititu, se transforma em qualquer tipo de animal da mata. [...] O bicho [é] que se transforma em caça quando eles não estão aceitando a pessoa naquele local. O bicho vai, se transforma na mesma caça. Aí vai prejudicar ele.

“Engerar”

Como a categoria “bicho” pode, semanticamente, ser aplicada para classificar qualquer ser estranho ou potencialmente perigoso, ela abrange, além dos encantados, as agências modernizadoras e seus técnicos, os quais, sob diferentes “formaturas”, aparecem repentinamente na vida cotidiana, individual ou coletiva, tentando estabelecer novas “modas”, muitas delas conflitantes entre si e, sobretudo, com a tradicional. Além disso, os “bichos” provocam “assombro”. É notório o significado do olho e do olhar no estabelecimento, manutenção e rompimento das relações sociais; é pelo olhar que os humanos e os “bichos”

afetam o outro, provocando diferentes sentimentos, reações e perturbações. No caso dos “bichos”, resulta no “assombro de olhada de bicho”, ou “mau-olhado de bicho”.

A categoria “engerar” revela o caráter transformacional dos seres do universo do caboclo ribeirinho do baixo Tapajós. O Boto, moço que aparece nas festas para namorar as mulheres e desaparece na forma de peixe, e a Boiúna, cobra capaz de “engerar-se” em diferentes espécies de seres, animados ou inanimados, afetam a vida cotidiana e o próprio corpo dos indivíduos. Assim, a categoria nativa “engerar” revela-se instrumento de apreensão do mundo e de organização da experiência social.

Seguindo a orientação de Dumont (1993, p.201), tentarei estabelecer as relações da categoria “engerar” com outros elementos da configuração global da cosmologia dos ribeirinhos e ver em que medida aquela oferece “ao pensamento os recursos de organização e operação do mundo”, sobretudo os relacionados à saúde, ao corpo e à pessoa. O “engeramento” indica que não existem fronteiras rigorosas entre humanidade e animalidade, natureza e cultura (INGOLD, 1995; VIVEIROS DE CASTRO, 1996); entre essas dimensões há uma formidável porosidade.

A categoria “engerar” está diretamente associada à perturbação denominada de “mau-olhado de bicho”, pois os ribeirinhos acreditam que os “bichos”, seres capazes de mudar de aparência tanto física quanto comportamentalmente, sejam os agentes causadores de algumas modalidades de doenças. São seres com poder virtual de transformação e de provocar alterações físicas e psicológicas na pessoa vitimada pelo seu olhar.

A capacidade de um ser “engerar-se” revela a importância da corporalidade na definição e construção da pessoa e das implicações da doença sobre ambos (DUARTE, 1986; SEEGER; DA MATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1987; MAUSS, 2003a). A orientação de Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987, p.20), de que “perguntar-se sobre o lugar do corpo é iniciar uma indagação sobre as formas de construção da pessoa”, adquire complexidade ainda maior quando se considera que algumas “perturbações” implicam em alterações do corpo.

Na bibliografia antropológica sobre a cultura do caboclo amazônico, são recorrentes as referências aos seres que se metamorfoseiam em outros, inclusive em humanos, capazes de causar distúrbios físicos e psicológicos nas pessoas (GALVÃO, 1976; LINS E SILVA, 1980; WAGLEY, 1988; CRAVALHO, 1993, 1998; LOUREIRO, 1995; SMITH, 1996; HARRIS, 2000; SLATER, 2001; LUNA, 2002), embora nem todos os autores definam esse fenômeno como objeto de análise ou o submetam a uma análise teórica mais específica.

Entre os seres encantados que se manifestam aos homens na “formatura” humana, o mais conhecido é o Boto, que também possui a capacidade de metamorfosear-se corporalmente na “formatura de um animal”. Slater (2001) afirma, a partir das narrativas obtidas na pesquisa de campo que realizou em Parintins, no estado do Amazonas, que os seus informantes estavam convencidos de que o Boto não apenas aparece sob a forma humana, mas é efetivamente humano quando comparece aos eventos sociais. O autor relata a existência dos “filhos do Boto” e de doenças causadas pelo prolongado convívio com esse encantado, as quais podem levar o indivíduo à morte. Em minha pesquisa, a sua transformação em animal apareceu apenas no relato de dona Gracinha, a qual disse que ele “se engera em porco, cavalo, cachorro mesmo”. Entretanto, há uma série de outros seres possuidores dessa capacidade transformacional e de interferir na vida cotidiana da coletividade, no comportamento e no corpo das pessoas. Um exemplo é a Curupira, sobre a qual falarei mais adiante, que “administra a mata”.

Os ribeirinhos acreditam que também os humanos podem transformar-se em outros seres, independente da “olhada do bicho”. Explicam que os índios, quando muito velhos, embrenham-se na mata e, no isolamento, transformam-se em alguma espécie de “bicho”. No caso, no Jurupari ou no Mapinguari, seres resultantes dessa metamorfose de humanos em não-humanos, com poder de interferir na vida cotidiana das pessoas, afetando a sua consciência, levando-as a perder a memória e a desorientar-se na floresta ou no seu relacionamento social, ao romperem com normas e valores socialmente estabelecidos.

Outro ser capaz de metamorfosear-se em outros e associado ao tratamento do “mau-olhado de bicho” é o Cunauaru, “sapo pequeno que se transforma em bicho grande”. Sua “baba”, ou “merda”, depois de transformada em breu (“muito cheiroso”), entra, juntamente com outros “ingredientes”, caso seja indicado na oração (como já coloquei), na composição do “remédio” utilizado pelos curadores para defumar “altas dores de cabeça” de pessoas “atacadas de mau-olhado de bicho”.

Na “qualidade de bicho”, o Cunauaru “se engera pra qualquer um bicho que ele queira”. Ele é tido pelos ribeirinhos como “rei das minas” de copaíba, andiroba, massaranduba e outras essências florestais, com quem é possível estabelecer um “contrato” caso não se esteja encontrando os “recursos” procurados ou se pretenda obter uma boa produção: “Se estiver tirando breu e não tirar nada, pede pra encontrar breu que tira”. O “contrato” (ou “promessa”) para obter “recursos” numa quantidade desejada geralmente estabelece, como contraprestação, o pagamento, pelo homem, com “cigarro branco” (industrializado) ou tabaco.

Diferente de outros “bichos”, o Cunauaru não exerce domínio sobre uma determinada “paragem”, e é difícil “ver a pessoa judiada por ele” apenas por transitar fora dos horários, como no caso de outros “donos”: “não é bicho pra malinar de ninguém, assim, pra matar”. Segundo Lino, “se ele fosse um animal brabo ninguém caçava mais, porque nessa floresta tem demais. Na floresta, é grito de Cunauaru pra todo lado. Ele mora no oco do pau. É difícil ele estar malinando com as pessoas”. Entretanto, quando fica com raiva porque a pessoa descumpriu o “contrato”, “ele vem de onde tiver procurar pelo sujeito. Só volta se cumprir o contrato”. Nessa circunstância, “se for pra comer gente, ele come quando está muito brabo”.

Numa das narrativas que registrei, o Cunauaru transforma-se numa mulher que aparece, em “sonho”, para um “cabra muito safado”, durante o descanso do corte da “seringa”. Este o provoca, duvidando da sua existência: “Olha, se tu fosse uma mulher, tu vinha dormir comigo”. Então, na “formatura de mulher”, o sapo desce da árvore onde estava cantando e mantém uma intensa relação sexual com o homem. Depois, prendendo-o a si pelo pênis, desencadeia uma relação de dependência alimentar, uma vez que o “sujeito” perde o ânimo de levantar até para buscar comida. Sem disposição para o trabalho, permanece “embolado na rede”, e, passado um tempo, começa a mudar, transformando-se física e comportamentalmente num Cunauaru — uma versão inversa do conto no qual o sapo transforma-se em príncipe depois de ser beijado pela mulher.

Gracir me explicou que os “bichos” podem se “engerar na formatura” de uma pessoa conhecida e aparecer em lugares diferentes daquele onde ela se encontra. Chamou isso de “brincadeira” que os “bichos” fazem com as pessoas, para pregar-lhes peças: “Ele fala com as pessoas, assim, por exemplo: eu conheço o senhor; eu conheço, aí, de repente, eu vou andando em tal lugar, aí se transforma nessa pessoa sem eu saber que é aquela pessoa. Aí, com poucos minutos depois é que surge as coisa”. Exemplo dessa situação está na narrativa, feita por um comunitário durante uma viagem de barco, do caso de uma mulher que manteve relações sexuais com o Boto pensando que este era seu marido, uma vez que o “bicho tomou a formatura do marido”. Meses depois, ela deu à luz uma menina muito branquinha, que se sente mal quando exposta à luz do sol e anima-se ao anoitecer. Em seu relato, ele ressaltou várias vezes um aspecto do comportamento da “filha do Boto”: ela revira o olho rapidamente. E afirmou que a menina ainda vive, “numa dessas comunidades”, sem especificar qual.

Recorrentemente, os ribeirinhos comentavam que algumas espécies de animais aquáticos assumem a forma humana para aparecer aos pescadores com o objetivo de conduzi-los aos “encantes” localizados no fundo do rio, como vimos no relato de Rui. E alguns relatos registrados indicam que também objetos inanimados transformam-se em seres animados,

como pode ser constatado numa outra história contada por Rui, sobre uma flecha a ele presenteada por uma cunhada: numa noite, a flecha teria se transformado em cobra e tentado matá-lo. Em dezembro de 2000, quando nos encontramos em sua casa, ele me mostrou um recipiente de vidro que continha uma vespa conservada em álcool; ela teria sido inserida em sua mão através de um feitiço realizado por uma mulher, moradora de uma comunidade vizinha. Para retirar o inseto, recorreu a Laurelino.

Curupira

Para exemplificar mais detalhadamente o poder de transformação dos seres, eu poderia lançar mão de vários deles existentes no universo dos comunitários ribeirinhos do baixo Tapajós: Boto, Jurupari, Mapinguari, Cobra Grande, Patauí, Matinta Pereira. Entretanto, decidi abordar a Curupira porque este ser, ao qual a maioria dos meus entrevistados fez referência, possui a faculdade de metamorfosear-se em humanos, animais, objetos inanimados e mesmo em instituições públicas. Além disso, é o encantado a quem foi atribuída a maioria dos casos de “mau-olhado de bicho”.

Nas publicações sobre o folclore amazônico, Curupira tem sido recorrentemente descrita como um ser humano coberto de pêlos ou como um menino cujos pés são voltados para trás, para desorientar os caçadores. Entretanto, conforme veremos, essas são apenas duas entre as muitas formas sob as quais ela aparece. Curupira é um demiurgo pan-amazônico (ÉRIKSON, 2000), e sua primeira referência data de 1560, feita por Anchieta. Este, descrevendo-a, assinala que ela revela notável plasticidade, pois incorpora diferentes atributos e formas físicas (KOK, 2001). Galvão (1976) informa que qualquer animal que apresente um comportamento estranho pode ser tomado, pelo caboclo ribeirinho, como sendo a Curupira.

Para os ribeirinhos, esse “bicho” habita o interior das “matas” de terra firme, mantendo-se invisível a maior parte do tempo mas demonstrando a sua presença através da “misura”. Dizem que quando uma pessoa está andando na floresta e “ouve passos na mata, mas não vê quem está andando”, é ela quem está vigiando suas ações. Para brincar, assustar ou distrair o caçador, ou qualquer outro sujeito em trânsito por seus domínios, ela pode balançar os galhos, bater no tronco das árvores, gritar, assobiar. Quando um caçador está na “espera”, é freqüente que ela balance o punho da rede onde ele se encontra deitado aguardando a chegada da caça à “comidia” (locais onde os animais encontram comida).

Curupira é considerada “um espírito da mata”, que “governa”, “guarnece” ou “administra” os recursos florestais. Em defesa do que lhe “pertence”, é capaz de fazer “malinação”, deixando “variada” ou “desarrumada” a pessoa que descumpra com os seus “regulamentos”. Um dos comunitários sintetizou uma idéia generalizada entre os ribeirinhos sobre esse ser:

A Curupira é importante porque, se não existisse a Curupira, não existia mais nada no mato. Ela que guarnece. [...] Você vai por aqui, vai direto numa anta, pra matar a anta, aí ela faz o senhor variar. Aí perde o rumo: começa a rodar, começa a rodar, dorme no mato e não chega perto da caça. A caça se salvou, já fica pra outro dia. É por isso que não acaba as caças que tem no mato. Fica difícil, porque tem a Mãe das caças da mata. Ela que governa. Se ele quiser, você mata; se não quiser, não mata.

Curupira é também uma “qualidade de bicho” dotado não só da capacidade de “engerar-se” na “formatura de homem” mas também de “engerar-se” na “estatura de animal” que fala como um humano — ambigüidade manifesta sob diferentes aparências, diante das quais é preciso adotar atitude prudente, especialmente quando se anda pela floresta. Como conhece as intenções de um caçador, pode “engerar-se” na “formatura” de um animal para distraí-lo, enganá-lo e conduzi-lo para longe dos animais “da natureza”. Também pode sinalizar seu descontentamento evitando que a caçada ocorra. Com relação a isso, me disse um morador da Prainha do Tapajós: “se o sujeito estiver numa espera e Curupira assobiar, ele pode ir embora porque não vai pegar nada”.

Os animais nos quais a Curupira se “engera” não são atingidos pelos tiros. Um dos meus informantes, Samuel, exímio caçador da Prainha do Tapajós, explicou que, “quando ela se engera num animal, o caçador não consegue atingi-lo com o tiro, mesmo quando ele é um alvo fácil. O animal sai olhando e, no mato, volta a se engerar novamente em Curupira”. E complementou:

A Curupira se engera em tatu, porco, veado, anta, paca. Ela se transforma. Quando ela se transforma num animal, esse animal não se entrega nunca. Não mata ele, não. Se atirar, vai passar mal, vai ficar doente porque abusou dele. Se está transformado, deixa ele lá. Se percebe que é uma transformação, não mexe com ele. Ele vem pertinho; foca [a luz da lanterna nele], ele assobia. É uma transformação naquele animal. Ele assobia diferente do fungado do animal normal.

Reconhecida como “dona” da mata e dos animais existentes no seu interior, ela estabelece regras de acesso a determinados espaços e a quantidade de animais de caça que pode ser abatida. Embora os “regulamentos” estabeleçam normas gerais para a relação dos homens com os elementos da “natureza”, é possível estabelecer “contratos” com ela a fim de

obter uma caçada mais vantajosa, desde que respeitado um limite considerado equilibrado, a partir do qual o caçador revela “ambição” — nessas circunstâncias, o encantado manifesta-se ao caçador. Essa noção indica atitude de desrespeito aos princípios de reciprocidade, seja com os humanos, seja com os não-humanos.

Para ter seu pedido atendido, além de respeitar o “regulamento” o caçador precisa comprometer-se a abater o número de animais definido no acordo, e, como contrapartida, deve presentear-lhe com “mercadorias de seu agrado” (tabaco, cachaça, perfume, batom, espelho, pente, etc.). A presença de produtos do universo feminino se explica pelo fato de que, sob a aparência humana, este “bicho” pode aparecer tanto com o corpo de um homem quanto com o de uma mulher. Seu comportamento, nesses casos, depende da circunstância e da forma sob a qual aparece¹⁶ — condição revelada nas formas de tratamento (“comadre”, “compadre”, “vovó”, “vovô”, “titia”, “titio”), as quais indicam a possibilidade de também estabelecerem com eles relações de parentesco. Mesmo perguntando para as pessoas sobre as situações nas quais ela assume a aparência de “macho” ou de “fêmea”, e os motivos para fazer isso, não obtive respostas — isso parece depender da intenção dela.

As restrições ou punições são inevitáveis, porque “ela persegue mesmo”, e afetam, tanto individual quanto coletivamente, a vida cotidiana. Afora a “desarrumação da pessoa”, provocada pelo “mau-olhado de bicho”, há impedimentos no acesso à proteína animal fornecida pela carne de caça, elemento importante da dieta cabocla. Carne de caça não é apenas um componente importante na dieta alimentar das famílias: as redes de reciprocidade entre parentes e vizinhos são tecidas ou reforçadas através da distribuição de porções de carne do animal abatido.

Os ribeirinhos residentes nas comunidades situadas no perímetro da Flona apreendem o Ibama como uma das formas assumidas pela Curupira. Tal associação decorre de uma série de analogias que eles fazem entre as atitudes e as ações das duas entidades. Em diferentes oportunidades, especialmente em reuniões, ouvi eles dizerem que o Ibama assemelha-se à Curupira porque o “pessoal do Ibama” numa hora aparece de um jeito e em outra, de forma diferente. Essa apreensão os leva a adotar uma atitude de respeito e, ao mesmo tempo, de suspeita em relação a esse órgão e aos seus funcionários, pois, ao longo dos anos, tem havido muitas mudanças nos seus discursos e nas suas ações — tal como faz a Curupira.

¹⁶ Alencar (2002), em seu estudo entre moradores da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, no estado do Amazonas, escreve que Curupira pode assumir a forma da mãe de uma criança que pretenda levar consigo para ser seu esposo. A autora relata o caso de um homem que, após ser encantado pela Curupira, casou-se e viveu com ela durante vários anos, e somente após a intervenção de um curador da região foi desencantado e retirado do seu “domínio”.

Entretanto, sempre procuraram manter abertas as condições de interlocução e seguir, ainda que não integralmente, os “regulamentos do governo”. Como o “bicho”, essa instituição pública federal tanto pode punir quem transgredir as “leis” quanto estabelecer acordos, pessoais e institucionais, com os moradores ou as comunidades. Os acordos pessoais referiam-se aos “acertos” com os fiscais do Ibama por ocasião de alguma autuação — nesse caso, a pessoa autuada “presenteava” o fiscal para atenuar a pena ou liberar o “produto”. Já os “contratos” institucionais davam-se entre esse órgão e as associações, numa negociação entre o que deveria ou não ser permitido em relação à caça, pesca e extração de produtos florestais (refiro-me aqui ao ProManejo) (WAWZYNIAK, 2004).

Diferentemente do órgão público, o “bicho” Curupira castiga afetando a pessoa através do seu corpo — embora essa diferença não seja absoluta, uma vez que um morador pode ser privado de sua liberdade em caso de uma autuação. O descumprimento dos termos dos “regulamentos”, das temporalidades ou dos “contratos” implica em perturbação, “desarrumação”, como me explicou Chagas: “Sente uma grande dor na cabeça quando passa pelo caminho, ou em qualquer outra parte do corpo. Curupira é uma das primeiras: a hora que ela se aborrece, não quer acordo nem de bondade. Ela espanta, dá mau-olhado”.

A apreensão do Ibama como uma das possíveis aparências da Curupira indica que “a esfera pública aparece assim como uma forma prática da esfera cosmológica” (SAHLINS, 1999, p.82) — e mostra que a relação da população ribeirinha com ele, em certa medida, é orientada segundo postulados cosmológicos. Esse sistema de pensamento permite aos ribeirinhos colocar a relação política no interior de um campo semântico que, por lhe ser familiar, proporciona maiores condições de interpretar e avaliar as posturas e discursos de um órgão que se apresentou de forma ambígua desde o seu aparecimento; e lhes fornece elementos para orientar suas próprias estratégias diante das novas conjunturas¹⁷.

¹⁷ Essa atitude, como veremos no sexto capítulo, está presente no processo de contratação e atuação dos ACSs.

II COMUNICIDADE TAPAJÔNICA

Neste capítulo apresento um panorama da região do baixo Tapajós onde estão localizadas as comunidades Taquara, Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna e Paraíso (Figura 1), de modo a situar a cosmologia ribeirinha no universo sociocultural no interior do qual se apreende o modelo terapêutico da população ribeirinha. Após breve descrição das características ambientais, reflito sobre a articulação existente entre essas comunidades e as cidades de Aveiro, Belterra e Santarém. A fim de estabelecer de forma mais nítida tal articulação, forneço uma descrição de cada uma delas, evidenciando o parentesco como linguagem de comunicação que as une em rede.

Atribuí o título “Comunicidade tapajônica” a este capítulo por não ter verificado dicotomia entre os espaços urbanos e os espaços comunitários — ou entre sociedade da cidade e sociedade da floresta — situados nas margens do rio Tapajós, ao contrário do senso comum, que atribui a essas comunidades a condição de núcleos populacionais isolados geograficamente. Os dois contextos transcendem a territorialidade em termos de distribuição física dos indivíduos vinculados pela consangüinidade e pela afinidade, constituindo o que Sahlins (1997, p.114) designa como “sociedade bilocal”. Embora os dois tenham particularidades que os distinguem entre si, eles vinculam-se, formando uma extensa rede de diferentes modalidades de troca, tendo nas relações de parentesco os elos entre pontos distantes que se alimentam reciprocamente, e que são acionados durante os itinerários terapêuticos.

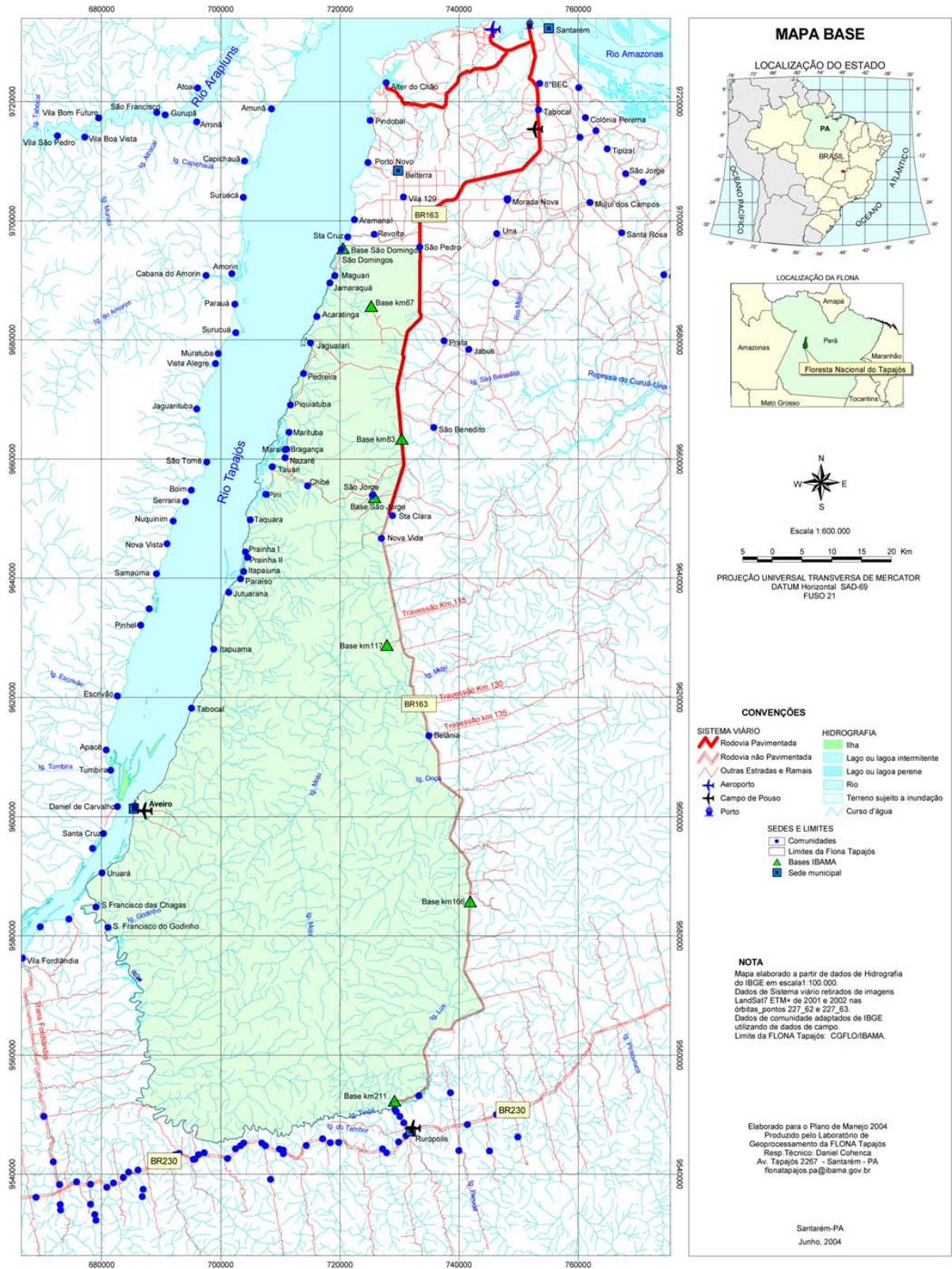


Figura 1. Região do baixo rio Tapajós (estado do Pará) onde estão situados os municípios de Aveiro, Belterra e Santarém, e a Floresta Nacional do Tapajós (Fonte: BRASIL, 2006).

Em diferentes aspectos, esse caráter “bilocal” possui importância estratégica tanto para quem reside na cidade quanto para quem reside no interior — importância que se revela na busca de atendimento clínico nos serviços de saúde pública para os casos de doenças cuja cura não pode se efetivar seguindo os processos terapêuticos tradicionais na própria comunidade ou numa próxima. Por outro lado, aqueles “desenganados” pelos médicos, mesmo moradores da cidade, buscam práticas terapêuticas com especialistas de cura residentes nas comunidades.

De acordo com Vicentini (2004, p.267), nas cidades amazônicas que ela estudou, entre as quais Belterra e Santarém, inexiste uma fronteira rigorosa entre cidade e comunidade porque o “mundo mítico e cultural penetra, também, no meio urbano e a população agora concentrada, mantém sua cultura [...] expressa nos modos de vida”. Na Amazônia, o modo de vida e o vínculo da população às tradições atribuem certa peculiaridade às cidades da região, que se caracterizam por “um misto de modernidade assimilada a uma permanência, que percorre o mundo do trabalho e o mundo mítico, onde o imaginário sobre a natureza está fortemente presente” (VICENTINI, 2004, p.104). Em outro sentido, o lugar ocupado pela Amazônia no cenário nacional e internacional nos últimos trinta anos — sobretudo com a emergência da reivindicação de direitos pelos povos indígenas e dos sindicatos rurais como atores e forças políticas — revela uma confluência visceral entre cidade e floresta (VIVEIROS DE CASTRO, 1992), especialmente por estarem localizadas na primeira as sedes das entidades de representação política.

A área abrangida pela margem direita do baixo rio Tapajós encontra-se sob jurisdição de três diferentes administrações municipais: Aveiro, Belterra e Santarém. Mas a área da Flona, mesmo estendendo-se pelos dois primeiros municípios, por ser uma UC federal encontra-se sob jurisdição federal. Aveiro e Santarém surgiram, no contexto colonial, como aldeamentos jesuíticos, enquanto Belterra foi construída a partir de um projeto do capital industrial automobilístico, a Companhia Ford.

Características ambientais da região

A região que abrange Aveiro, Belterra e Santarém, e na qual se localizam as comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós, possui clima tropical úmido, com temperatura média anual de 25,5° C, máxima de 30,6°C e mínima de 21,0°C. O regime de chuvas apresenta grande variação ao longo do ano, e as maiores precipitações ocorrem entre janeiro e maio. Essas variações determinam o ciclo de cheias e vazantes do Tapajós, de seus afluentes e

dos lagos sazonais, as quais correspondem, respectivamente, ao inverno (janeiro–junho) e ao verão (julho–dezembro). Como alteram visivelmente a paisagem, elas têm implicações sobre a vida cotidiana da população ribeirinha (MAUSS, 2003b).

No que tange à saúde, as variações climáticas sazonais afetam diferentemente os ribeirinhos, que consideram os períodos de passagem de uma estação para outra como os mais “doentios”, e o inverno, desde o seu início, o mais “sujo e doentio”. Os principais agravos relacionados à saúde são as infecções nos olhos e as diarreias, especialmente entre as crianças. Como precisam manter limpo o entorno das casas, o que “dá muito trabalho”, as mulheres preferem o verão, pois, além da lama, as enxurradas arrastam galhos e folhas.

No inverno, quando a “água está grande”, os peixes se dispersam, obrigando os homens a passarem muitas horas pescando “fora” — isto é, no meio do rio, que, em alguns trechos, atinge, nesse período, a distância de 15 km entre uma margem e outra. Nessa estação há mais fartura de frutas, que atraem a caça, mas as fortes chuvas atrapalham o deslocamento, a espera e a visualização dos animais. No verão, quando a “água é menor”, há fartura de peixe no rio e nos lagos, sendo que, nestes últimos, os peixes ficam retidos. Nesse caso, o trabalho consiste em estender a malhadeira ou jogar a tarrafa algumas vezes, “pegar o almoço” ou o “jantar” e voltar para casa. Além do peixe, o verão propicia o acesso aos quelônios (pitiú, tracajá e tartaruga) e aos seus ovos, que são bastante apreciados.

A ictiofauna do Tapajós, comparativamente à do rio Amazonas, é considerada escassa, dadas as características químicas da sua água. Além disso, dois fatores têm afetado a produtividade das pescarias. Um deles é a sobrepesca realizada por “geleiras” (barcos frigoríficos) vindas de fora (Belém, Manaus ou Macapá, capitais dos estados do Pará, Amazonas e Amapá, respectivamente), que selecionam os peixes maiores e descartam os menores ou sem valor comercial — prática percebida pelos ribeirinhos como responsável pelo escasseamento do pescado e pelos peixes mortos que aparecem na praia, onde apodrecem. O outro é a contaminação por mercúrio proveniente dos garimpos situados a montante¹.

A partir da sua foz, o rio Tapajós é navegável ao longo de 345 km por barcos de até 1,5 m de calado (BRASIL, 2005). Quando não há tempestade ou vendaval, a navegação durante o período de cheia é mais rápida, porque os pilotos não encontram dificuldade para conduzir a embarcação. Quando percebem a chegada de uma tempestade, precisam abrigá-la em algum lugar da margem, para evitar o seu “alagamento” (naufrágio).

¹ Estudos têm revelado ser elevada a bioacumulação de mercúrio, sobretudo entre as espécies carnívoras (BRASIL, 2005).

No verão, como a água está baixa, eles precisam ter cuidado para que o barco não saia dos canais mais profundos, pois pode encalhar nos bancos de areia ou bater nas pedras², o que torna a viagem mais arriscada e demorada. Além disso, os barcos têm que atracar longe do “porto” das comunidades, o que obriga os passageiros a andar grande distância transportando seus pertences, e, devido à lama, há o risco de se ser ferrado por uma arraia, um dos acidentes mais graves e freqüentes durante o embarque e desembarque de passageiros. Uma vez que os igarapés e igapós estão secos, é possível percorrer, a pé ou de bicicleta, os “ramais”, caminhos terrestres que interligam as comunidades e, muitas vezes, passam pelo interior da floresta ou seguem “beiradiando” o rio. Esses caminhos também dão acesso aos “centros”, onde estão localizados os locais das “comidias” de caça e as roças. Nesse período, derrubam e queimam a mata brocada para o plantio das novas roças, nas quais o trabalho consiste, basicamente, na capina periódica, para evitar “do mato tomar de conta” da plantação.

Diferentemente das áreas de várzea do rio Amazonas, quando a água do Tapajós baixa, o solo que aparece não é propício para a agricultura, pois é extremamente arenoso; esta é realizada em áreas próximas ao planalto, onde o solo é mais apropriado para o plantio. Na Prainha do Tapajós, as roças, em sua maioria, especialmente as das famílias mais antigas, são abertas nas “terras pretas de índio”³ — na Flona foram identificadas dezesseis áreas desse solo antropogênico (BRASIL, 2005).

Imagens tiradas por satélite indicam que o perímetro da Flona é uma das áreas de maior cobertura florestal e de menor ação antrópica da região. Ela abrange a “beira” (superfícies inundáveis) e o “centro” (região de planalto), e o desnível entre uma e outro pode chegar a 150 metros. No seu interior a vegetação varia de acordo com os gradientes ecológicos, e apresenta dez tipos de cobertura florestal, agrupados em quatro classes: floresta tropical densa; floresta tropical aberta; floresta alterada (capoeira); desmatamento (BRASIL, 2005).

A extensa cobertura de florestas primárias fornece alimento para os mamíferos apreciados (e caçados) pela população (macacos, anta, queixada, caititu, veado, paca, capivara), os quais ainda são encontrados em abundância, garantindo carne em quantidades

² Em novembro de 2006, o comandante do barco em que eu viajava decidiu pernoitar no meio do rio, pois não conseguia encontrar o canal de entrada do “porto” da Prainha do Tapajós.

³ “Terra preta de índio” é a denominação nativa para os solos produzidos através da intervenção consciente e planejada das populações nativas desde a pré-história. Tais nichos bióticos, entre os quais podem ser incluídas as “capoeiras de índio”, seriam efetivos artefatos culturais cultivados desde o período pré-colombiano e são registros da interação pretérita do homem com as plantas. Os bosques manejados são representados como presentes deixados pelos mortos, um bem herdado dos antepassados. As árvores frutíferas, especialmente as palmáceas e seus frutos, representam a união entre passado, presente e as gerações futuras (BALÉE, 1993; RIVAL, 1998).

razoáveis para fornecer proteína animal e quebrar a monotonia da dieta alimentar baseada no peixe e na farinha. Devido à ampla cobertura florestal em torno das comunidades e ao uso sustentável dos recursos vegetais, a facilidade em obter produtos de origem não-madeireira também é um elemento importante na obtenção de renda; esta é aumentada com a venda de alguns desses produtos (óleos, essências, frutos, cascas, raízes, folhas e resinas vegetais). Quando viajam a Santarém, os comunitários frequentemente levam algum “produto extrativo” de valor alimentar (frutos, castanhas), medicinal (óleos, sementes, cascas, folhas, raízes) ou ritual (breu, folhas, raízes) para vender na cidade⁴.

Aveiro e Belterra

O município de Aveiro, que fica a montante da Prainha do Tapajós, na margem direita do rio Tapajós, abrange uma área de 17.000 km e tem população de aproximadamente 18.000 pessoas, que residem em comunidades situadas nas duas margens desse rio. Originalmente, Aveiro era uma aldeia Munduruku; depois, transformada em missão jesuítica, para ali eram levados índios descidos de diferentes localidades. Em 1781, durante o período pombalino, foi elevada à categoria de vila, condição mantida até 1848, quando foi juridicamente extinta, passando a integrar o município de Itaituba. Em 1883, passou a município autônomo, condição modificada em 1930, quando foi incorporada a Santarém como parte do distrito de Alter do Chão. Voltou a ser município em 1961, mas, com a criação da Flona, em 1974, a sede do município, bem como grande parte de sua área, passou a integrá-la. Desde então, há um movimento visando sua exclusão do perímetro da Flona, de modo a assegurar a sua autonomia.

Das comunidades da Flona, Paraíso, Jatuarana, São Francisco das Chagas, São Francisco Godinho e Tapuama estão sob jurisdição de Aveiro. Os ACSs dessas comunidades estão vinculados a esse município, mas, pelas informações que obtive, não há qualquer acompanhamento das suas atividades por parte da sua Secretaria Municipal de Saúde. Recentemente, a prefeitura municipal estabeleceu um convênio com o PSA para a realização de atendimento à população ribeirinha no âmbito do Programa Saúde na Floresta.

⁴ Vários projetos de exploração de recursos não-madeireiros (óleos, essências, látex, madeira desvitalizada, artesanato com sementes e madeira) visando o aumento da renda familiar estão sendo implementados em algumas comunidades com apoio e financiamento do ProManejo, PSA, CNS e Ipam (BRASIL, 2005). Sobre a produção e o comércio de produtos extrativos não-madeireiros pelos moradores da Flona, ver Gonçalves (2001).

Belterra, situada na região de planalto, a 152 m de altitude, tem sua origem num projeto de Henry Ford cujo objetivo era garantir suprimento de borracha natural para os automóveis construídos em suas fábricas norte-americanas. A primeira visita dos diretores da Companhia Ford à região onde foi implementado o empreendimento (um extenso seringal de cultivo) ocorreu em 1926; em 1927, houve a concessão da área à empresa (DEAN, 1989). A inauguração da nova vila, que Vicentini (2004, p.137) chama de “cidade empresarial na selva”, deu-se em 4 de maio de 1934 (DEAN, 1989). Sua localização geográfica foi escolhida em razão da necessidade de solo apropriado para os propósitos da companhia: os clones de seringueira vindos de Sumatra não se adaptaram ao solo de Fordlândia, primeira cidade construída por aquela, e pensava-se que terras altas evitariam a praga do mal-das-folhas, pois os clones estariam “mais expostos aos ventos e menos sujeitos às brumas” (DEAN, 1989, p.118).

Desde o início, Belterra possuía toda infra-estrutura urbana, incluindo modernos sistemas de captação, tratamento e distribuição de água (VICENTINI, 2004), e o melhor hospital da região, equipado com aparelhos e profissionais médicos trazidos dos Estados Unidos (AMORIM, 1995). Caracterizava-se por ser uma vila operária que se transformou em cidade, cuja força de trabalho foi imobilizada por meio da moradia⁵.

Amorim (1995), historiando a presença da Companhia Ford na região, 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.

A partir de relatos de ex-trabalhadores, Amorim (1995) registra a tentativa da Companhia Ford de impor, pela violência e arbitrariamente, o “trabalho metódico” e “disciplinar” ao caboclo. Além disso, o “Projeto Ford” proibia festas e bebidas e tentou mudar hábitos e costumes alimentares, impondo “bandeijões” com alimentos estranhos aos caboclos e

⁵ Leite Lopes (1979) e Ribeiro (2000) demonstram como projetos de imobilização da força de trabalho podem constituir-se em elemento de urbanização. De acordo com Vicentini (2004, p.138), nessas “cidades empresariais”, “todo espaço urbano pertence à esfera privada da empresa, que dele se apropria”.

deixando de fornecer farinha. Segundo Dean (1989), tais esforços para disciplinar o trabalhador e mudar seus hábitos e costumes não surtiram efeito; ao contrário, motivaram várias revoltas, obrigando a empresa a recrutar empregados em outras regiões do Brasil, particularmente do Nordeste.

Com o fracasso do empreendimento devido às doenças que afetavam as árvores e, conseqüentemente, à pouca produtividade, no final da década de 1940 a companhia transferiu as plantações para o governo brasileiro. Em 1956, a “cidade americana” foi transformada em Estabelecimento Rural do Tapajós, sob jurisdição do Ministério da Agricultura, para que este pudesse supervisionar as plantações remanescentes. Durante quarenta anos Belterra foi esquecida, até obter emancipação política, em 1997.

Como são poucas as construções recentes, a cidade ainda mantém as características arquitetônicas originais em madeira, indicando a divisão hierárquica entre diretores, administradores e trabalhadores braçais. O hospital construído pela Ford foi destruído por um incêndio e, com ele, foram destruídos todos os prontuários que poderiam fornecer dados sobre os atendimentos ali realizados. Entre as construções recentes, destaca-se o Posto de Saúde, que atende precariamente a todo o município.

Com uma população de 18.000 habitantes, distribuída entre as áreas urbana e rural, Belterra continua carecendo da maioria dos serviços públicos. Até o início de 2007, todos os médicos e enfermeiros plantonistas do Posto de Saúde residiam em Santarém ou em Alter do Chão. É para esse serviço de saúde que os ACSs da Flona encaminham os moradores que precisam de atendimento, e, como não está capacitado para atender agravos mais complexos, as pessoas que necessitam de especialistas são encaminhadas para Santarém.

O Pacs foi implantado em Belterra em 1998, mesmo ano em que foi criado o seu Conselho Municipal de Saúde, como deliberação da I Conferência Municipal de Saúde, do qual participava a Associação Intercomunitária do Tapajós (Aita), uma das associações intercomunitárias de moradores da Flona, mas que não se fazia presente nas reuniões. Em maio de 2007, foi realizada a 4ª Conferência Municipal de Saúde, na qual a Federação das Organizações Comunitárias da Flona do Tapajós foi eleita para integrar o conselho. Da Flona, oito ACSs estão vinculados a esse município, para atender quatorze comunidades ribeirinhas. De acordo com as informações obtidas em campo, a Secretaria Municipal de Saúde de Belterra não tem realizado o “trabalho de capacitação” e reciclagem dos ACSs. Grande parte desse trabalho tem sido feita pelo PSA, com o qual a prefeitura dessa cidade (da mesma forma que a de Aveiro) estabeleceu um convênio, no âmbito do Programa Saúde na Floresta, para atendimento à população ribeirinha.

Santarém

No início do século XVI, Santarém era uma grande aldeia Tapajó; atualmente, é a terceira maior cidade do Pará e a quinta maior da Amazônia, contando com uma população de 270.000 habitantes, distribuída em 24.314 km² (1,93% do território paraense). Praticamente todas as famílias das comunidades ribeirinhas possuem um ou mais dos seus membros residindo na periferia dessa cidade.

As primeiras referências ao lugar onde atualmente se encontra também remontam ao século XVI, em escritos do frei Gaspar de Carvajal, que passou pela região acompanhando a viagem de Gonçalo Pizarro e Francisco Orellana, em 1542. Já no século XVII, devido a sua localização geográfica e pelo fato de o encontro dos rios Tapajós e Amazonas ocorrer ali, possuía posição destacada na região, seja como centro comercial, político e militar, seja como pólo irradiador de evangelização (WOORTMANN, 1967; REIS, 1979). Spix e Martius ([s.d.], p.111), que passaram por Santarém e vizinhanças em 1819, relatam que “não se conhecem doenças endêmicas, somente a varíola e o sarampo fazem, de quando em quando, grandes devastações entre a população, particularmente a indígena”.

Situada a 900 km de Belém, continua um centro econômico, político e cultural, para onde convergem todas as cidades do Oeste do estado. Conforme parâmetros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Santarém caracteriza-se como cidade de porte médio. A principal ligação com o restante do país é feita por via aérea, a partir de Belém ou de Manaus.

Woortmann (1967), em estudo realizado entre 1959 e 1960, apontou que Ita-Açu (Santarém)⁶ era um centro regional de dominância institucional e econômica de toda a região do interflúvio Tapajós-Amazonas. Segundo esse autor, a prosperidade da cidade esteve ligada à extração da borracha, embora não exclusivamente, uma vez que, simultaneamente àquela, mantinha atividades agrícolas e pastoris, o que lhe garantiu relativa estabilidade econômica nos períodos posteriores, de declínio da economia gomífera.

Nos últimos cinquenta anos, Santarém teve um vultoso crescimento populacional na zona urbana, passando de 14.061 habitantes, em 1950, para 186.567, em 2000. Da década de 1950 até 2000, houve inversão entre os índices populacionais apresentados pela área urbana e pela rural: em 1950, sua população somava 60.229 habitantes, dos quais 76,66% estavam na

⁶ Conforme comunicação pessoal desse autor durante a Reunião de Antropologia do Mercosul (RAM) realizada em 2007, em Porto Alegre (RS).

área rural; em 2004, contava com 262.538 habitantes, 71% deles na zona urbana (SANTARÉM, 2004).

Além da migração da população das comunidades da região do planalto para a cidade, tal mudança se deve, também, a um processo migratório de famílias originárias dos estados do Sul do país. Vicentini (2004, p.230) assinala que parte da população de Rurópolis⁷, em sua maioria constituída por sulistas, tem migrado para Santarém. Ainda, o aumento da sua população está associado ao fim do garimpo de ouro na região do alto Tapajós — muitos garimpeiros, especialmente de outros estados, ao deixar a região aurífera dirigiram-se para Santarém, em busca de emprego.

A partir da década de 1970 começaram a ocorrer mudanças significativas em Santarém, especialmente o surgimento de novos bairros, resultado da invasão de áreas urbanas, nos quais residem pessoas oriundas das comunidades situadas nas margens dos rios Amazonas, Arapiuns e Tapajós. Mais recentemente, o processo de concentração fundiária no planalto santareno desencadeado pelos produtores de soja obrigou muitas famílias a dirigir-se para a área urbana. Com isso, algumas comunidades do planalto praticamente desapareceram, sendo recriadas em bairros periféricos de Santarém. Os bairros dessa cidade e as comunidades ribeirinhas estão interligados por uma ampla rede tecida pelas relações de parentesco e reciprocidade — relações que adquirem ainda mais importância no caso de uma doença, pois é na casa dos parentes que os ribeirinhos hospedam-se durante um “tratamento prolongado”.

Santarém está habilitada como referência de média e alta complexidades para dezoito municípios do Oeste do Pará (SANTARÉM, 2005). Como contém praticamente todos os serviços em saúde, para lá se dirigem aqueles que deles precisam, e isso implica em sobrecarga do sistema, que fica impossibilitado de atender satisfatoriamente até mesmo a população santarena residente na área urbana. Dados quantitativos apresentam um quadro dos serviços de saúde no município em 2004, mas não alterado até 2007⁸:

Santarém é uma referência regional para diversos serviços de saúde, como internação hospitalar e consultas médicas especializadas. É o único município em que há assistência hospitalar, com 445 leitos distribuídos em 10 hospitais. Conta também com 87 unidades ambulatoriais, 34 postos e 14 centros de saúde, além de 120 consultórios médicos e 22 odontológicos. Em 2000, foram realizadas 21.686 internações hospitalares, com uma taxa de internação de 8,3 por 100 habitantes do município. [...] este índice seria bem

⁷ Rurópolis é um município implantado pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incrá) no entroncamento da rodovia Santarém–Cuiabá (BR 163) com a rodovia Transamazônica, e o seu espaço urbano foi planejado para apoiar as atividades rurais (VICENTINI, 2004).

⁸ Desde 2005, aguarda-se a inauguração do Hospital Regional, uma unidade de alta complexidade. Entretanto, disputas entre grupos políticos estão retardando a sua entrada em operação porque não foi definida a forma de sua administração.

inferior se considerada a referência regional e não somente a municipal, assim como o índice de consultas médicas especializadas, que foi de 0,11 por habitante. (SANTARÉM, 2004)

Mesmo sendo onde a sua população urbana e a ribeirinha do interior buscam tratamento segundo o modelo biomédico, em Santarém encontram-se inúmeros curadores (mulheres, em sua maioria) oriundos do Arapiuns e do Tapajós (VAZ, 1997). Foram freqüentes os relatos de pessoas que complementaram ou alternaram as terapias biomédicas com as prescritas pelos curadores — caso de Jocenita, ACS que atende Prainha do Tapajós e Itapaiuna. Em relação aos comunitários, uma possível explicação para que procurem curadores residentes na cidade pode ser a de que, nesta, podem ampliar suas opções terapêuticas, uma vez que, em sua perspectiva, parece não haver incongruência entre o sistema biomédico e o tradicional (CARDOSO, 2005). Foram recorrentes as indicações de que muitas pessoas dirigem-se à cidade para se “tratar” com curadores, como fez o ACS de Suruacá quando sua filha foi “atacada” pelo Boto e começou a ter “visões”.

Entre Santarém e o interior há temporalidades, espaços intermediários distintos, de onde se chega e de onde se parte; e há um lugar limítrofe: da cidade, da viagem e da comunidade. Trata-se de uma calçada, de aproximadamente 2.000 m de extensão, situada na margem direita do rio Tapajós, em frente a Santarém, a que chamam de cais ou cais de arrimo, e que tem, como extremidades, o “porto” de cada uma das localidades por onde os barcos passam pegando ou deixando passageiros. Ali atracam e partem barcos que, além de pessoas, transportam cargas, mercadorias, encomendas e cartas para as comunidades ribeirinhas, as cidades regionais e as capitais Belém, Manaus e Macapá; ali desembarcam os doentes que chegam a Santarém em busca de tratamento médico e dali eles partem, após realizá-lo — ou sem tê-lo realizado, no caso de não ter sido possível marcar consulta com especialistas nos dias em que o barco permaneceu na cidade.

Comunidades ribeirinhas

Aqui apresento uma descrição sintética das comunidades ribeirinhas localizadas na região do baixo Tapajós, de modo a situar aquelas onde realizei minha pesquisa de campo: Taquara, Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna e Paraíso (Figura 2). Como já expliquei, em ambas as margens do rio Tapajós estão situadas várias comunidades, cujos moradores mantêm entre si vínculos de parentesco, formando uma ampla rede que abrange, em seus enlaces, o

contexto urbano. Em geral, essas comunidades têm população média de 400 pessoas, e todas estão na área de influência de Santarém, mesmo que política e administrativamente estejam sob jurisdição de Aveiro ou Belterra.



Figura 2. Imagem de satélite da área das comunidades Taquara, Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna e Paraíso, no baixo rio Tapajós (estado do Pará).

O termo comunidade para designar esses núcleos populacionais tem origem na década de 1970, com o Movimento das Comunidades Eclesiais de Base (MEB) da Pastoral da Igreja Católica (LEROY, 1991; IORIS, 2000). Os seus moradores são os comunitários, “filhos do lugar”, membros de diferentes famílias vinculadas pelos laços de consangüinidade e afinidade, sobretudo porque as pessoas que integram as unidades residenciais e os grupos locais são percebidas como pertencentes ao território⁹ — idéia contida na expressão “comunidade é o lugar onde eu nasci”, generalizada entre eles.

De acordo com Duarte (1986), é preciso distinguir metodologicamente os sistemas culturais de onde são obtidas as representações. Assim, tais comunidades podem ser caracterizadas como “pertencentes à cultura ocidental, mas que, por muitos motivos, manifestam uma baixa ou heterogênea institucionalização da ideologia individualista” (DUARTE, 1998, p.23-24). Para Maués (1994, p.79), as comunidades não se formam no “espaço para o indivíduo, no sentido historicamente constituído na tradição ocidental. Todos se comportam, ou devem comportar-se, como pessoas, num universo hierarquizado” — entre outros aspectos, porque ainda se verifica que o “primado tradicional das relações entre homens [não foi plenamente substituído] pelas relações entre coisas” (DUMONT, 1993, p.50). Nesse sentido, é possível afirmar que os moradores das diferentes comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós compartilham representações, práticas e valores semelhantes.

Mesmo as comunidades sendo consideradas tradicionais, seus moradores interagem com diferentes agentes externos, entre os quais aqueles que atuam na área da saúde, como, por exemplo, o poder público municipal e o estadual, ONGs, vendedores clandestinos de medicamentos alopáticos e grupos religiosos, que disputam fiéis através da cura espiritual ou da implementação de serviços básicos de saúde e saneamento. Meus dados etnográficos indicam que os ribeirinhos apreendem as agências bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, o poder público federal e as ONGs segundo esquemas culturais pré-existentes (SAHLINS, 1999), e que é a partir dessa lógica que atuam no processo de implementação de projetos “modernizantes” nos quais estão inseridos (WAWZYNIAK, 2004). Sua interpretação abrange, inclusive, o significado das mensagens educativas veiculadas pela mídia¹⁰ e pelos projetos, as quais podem se transformar “através de outro

⁹ Vislumbrar a relação entre parentesco e territorialidade ocorreu-me, pela primeira vez em 2000, dias após o nascimento do meu filho Leo. A secretária de um amigo perguntou-me se ele havia nascido em Santarém ou no Sul do Brasil. Quando respondi que havia sido em Santarém, ela exclamou: “Ah! então é parente”.

¹⁰ Ressalto aqui o programa Para Ouvir e Aprender, apoiado pela Fundação das Nações Unidas para a Infância [The United Nations Children’s Fund] (Unicef) através do projeto Rádio pela Educação, veiculado pela Rádio Rural de Santarém entre 1999 e 2002, que abordava, entre outros, temas transversais relacionados aos cuidados com a saúde, à alimentação e a políticas públicas em saúde na região. Além do caráter didático, o

referencial englobante, norteador das práticas cotidianas, que envolve uma visão de mundo e todo um sistema de representações sociais” (LEAL, 2001, p.18).

Há indícios de que algumas comunidades estão localizadas em áreas ocupadas pelas populações indígenas antes do século XVI, porém não é possível estabelecer relação entre a ocupação prístina e o presente, a não ser pelas “terras pretas de índio”. Por outro lado, é importante salientar que as comunidades “não representam formações sociais indígenas transformadas, antes elas são criações da expansão colonial e pós-colonial” (NUGENT, 1993, p.102). Segundo Almeida (2001, p.43), as antigas “aldeias e missões são, hoje, as comunidades, povoados e cidades do baixo Tapajós formadas majoritariamente por populações nativas que guardam fortes referências das origens indígenas em suas histórias de vida particulares e familiares”.

Na região tapajônica, material arqueológico (terra preta, peças líticas e cerâmica) é encontrado em praticamente todas as roças e nos quintais das casas, e é possível indicar a origem de muitas delas nos séculos XVII e XVIII, nos aldeamentos e missões jesuítas, como é o caso da própria Santarém (1661); Alter do Chão (1723); Nossa Senhora do Arapiuns (1723), atual Vila Franca; Boim (1740); Pinhel (1772); e Aveiro (1781) (REIS, 1979; PORRO, 1995; ROOSEVELT, 1998; GOMES, 2002). Nessas missões foram aldeadas, depois de intensos conflitos, as primeiras etnias que entraram em contato com os europeus (MENÉNDEZ, 1984/1985).

A maioria da população é constituída pelos “filhos naturais” da região, os “moradores tradicionais”, e tem origem indígena, mas também há descendentes dos casamentos com nordestinos (principalmente cearenses), que migraram para a região durante o ciclo da borracha. A presença destes explica as concepções e práticas de saúde características da região Nordeste no contexto tapajônico, bem como em toda a Amazônia¹¹. Itapaiuna e Tapuama têm origem em famílias negras que fugiram das fazendas situadas nas margens do rio Amazonas e passaram a residir na região do Tapajós. Em Bragança, Nazaré e Marai (também no perímetro da Flona) ocorre, atualmente, tal como em Taquara, um movimento de reemergência étnica: a população reivindica a identidade indígena e o reconhecimento de suas terras como terras indígenas.

A organização espacial das comunidades expressa as relações de parentesco: formam-se aglomerados de casas em torno de um patriarca ou uma matriarca. Em algumas delas,

programa procurava estimular os ouvintes a discutir questões relacionadas a esses temas (CAMARGO, 2005).

¹¹ Sobre concepções de saúde, doença e práticas terapêuticas na região Nordeste, ver Pierson (1972).

“bairros” são constituídos por membros de uma única família extensa, como é o caso do Martanxim, na Prainha do Tapajós. Há situações em que esses “bairros”, em razão do crescimento populacional, transformam-se em comunidades, mas também é freqüente que a mudança decorra de conflitos interfamiliares ou religiosos, como é o caso de Prainha e Paraíso. Além disso, é possível que a transformação se dê porque os moradores de determinado “bairro” almejem obter diretamente os benefícios dos projetos junto ao poder público municipal ou às ONGs que atuam na região, movimento observado no Martanxim.

Além do parentesco e do rio, as comunidades interligam-se, como já mencionei, através de “ramais”. Pode-se apreender tais “ramais” como linhas que unem grupos familiares e macrofamiliares situados ao longo da margem do rio, como linhas que unem pontos de uma rede¹².

Ao longo do tempo, a organização espacial das comunidades foi afetada por dois eventos importantes: a Guerra da Cabanagem e a atuação do MEB. Devido às perseguições durante e após essa guerra, as famílias construía suas casas longe umas das outras, evitando a formação de núcleos populacionais centralizados, passíveis de ser surpreendidos nos ataques das tropas que combatiam os cabanos. Na década de 1970, com a atuação do MEB, que estimulava a vida comunitária, houve um processo de concentração das casas em torno da capela¹³. Contudo, durante a semana essas casas permanecem, muitas vezes, vazias, porque as famílias estão no “centro” trabalhando, “cuidando”, de suas roças, situação que afeta a realização das visitas domiciliares pelos ACSs.

“Centro” e “beira” são espaços que mantêm entre si uma relação distinta e uma complementar. “O “centro” está mais próximo da floresta, mais afastado da margem rio. Quando é perto, as pessoas vão para lá e voltam no mesmo dia; se é longe, as famílias constroem, nele, “barracas” de palha, onde permanecem durante os dias da semana, trabalhando. “Beira” é a margem do rio onde as famílias mantêm residência fixa, numa casa geralmente construída em madeira; ali há maior proximidade entre elas e maior acesso ao transporte fluvial.

É recorrente a explicação de que os moradores de uma mesma comunidade pertencem a uma só família porque ela é “um amontoado, com pai, tio, filho, primo cunhado”.

¹² Alguns desses “ramais” são muito antigos; eram trilhas usadas pelos índios, contam os comunitários. De acordo com Porro (1995), os cronistas relatam a existência de uma rede de trilhas ligando as aldeias entre si desde a foz do Tapajós. Em 2005, em Paraíso, percorri, junto com Rui, um “ramal” que, segundo ele, era usado antigamente pelos “Kayapó” quando estes baixavam para a margem do rio Tapajós, onde permaneciam acampados por longas temporadas.

¹³ Durante a pesquisa de campo havia grande expectativa dos comunitários da Flona com a possibilidade de liberação, pelo Incra, através do projeto Casa Própria, de recursos para a construção de casas de alvenaria, e várias famílias planejavam construir em local diferente daquele onde residem atualmente.

Entretanto, observando-se mais detalhadamente, percebe-se que o parentesco não se restringe à comunidade onde residem as famílias, uma vez que ele ultrapassa seus limites geográficos, abrangendo tanto comunidades contíguas quanto comunidades distantes, até mesmo aquelas situadas na outra margem do rio; expande-se, inclusive, às cidades da região e às capitais do estado do Pará e do Amazonas.

É comum encontrar casais em que um dos cônjuges é “natural” de outra comunidade ou da cidade. Mesmo entre os casais cujos cônjuges são filhos de famílias residentes numa mesma comunidade, observa-se a predominância da matrilocidade. Na Prainha do Tapajós, onde várias unidades familiares são formadas pelo casamento entre membros das famílias extensas locais, o homem passou a residir perto da casa dos pais da mulher depois do casamento. Casamentos entre membros de diferentes comunidades ampliam o leque de solidariedade em caso de doença, embora sejam potencialmente conflituosos quando se trata de “buscar colocação” em algum “projeto” a ser implementado na Flona, uma vez que as vagas são disputadas por diferentes famílias.

A rede do parentesco também é ampliada pelo estabelecimento das relações de compadrio, seja de batismo de igreja, seja de fogueira¹⁴, entre pessoas de diferentes comunidades. Nas viagens de barco que fiz, observei os passageiros tratando-se por compadre ou comadre mesmo quando embarcados em localidades distantes entre si. Como em outros contextos etnográficos, o compadrio na região tapajônica desencadeia um conjunto de obrigações recíprocas (LANNA, 1995), envolvendo, inclusive, os seres demiúrgicos que habitam a floresta e o rio, como é o caso da Curupira, que, entre outros termos de parentesco, é chamada de comadre.

As relações entre comunidades da mesma margem ou de margens opostas do rio podem ser observadas nos jogos de futebol e nas festas, eventos que constituem importantes elementos de sociabilidade intra e intercomunitária, e que mobilizam os comunitários para a sua realização, especialmente quando se trata de um torneio ou a festa do padroeiro. Nas comunidades, é freqüente a existência de clubes de futebol com campo e barracão próprios, e, nas maiores, há pelo menos três times, dois masculinos e um feminino, formados por irmãos, filhos, primos e cunhados, como é o caso do Santos Futebol Clube, da Prainha do Tapajós, formado exclusivamente por integrantes da família Santos.

Os compromissos sociais envolvidos no futebol podem ser apreendidos em duas expressões corriqueiras: “ganhar visita” e “pagar visita”. “Ganha visita” aquele time ou aquela

¹⁴ O compadrio de fogueira é realizado por ocasião das festas juninas, em torno da fogueira. Nele as pessoas estabelecem o compromisso de se tornarem compadres, passando, a partir daí, a se relacionar como tal.

comunidade que convida um time de outra para uma partida em seu próprio campo. Isso gera a obrigação, para o adversário convidado, de “pagar visita” retribuindo o convite para uma outra partida, no campo da sua comunidade. Nessas ocasiões, jogadores e torcida se mobilizam para fretar um barco que os conduza até a comunidade onde o jogo será realizado.

As festas dos santos padroeiros das comunidades são eventos regulares do calendário ribeirinho e aguardadas com grande expectativa. Sua organização antecipada envolve os moradores da comunidade e “filhos do lugar” residentes na cidade. Mobilizam tanto a própria comunidade como as outras porque, para ela, afluem pessoas de diferentes localidades, muitas vezes distantes. Nesse caso, o período de permanência dos visitantes na comunidade onde é realizada a festa é maior, uma vez que aproveitam para participar dos bailes, dos almoços e jantares oferecidos pelos “donos da festa”¹⁵.

Nem todas as festas são religiosas; muitas delas são organizadas pelos clubes de futebol de modo a angariar fundos para a compra de uniformes, bolas ou algum equipamento para a comunidade. O “fundo” obtido pode, inclusive, ser usado para atender algum membro do clube em caso de emergência, conforme verifiquei numa das reuniões do Santos Futebol Clube em que participei.

Após uma partida de futebol entre duas comunidades, pode acontecer de haver uma festa dançante; mas, após as partidas realizadas durante os torneios entre times de diferentes comunidades, eles farão uma com certeza. Algumas comunidades são conhecidas pela “animação” dos torneios e festas que realizam; outras, são lembradas pelas brigas ocorridas em anos anteriores. Os mais velhos comentam que os grandes problemas desses eventos são o consumo excessivo de bebidas alcoólicas¹⁶ pelos jovens e as brigas entre desafetos de ocasião ou de longo tempo, algumas das quais resultam em graves ferimentos. Entretanto, dizem que eles próprios, quando jovens, bebiam excessivamente, e lembram as brigas em que se envolveram em outras comunidades.

Por ser uma oportunidade de maior liberdade, nas festas os jovens aproveitam para iniciar um namoro ou para encontros furtivos, muitas vezes combinados previamente, durante uma viagem de barco ou em outra ocasião. Observei que, antes delas, os ACSs garantem um

¹⁵ Dona Filuca, a octogenária matriarca da comunidade de São Domingos, situada a jusante da Prainha do Tapajós, relatou que, quando era “jovenzinha”, as pessoas iam para as festas de canoa. Ficavam dias fora, só para aproveitar as comemorações realizadas nas outras comunidades. A festa do Círio da Conceição, realizada em Santarém, que dura quinze dias e culmina com uma procissão no dia 8 de dezembro, é outro evento que atrai muitos comunitários residentes em diferentes rios.

¹⁶ O alcoolismo é considerado pelos ACSs como um dos problemas mais sérios das comunidades. Ele afeta tanto homens como mulheres e é um dos principais causadores da violência entre casais.

estoque de preservativos para ser distribuído — e isso, segundo técnicos em enfermagem do PSA, tem reduzido o número de gravidez, por esses considerada “indesejada”.

Na maioria das comunidades da Flona, a população se diz católica, embora não seja regularmente praticante. Ou melhor, possuem uma concepção religiosa que pode ser definida como catolicismo popular (MAUÉS, 1995). Em algumas delas, os moradores distribuem-se entre diferentes orientações evangélicas, e só em Jatuarana e Prainha os moradores são exclusivamente evangélicos. Prainha do Tapajós e Pini são as duas comunidades em que a Igreja da Paz construiu templos e realiza cultos regularmente, por ter pastores da própria comunidade e que residem nelas.

Entre as instâncias de representação das comunidades e de um conjunto de comunidades junto ao poder público (municipal, estadual e federal), aos bancos, à cooperação técnica internacional e às ONGs, encontram-se as seguintes modalidades: conselho comunitário, presidência, delegacia sindical, associação comunitária — em cada comunidade existe pelo menos uma dessas instâncias. Articulando as associações comunitárias existem as associações intercomunitárias, que reúnem grupos de comunidades próximas entre si, como a Cooperativa dos Produtores Rurais da Flona–Tapajós e a Federação das Organizações Comunitárias da Flona–Tapajós (esta última, fundada em 2004, representa as demais).

Nas comunidades menores, onde as unidades familiares estão vinculadas a uma única família extensa, mantém-se a figura do “presidente” comunitário, que geralmente é o seu chefe ou um dos seus filhos mais velhos. Essa figura parece estar sendo desestimulada pelos agentes modernizadores, uma vez que estes priorizam as decisões colegiadas. Entretanto, mesmo existindo conselho ou associação na comunidade, sempre há uma liderança mais velha, a quem se recorre para buscar orientação.

As associações foram criadas para gerenciar a produção e a comercialização da produção local. De acordo com Soares (2004), as primeiras associações de representação dos moradores juridicamente formalizadas começaram a ser criadas em 1994, com o objetivo de representá-los na obtenção de recursos do Fundo Constitucional do Norte (FNO). Mais recentemente, as agências modernizadoras esperam que as associações possam negociar e gerir diretamente seus próprios projetos junto aos financiadores.

Na área da saúde, como condição para a implementação do Programa Saúde na Floresta, o PSA estimulou a criação, em cada comunidade, do Conselho Local Integrado de Saúde (Clis), que é composto por pessoas residentes na comunidade e que representam diferentes instituições comunitárias (a associação comunitária, a Pastoral da Igreja Católica, o

grupo de jovens, as parteiras, o ACS, etc.). Através do Clis, busca-se instituir uma instância de decisão e controle participativo das ações em saúde implementadas por diferentes agências.

Entre suas atribuições está o monitoramento do trabalho do ACS e, em conjunto com este, a atuação em questões como saneamento básico e nutrição infantil. Pelo que pude perceber durante a pesquisa de campo, sua atuação ainda não era efetiva, pois os ACSs reclamavam constantemente do pouco apoio recebido dos seus membros. Além disso, o Clis encontrava dificuldades para realizar seu principal objetivo, o de estabelecer o controle social sobre os serviços de saúde, porque seus membros percebiam que, se cumprissem as atribuições, poderiam ferir alianças internas, especialmente ao demandarem dos ACSs atuação além da preventiva. A sua composição, à época, revelava alguns aspectos interessantes: a atualização de um modelo pré-existente, quando diferentes agentes, independentemente do modelo terapêutico adotado, eram acionados por ocasião de uma doença grave; seus membros eram pessoas vinculadas às famílias importantes da comunidade; sua atuação, ao propor ou avaliar algumas ações, entrava em conflito com a do ACS, porque este tem atribuições regimentalmente definidas pelo Pacs.

Prainha do Tapajós e comunidades vizinhas

Como a pesquisa de campo centrou-se na Prainha do Tapajós (Figura 3), farei uma descrição mais detalhada dessa comunidade e do seu “bairro” Martanxim. Entretanto, para fornecer um quadro mais compreensível do modelo local de saúde, é imprescindível fazer referência às comunidades contíguas: Taquara, Prainha, Itapaiuna e Paraíso. Isso porque elas estão vinculadas entre si através do parentesco, como se pode verificar na genealogia (Figura 4), e porque em cada uma residem especialistas de cura que são procurados pelas famílias residentes nessas comunidades em caso de adoecimento de um dos seus membros. Além disso, elas são atendidas por ACSs que, apesar de residirem na Prainha do Tapajós e em Taquara, realizam visitas domiciliares nas casas das famílias nelas residentes, como pode ser verificado no Quadro 1.

Ao ouvir a história das comunidades, verifiquei que é adequada a observação de Mengent (1999, p.153):

[...] as sociedades da floresta não fundam sua razão de ser numa acumulação orientada de acontecimentos que partem de um ponto de origem e chegam até o presente, não estratificam seu passado até o presente de acordo com a ordem das sucessões genealógicas e, em termos mais gerais, não ordenam



Figura 3. Prainha do Tapajós, vista frontal. (Foto: J. V. Wawzyniak)

seus relatos das coisas passadas segundo uma cronologia, nem mesmo relativa.

Prainha do Tapajós já teve como topônimo Prainha do Itapaiuna, quando ainda era “bairro” de Boim, distrito situado na margem esquerda do Tapajós; depois, durante o “tempo da usina” de extração de essência de pau-rosa (ver adiante), tornou-se conhecida como Prainha do Pau-Rosa, e, finalmente, Prainha do Tapajós, para distinguir-se da cidade de Prainha, no rio Amazonas.

Essa comunidade é o porto final de dois barcos de linha (os barcos a motor Xavier Colares e Atháide Patrocínio), além de ser atendida por outros, que transitam entre Santarém, Itaituba e/ou Aveiro. De Santarém até Prainha do Tapajós a viagem demora, em média, quinze horas, mas pode demorar mais, se o barco “pregar” (quebrar) no meio da viagem, se o rio estiver muito baixo, se houver tempestade ou dependendo do tempo parado em cada uma das comunidades a partir de Aramanáí, onde eles começam a atracar para embarque e desembarque de passageiros e mercadorias. Dessa comunidade, localizada fora do perímetro da Flona, pode-se pegar ônibus, táxis ou ambulâncias para Belterra e Santarém. Em várias ocasiões, durante a “baixada”, o barco atracou em seu “porto” para que alguns passageiros

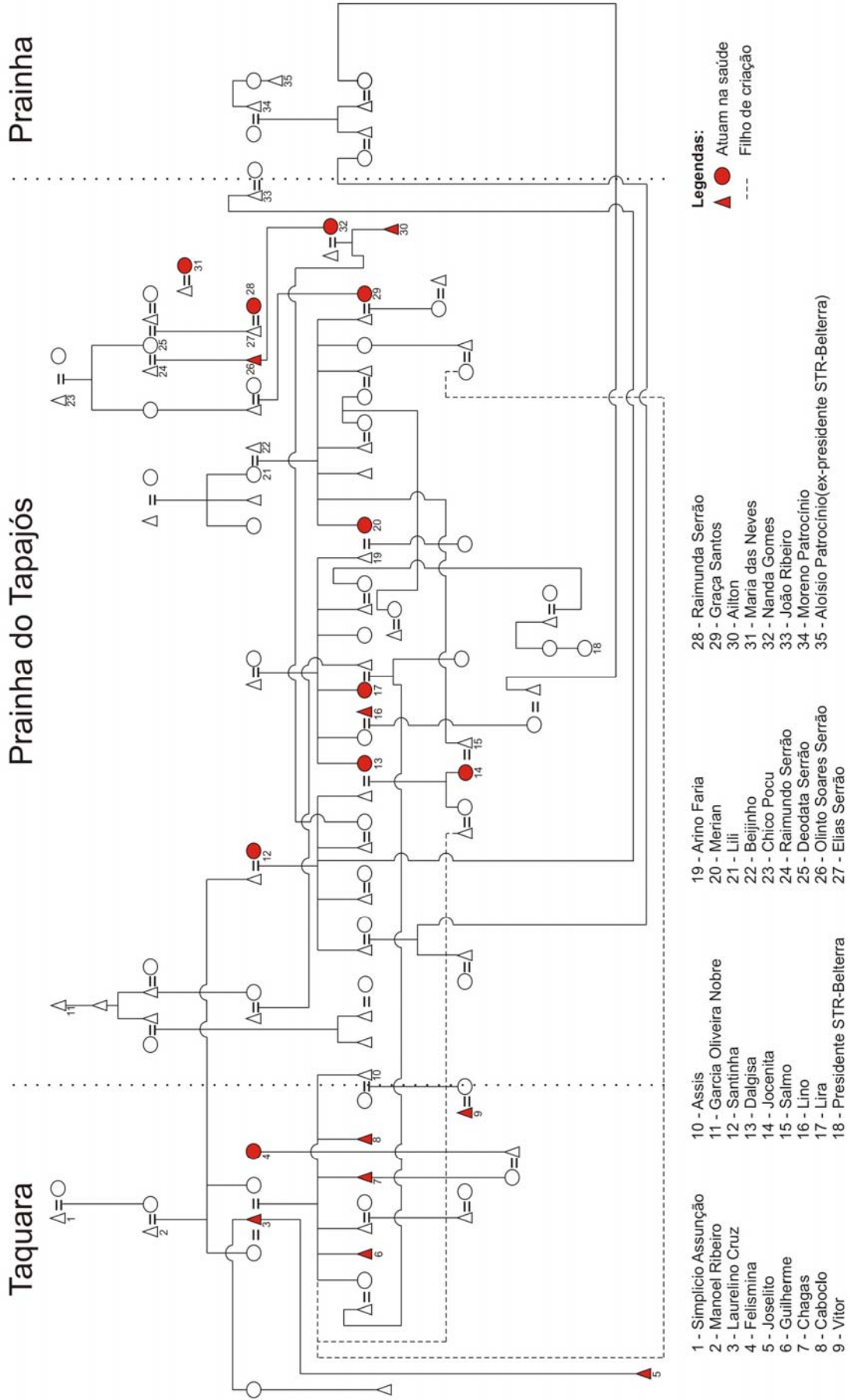


Figura 4. Genealogia de famílias das comunidades Taquara, Prainha do Tapajós e Prainha, situadas na região do baixo rio Tapajós (Pará, Brasil).

Quadro 1. Comunidades do perímetro da Flona do Tapajós estudadas, número de famílias nelas residentes, especialistas de cura nelas presentes e número de famílias atendida por cada agente comunitário de saúde (ACS) em 2007. (Todas as comunidades pertencem ao município de Belterra, com exceção de Paraíso, que faz parte do município de Aveiro.)

Comunidade	Nº de famílias residentes	Especialistas de cura	Nº de famílias atendidas por ACS*
Taquara	30	curador; benzedor; puxador; parteira; ACS	30 (Vitor)
Martanxim**	13		4 (Jocenita) 9 (Vitor)
Prainha do Tapajós	52	benzedor; puxador; parteira; ACS	48 (Jocenita) 4 (Vitor)
Prainha	8		8 (Vitor)
Itapaiuna	36	benzedor; puxador; parteira	36 (Jocenita)
Paraíso	10	benzedor; puxador; ACS	10 (Joselito)

* Entre parênteses, nome do ACS que atende as famílias.

** “Bairro” da Prainha do Tapajós.

desembarcassem, pois iam pegar condução para Belterra, onde fariam consultas ou exames médicos no Posto de Saúde.

De acordo com os mais velhos, o primeiro morador do “lugar” onde hoje é a Prainha do Tapajós foi Chico Pocu Serrão, que se mudou para lá no final do século XIX com o objetivo de assegurar uma área para exploração de borracha nos seringais nativos. Eles lembram que os “antigos” (“veteranos”) contavam que a comunidade havia sido um entreposto para fornecimento de lenha para os barcos a vapor que navegavam pela região do Tapajós. Algumas famílias da própria região chegaram ali em fins do século XIX e início do XX para trabalhar nos seringais, indo embora quando a economia da borracha entrou em declínio no Vale do Tapajós.

No período de funcionamento da usina de extração de óleo de pau-rosa, instalada em 1938 (VAZ, 1997), algumas famílias se mudaram para a comunidade, e foram embora quando aquela deixou de operar, ao se esgotarem os recursos — um dos pilares que apontam na areia da praia é a única referência material da sua existência. Conversei sobre ela com os mais velhos, que eram crianças ou adolescentes na época do seu funcionamento, e eles lembram do “tempo da usina”: do apito diário indicando o início e o término da jornada de trabalho, dos alojamentos para os trabalhadores solteiros, do barracão onde as mercadorias eram aviadas, do caminhão transitando pela estrada — que ainda existe e é utilizada —, trazendo do “centro” os troncos de madeira que seriam triturados e cozidos nas caldeiras a fim de extrair o óleo, e das pilhas de cavacos acumulados na praia. Contaram-me que, extraída a essência, esta era envasada em tonéis, transportada para Santarém e exportada para a Europa (onde era um dos principais ingredientes utilizados no perfume Chanel n° 5). Com o esgotamento do

recurso na região do entorno da Prainha do Tapajós, ela foi desativada, transferindo-se a caldeira para uma localidade mais distante¹⁷.

Durante a Segunda Guerra Mundial, a comunidade voltou a ser sede de um seringal, cujo patrão foi Olinto Soares Serrão, que empregou várias famílias na extração do látex e outras essências florestais entre as décadas de 1940 e 1960. A Olinto “pertencia essa benfeitoria toda aqui”¹⁸, disseram os comunitários, referindo-se ao lugar onde hoje fica a comunidade. Desse período, além da família Serrão nenhuma continuou ali, exceto Moreno Patrocínio, um soldado da borracha, à época solteiro, que posteriormente tornou-se chefe de uma família extensa e fundou Prainha.

Atualmente, residem na comunidade os membros de quatro famílias extensas: Farias, Ribeiro, Santos e Serrão. Como se pode verificar na genealogia (Figura 4), há vários casamentos entre membros dessas famílias. Os Serrão, como vimos, começaram a se constituir a partir do final do século XIX. O primeiro casal Farias chegou em 1958, vindo de Boim, e teve várias filhas que, ao casarem, trouxeram os maridos para “junto dos pais” — apenas dona Lira Farias Nobre, sogra de uma das filhas de Laurelino Cruz (de quem era comadre), que é parteira e puxadora, foi morar mais afastado, no Martanxim, com o marido, Humberto Nobre. Os Ribeiro se formaram a partir da vinda de um cunhado de Laurelino Cruz, que deixou Taquara para morar mais perto da escola. A família Santos é constituída pelos filhos e filhas de dona Lili, que, embora casada com Beijinho, colocou seu sobrenome nos descendentes.

Santa Filomena é a padroeira da Prainha do Tapajós. Sua imagem, doada pelo proprietário da usina, foi trazida de Roma, e encontra-se na capela, construída por volta de 1941 ou 1942 (“no tempo da usina”), no alto de um morro que divide a comunidade em dois “bairros”. Antes de Santa Filomena, São Raimundo Nonato era o padroeiro, e os dois são invocados na hora dos partos.

Inicialmente, o “presidente” da capela era Olinto Soares Serrão, que também ocupava a “presidência” da comunidade: “Aquele tempo era a mesma coisa ser presidente da capela e ser presidente da comunidade”. Na década de 1970, Olinto, como “já tava velhinho”, “entregou” a “presidência” da capela para Arino Farias; a da comunidade foi “entregue” para

¹⁷ Segundo os comunitários da Prainha do Tapajós, a caldeira foi transferida para onde, hoje, é São Jorge, uma das comunidades da Flona, que fica perto da BR 163.

¹⁸ Não tive acesso a qualquer documento comprovando o título de propriedade em nome dos Serrão. Mesmo assim, os seus descendentes consideram sua a área da Prainha do Tapajós, razão pela qual os “novatos”, ao chegar, recorrem à família Serrão para obter uma área onde construir a casa e outra para a roça. “Novato” não é um indivíduo estranho, mas um rapaz que se casou com uma mulher da comunidade ou é parente de alguém dali e pretende ali residir e tornar-se “efetivo”.

Domingos Ribeiro, sobrinho-neto de Laurelino Cruz, que posteriormente foi substituído por um irmão, Johnson Ribeiro, pai de Jocenita.

Além da capela, onde, aos domingos, o ministro da Eucaristia realiza a cerimônia religiosa para um pequeno número de pessoas, duas edificações se destacam na paisagem frontal da comunidade: a “paroquial” e a escola. “Paroquial” é como denominam um barracão construído pela comunidade em um terreno cedido por Olinto Serrão, do qual se apropriou a Diocese de Santarém — o que gerou uma das primeiras intrigas entre católicos e evangélicos na comunidade, pois os membros da família Serrão que “aceitaram Jesus”, congregados da Igreja da Paz, pretendiam realizar os cultos ali enquanto não construíssem um templo próprio. Nesse espaço são realizadas reuniões comunitárias, comemorações e as consultas pela equipe médica do PSA quando esta visita a comunidade. Como possui um motor gerador de eletricidade, de noite os moradores se reúnem ali para assistir televisão até ele ser desligado, o que ocorre por volta das 21 horas.

A Escola Multisseriada de Ensino Fundamental Santa Filomena, que funciona num prédio novo, é a outra edificação que se destaca. Sua construção foi objeto de disputa com a Prainha, pois esta queria que a escola se localizasse numa área mais próxima dos seus limites. Numa votação realizada para definir o lugar da construção, prevaleceu a vontade da Prainha do Tapajós. Essa escola substituiu a Escola Isolada Mista da Prainha, criada em 1949. Como, naquela época, Prainha do Tapajós era “bairro” de Boim, eram os padres franciscanos residentes nesta última que “colocavam” os professores, segundo relatou Arino Farias. Na Escola Santa Filomena estudam alunos residentes na Prainha do Tapajós e nas comunidades vizinhas: Taquara, Prainha, Itapaiuna e Paraíso. Os alunos que moram nessas comunidades vão e voltam da escola em barcos fretados pela prefeitura de Belterra.

Para encaminhar e gerir projetos, os moradores fundaram a Associação Comunitária da Prainha do Tapajós (Ascoprata), e esta integra a Aita juntamente com as comunidades Piquiatuba, Tauari, Prainha e Pedreira. A Aita foi presidida, nas duas últimas gestões, por moradores da Prainha do Tapajós — o anterior, da família Santos, e o atual (eleito em abril de 2007), da família Farias

Entre os projetos implementados na comunidade, destaca-se a Cooperativa das Oficinas Caboclas do Tapajós, para geração de renda a partir da produção de móveis artesanais com madeira de árvores desvitalizadas naturalmente no interior da floresta, e sua comercialização em Santarém ou exportação para outros centros. A cooperativa foi implementada pelo Ipam e dela participam aproximadamente vinte associados, entre os quais

a ACS (que também participa das reuniões), uma vez que é a responsável em prestar os primeiros socorros em caso de acidente durante o trabalho.

Um momento significativo da história recente da Prainha do Tapajós foi a “entrada” da Igreja da Paz como missão, em 16 de abril de 1989, quando foi realizado o seu primeiro culto, conforme me contou dona Raimunda, esposa do “presidente” comunitário daquela época, Elias Serrão (este, considerado “memória viva da Prainha do Tapajós”). Não ficou esclarecido se antes já havia contatos com essa Igreja ou, se havia, como seriam, pois os relatos dos comunitários não coincidem. Um dos congregados disse que os primeiros poços artesanais “trazidos” por ela “chegaram” em 1992. É interessante observar que os homens indicaram a abertura dos poços como referência da “entrada” da Igreja da Paz na comunidade, e as mulheres, a realização do culto. De qualquer modo, o início da sua atuação como missão evangélica é marcado pela realização do primeiro culto público, porque os poços só foram abertos depois que alguns moradores se converteram.

Em 1989, missionários foram recebidos por Elias Serrão, que solicitou a “paroquial” para a realização de um culto. A solicitação não foi atendida porque, segundo explicações de Arino Farias, a Igreja católica não permitia a realização de cultos evangélicos em suas dependências. Como alternativa, recorreram à diretora da escola, para que emprestasse uma das salas, no que foram atendidos. Conforme um dos congregados, no primeiro culto se converteram dezesseis pessoas, que “fizeram a decisão” de aceitar Jesus e sua palavra.

O número de congregados entre os moradores já foi maior, mas, com o passar dos anos, muitas pessoas deixaram de participar dos cultos e voltaram a levar a vida sem as prescrições de conduta estabelecidas pela Igreja, e, pelo que pude observar, o número deles é maior entre as famílias Serrão e Nobre, mesmo o pastor sendo da família Ribeiro. Ainda assim, continuam participando de algumas das atividades realizadas pela Igreja, especialmente dos congressos, oportunidade na qual os congregados de diferentes comunidades participam das atividades religiosas — congressos que, segundo me disseram, também já foram mais movimentados, por atraírem muitos moradores, mesmo não-congregados.

As pessoas “entraram” para a Igreja da Paz por diferentes razões. Dois congregados sintetizaram as explicações: parte entrou porque algumas mulheres queriam “retirar” os homens (filhos, maridos ou irmãos) do alcoolismo; e parte porque queria obter os serviços de assistência em saúde prestados às comunidades pela Igreja:

Quando eles entraram aqui, só na nossa comunidade tinha vinte casos de diarreia; só aqui na Prainha [do Tapajós]. Quase em todas as casas tinha um

adulto ou uma criança com diarreia. Aí, o que aconteceu? Nós fizemos... entramos com ela e fizemos um pedido, que eles faziam assim: a cada quatro família que quisesse, eles então deixavam um poço, pra pagar quando pudesse. Aí, se não tivesse ninguém, eles cavavam onde era implantada uma igreja. Aí, como foi implantada uma igreja, lá no final da vila quase, [...] então eles cavaram um poço e deixaram lá. Aí, meu pai, que sempre foi uma pessoa que também gostou de ajudar, ele reuniu ele, mais a mãe dele e mais dois irmão. [...] Aí nós então reunimos: ‘Vamos comprar um poço?’. [...] Então, o que aconteceu? Eles contribuíram pra saúde da diarreia, né? Aí já começou... aí, sempre eles vinham e sempre vêm, e eles trazem uma equipe médica pra trabalhar.

No início, a Igreja da Paz atuou mais intensamente na área da saúde: capacitou uma congregada e, mensalmente, trazia o barco Portador da Luz, o “barco da saúde”, para consultas com uma equipe médica e odontológica. Os comunitários, congregados ou não, recorrentemente fizeram referência à doação de remédios por missionários americanos. Como a legislação brasileira impede o fornecimento de medicamentos não recomendados pelo Ministério da Saúde (MS), a sua distribuição foi interrompida posteriormente.

João Ribeiro, um sobrinho de Laurelino Cruz, é pastor dessa Igreja na Prainha do Tapajós, e ele me contou que as visitas do “barco da saúde” foram interrompidas porque, na avaliação da instituição, a atuação do PSA, em convênio com a prefeitura, garante o atendimento. Além disso, ela tem dificuldade para encontrar médicos, odontólogos e enfermeiros voluntários brasileiros, uma vez que profissionais da saúde estrangeiros foram proibidos de trabalhar sem autorização do MS.

Quando a Igreja foi se instalar na comunidade, Elias Serrão, então seu “presidente” e chefe da sua família mais antiga, detentora de grande área de terra, e também um congregado, “deu um pedaço [de terra] para fazerem as orações”. A área cedida para a construção de um templo situa-se perto da estrada pela qual as famílias têm acesso às suas roças, e isso gerou conflitos, pois as famílias católicas não desejavam a presença de evangélicos e, muito menos, de um templo de outra confissão religiosa no caminho para o “centro”. Naquela época, “ninguém queria saber de crente aqui”, explicou Johnson Ribeiro (que também já foi “presidente” da Prainha do Tapajós).

Embora o assunto do conflito fosse pouco comentado pelos moradores, em diferentes oportunidades ouvi versões distintas sobre ele, dependendo de quem fosse meu interlocutor, mas, mesmo assim, eram sempre cuidadosos. Uma das versões, não propriamente partidária de um dos lados, faz referência à participação do Laurelino Cruz no conflito entre católicos e evangélicos. Esse pajé foi chamado por um morador para interferir no conflito através da realização de um “trabalho” para afastar os evangélicos da estrada onde pretendiam construir

o templo. Mais que isso, seu “trabalho”, na interpretação de um dos meus informantes, também afastou a parentela que era congregada da Igreja da Paz à época, implicando na cisão da comunidade e no surgimento da Prainha, em 1999. Essa explicação reveste-se de um significado importante, pois envolve o uso de um “trabalho” realizado pelo pajé para interferir na vida de um grupo de famílias evangélicas e católicas.

Para Johnson Ribeiro, naquela época “era uma confusão danada entre católico e crente”. Embora várias as versões, é quase certo que a divisão da comunidade, com a criação da Prainha, tenha se dado por motivos decorrentes do conflito religioso. Com o passar do tempo, este foi se atenuando, e, durante minha estada em campo, pude observar a participação de congregados da Igreja da Paz no trabalho de recuperação da escadaria da capela católica e Arino Farias (ministro da Eucaristia) rezando no funeral de uma das mulheres de Moreno Patrocínio. Segundo Johnson Ribeiro, “demorou muito pra se unirem de novo. Hoje são todos amigos. [...] Agora está ficando quase do mesmo jeito”.

Martanxim situa-se nas margens do igarapé do mesmo nome, mas afastado da sua foz, entre Taquara e Prainha do Tapajós. É um “bairro” desta última, porém os moradores estão discutindo sua elevação à condição de comunidade, porque “as comunidades querem ter sua autonomia, sua identidade”. Os relatos indicam que Martanxim foi um reduto cabano, como vários outros ao longo das margens do Tapajós, e nas suas proximidades provavelmente ocorreram combates¹⁹. O primeiro morador do “lugar”, considerado seu fundador, foi Garcia Oliveira Nobre. Na margem do igarapé há uma pedra onde estão gravados as iniciais G, O e N e o ano de 1865, indicando, na interpretação dos moradores, o registro da chegada daquele e posse da área. Todas as famílias residentes nessa localidade são parentes por consangüinidade ou afinidade, pois “aqui só entrava quem ele [Garcia Nobre] queria, por isso só é Nobre”, explicou Humberto Nobre.

A maioria dos moradores dessa localidade é constituída de congregados da Igreja da Paz, caso da diretora da Escola Santa Filomena, “natural” de Pini, casada com Haroldo Nobre, embora existam famílias que se assumam católicas e participem regularmente das cerimônias religiosas dominicais na Capela Santa Filomena, na Prainha do Tapajós, como dona Lira.

Prainha foi fundada, como já mencionei, por Moreno Patrocínio, após o conflito que teve como motivo a construção de um templo evangélico dos congregados da Igreja da Paz na Prainha do Tapajós; posteriormente, quando da construção da escola, houve novo conflito entre as duas comunidades. Prainha recusa as visitas domiciliares de Jocenita, e, embora os

¹⁹ Vários relatos fazem menção à ocorrência de combates armados em Martanxim, onde foram encontrados armas, balas e esqueletos humanos.

relatos não indiquem com clareza, a recusa parece estar relacionada às desavenças com a Prainha do Tapajós, sobretudo porque Jocenita é sobrinha de Arino Farias, “presidente” desta também na ocasião da construção do novo prédio da escola. Segundo informações que não pude verificar detalhadamente, esses são apenas dois episódios numa série de escaramuças antigas entre as famílias Farias e Patrocínio.

Prainha é constituída por uma família extensa liderada por Moreno Patrocínio. A área situada mais a montante, para onde se mudaram em 1999, foi cedida por Elias Serrão. Para representar os moradores externamente e gerenciar seus interesses diretamente com o Ibama, o PSA e outras agências de desenvolvimento fizeram com que seus moradores criassem uma associação comunitária, presidida atualmente por um dos filhos de Moreno. Seus moradores são evangélicos e, no perímetro da sua área, foi construído o Centro de Treinamento da Igreja da Paz, com “recursos” de missionários canadenses, onde esta realiza os seus congressos na região do baixo Tapajós. Um pouco afastado, já dentro da área da Prainha do Tapajós, encontra-se o campo de futebol do Santos Futebol Clube e um “bar” pertencente a um membro da família Santos.

Itapaiuna, localizada a montante da Prainha, teve sua origem com escravos negros fugidos de fazendas localizadas perto de Santarém. “Lá teve muito escravo”, dizem os mais velhos. Entretanto, ao longo dos anos, algumas famílias foram para lá, especialmente depois do fim do garimpo na região do Tapajós, tornando-se moradores “efetivos”. A rede de parentesco da Prainha do Tapajós e Martanxim estende-se até ela, especialmente das famílias Nobre, Santos e Ribeiro. Jocenita é a ACS que atende essa comunidade.

Taquara localiza-se a jusante da Prainha do Tapajós, da qual era “bairro”. Como já informei, é designada de “aldeia” pelos seus moradores, que se auto-identificam como indígenas da etnia Munduruku e reivindicam a demarcação da sua área como terra indígena. Mesmo afastada da margem do Tapajós, durante a cheia é possível chegar a ela de barco. As primeiras referências a essa localidade remontam a 1680, como sendo uma aldeia Munduruku (ARNAUD, 1989 apud LEMOINE, 2005, p.217). A chegada do casal Simplício Pinto de Assunção²⁰ e Maria Porquéria, em 1899, é considerada o momento da sua fundação. Posteriormente, uma de suas filhas adotivas casou-se com Manuel Ribeiro dos Santos²¹, trabalhador embarcado “natural” da margem esquerda (IORIS, 2000).

²⁰ Lemoine (2005) diz que Simplício era um índio Munduruku, e Ioris (2000), que era mestiço, filho de um português com uma índia.

²¹ Segundo Lemoine (2005), Manuel Ribeiro dos Santos era um índio Tupinambarana.

Laurelino Cruz passou a residir em Taquara quando casou com uma das filhas de Manuel Ribeiro dos Santos. Durante sua vida, além de curar doenças, ele exerceu forte autoridade sobre os moradores dessa comunidade, que, em sua maioria, são seus descendentes. Lemoine (2005) relata que Laurelino, em 1978, fundou ali a Sociedade Desportiva Tatuzinho. Como possuía relações com políticos de Santarém, que freqüentemente o procuravam para tratamento, pleiteou, em 1979, a elevação de Taquara, à categoria de comunidade — nessa condição poderia obter “recursos” para Taquara diretamente com a prefeitura daquela cidade²², ou melhor, com políticos conhecidos que ocupassem cargos públicos na administração municipal.

Em 1980, Laurelino implantou ali a catequese, apoiou a criação do Clube de Mães e do Grupo de Jovens; em 1984, negociou, junto à prefeitura de Santarém, a fundação de uma escola, que funcionou no barracão da Sociedade Desportiva Tatuzinho até a construção e inauguração do novo prédio, em 2003. Essa intervenção para a construção de instalações para a escola foi interpretada como “um chamado do pajé junto às autoridades competentes”, e ela foi denominada Escola Municipal de Ensino Fundamental Laurelino Cruz, em homenagem a ele. Como era católico, Laurelino solicitou à Diocese de Santarém a construção de uma capela para a padroeira da comunidade, Nossa Senhora Aparecida, no que foi atendido. Na década de 1980, no âmbito do movimento de retomada do sindicato pelos trabalhadores rurais, ele fundou, em Taquara, a sub-delegacia do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Santarém (STR-STM)²³. Até então, só havia a delegacia sindical da Prainha do Tapajós.

Seus filhos Guilherme, Chagas e Caboclo, chamados de pajés pelos moradores, para manter a “tradição indígena”, em caso de doença são os primeiros a ser procurados. Chagas e Guilherme residem na “beira”, e Caboclo, mais afastado, mais perto do “centro”, e ocasionalmente reza com “cigarro de tauari”.

Vítor, um índio Baniwa que é ACS da comunidade, “virou [seu] morador efetivo” quando “amigou” com a filha de Assis, “cacique” da “aldeia” (como é chamada a principal liderança de Taquara), outro filho do Laurelino. Vítor foi contratado como ACS depois de um “acordo” entre as lideranças da Prainha do Tapajós, Taquara e a prefeitura de Belterra, e também atende famílias do Martanxim e Prainha, além de algumas da Prainha do Tapajós.

²² Lembro que, naquela época, as comunidades da Flona estavam sob jurisdição de Santarém.

²³ Os ex-presidentes do STR, Geraldo Pastana (1980–1983), atual prefeito de Belterra, e Avelino Ganzer (1983–1986), eram “amigos do velho” Laurelino. Um dos filhos deste foi delegado sindical de Taquara e outros dois integraram a diretoria em dois mandatos (1986–1989 e 1992–1996). Em 2003, o sindicato publicou um livro contando sua história entre 1974 e 2003, e o nome dos filhos de Laurelino aparecem entre os membros da diretoria representando os associados da margem direita do baixo Tapajós (GERALDO, 2003).

Paraíso, situada a montante de Itapaiuna, é constituída por uma família extensa, tendo como matriarca dona Rosalina. Ao todo, são dez unidades familiares, formadas por seus filhos, filhas e irmãs. A comunidade teve origem depois de um conflito com outras famílias de Itapaiuna, à qual estava vinculada como “bairro”. Joselito, ACS da comunidade, é sobrinho de dona Rosalina. Embora pequena, nessa comunidade há um campo de futebol, o barracão do clube (onde são realizadas as festas) e o barracão comunitário (onde são feitas reuniões, consultas e a vacinação das crianças). Durante o período de pesquisa de campo, foi construído, em alvenaria, um outro galpão, de um projeto voltado à produção de móveis pelos próprios comunitários.

Com exceção de Taquara, o PSA está presente nessas comunidades, e sua ação consiste na realização de visitas da equipe de saúde por ocasião das vacinações, realizadas periodicamente²⁴. Nessas ocasiões, monitora a saúde das crianças, dos diabéticos e hipertensos, através de visitas domiciliares em conjunto com o ACS da comunidade, que também é monitorado nessas oportunidades. Em geral, tais visitas não ultrapassam um dia. Consultas só ocorrem quando um médico acompanha a equipe, que, na maioria das viagens, é formada apenas por técnicos em enfermagem.

As ações em saúde orientadas pelo modelo biomédico não alteram o modo como os comunitários recorrem às práticas terapêuticas locais. No dia da visita da equipe do PSA, sua presença não interfere de forma substancial no cotidiano da comunidade. Como já coloquei, observei que muitas famílias não comparecem, por estarem trabalhando no “centro”, em suas roças. Mas comparecem quando a equipe do PSA realiza atividades performáticas no salão comunitário, durante a noite, como o circo ou esquetes (pequenas peças teatrais) abordando temas relacionados à saúde. Nessas ocasiões, os moradores se reúnem para assistir às apresentações e participar das brincadeiras.

No encontro do igarapé Martanxim com o rio Tapajós, na área da Prainha do Tapajós, existe um cemitério “muito antigo”, onde são enterrados os mortos das comunidades Taquara, Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna²⁵ e Paraíso, entre eles Laurelino Cruz, Olinto Soares Serrão e Deodata Serrão (mãe de Elias Serrão). Nele, observa-se a existência de várias covas de “anjos” (crianças não batizadas), identificadas pelas pedras que as marcam.

A sepultura de Laurelino, em alvenaria, ocupa lugar destacado, próximo ao Cruzeiro. No chão, ao lado da sua sepultura, encontra-se, quebrada, a cruz de cimento que estava nela;

²⁴ Além disso, na área de saneamento, o PSA atuou na instalação de pedras sanitárias em cada uma das casas.

²⁵ No centro de Itapaiuna há um pequeno cemitério, no qual estão sepultados os “antigos”.

segundo alguns relatos, foi retirada por pessoas que não o consideravam “cristão”, e que acham que suas práticas eram contrárias aos ensinamentos do Evangelho.

Nos últimos dias de outubro de 2006, participei da limpeza do cemitério para a Iluminação (Dia de Finados) junto com moradores das diferentes comunidades, inclusive congregados da Igreja da Paz. Na limpeza, o mato, que tomava conta do espaço, foi cortado; os galhos e folhas que cobriam o chão foram varridos e amontoados, para ser queimados (durante a queima, a fumaça tomou conta do ambiente, como uma grande defumação); as cruzes foram pintadas e as sepulturas enfeitadas com flores de plástico e ramos de árvores. Num clima bem-humorado, com flertes e piadas, os comunitários, alternadamente, trabalharam até o final do dia. Na Iluminação, no final da tarde os moradores das comunidades dirigiram-se ao “lugar da morada eterna”, e acenderam velas para iluminar o caminho daqueles que se mudaram para essa “cidade”. Ocorre, nesse encontro, um conagração entre vivos e mortos; reaviva-se a memória coletiva ao rememorar passagens da vida daqueles que, sob outra forma, ainda estão presentes entre os vivos.

O fato de que estavam ali pessoas residentes em diferentes comunidades e na cidade evidencia que a rede de parentesco aparece também no espaço habitado pelos mortos, e tudo indica que também não há dicotomia entre sociedade dos vivos e sociedade dos mortos. Não obstante as tensões entre as famílias e entre os grupos religiosos, há momentos nos quais eles compartilham atividades de interesse comum ou cuja importância transcende os conflitos. Há, entre as cidades e as comunidades, e entre as comunidades, um vínculo estabelecido e mantido pelas relações de parentesco, que recorrentemente são acionadas.

III SAÚDE: UM ASPECTO DA HISTÓRIA DO TAPAJÓS

Ao refletir sobre as referências ao “mau-olhado de bicho” e à capacidade de transformação de algumas espécies de seres, presentes nos relatos que registrei em 2001 (WAWZYNIAK, 2001), vislumbrei que esses dois fenômenos poderiam fornecer informações sobre o sistema cosmológico no interior do qual saúde e doença são pensadas pelos ribeirinhos das comunidades onde realizei minha pesquisa. Decidi, então, estudá-los para compreender a lógica segundo a qual a doença e os processos terapêuticos são concebidos. Entretanto, verifiquei ser indispensável situar as concepções e práticas sobre saúde e doença no contexto histórico, uma vez que, ao longo do tempo, um conjunto de ações, impostas ou implementadas por diferentes agentes externos, procurou imprimir-lhes mudanças ou mesmo substituí-las por uma outra lógica.

Compreender como um grupo social concebe saúde, doença e cura, e como usa os procedimentos terapêuticos associados a essas concepções a fim de manter ou restaurar a saúde dos seus membros requer situá-lo espacial e temporalmente. Neste capítulo apresento o contexto histórico no interior do qual os ribeirinhos vivenciam essas experiências. Faço uma descrição mais geral desse contexto para, posteriormente, particularizar eventos que se referem diretamente à realidade das comunidades Taquara, Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna e Paraíso. Também faço a apresentação dos serviços e atividades em saúde nas comunidades ribeirinhas para, então, descrever a forma como atuam e os itinerários

terapêuticos escolhidos pelos ribeirinhos, para ver como estes respondem às ações em saúde promovidas por diferentes agências.

Segundo uma dinâmica típica dos seus processos históricos, na região amazônica ocorreram mudanças na ocupação do espaço, experimentação de múltiplas temporalidades e experiências que colocaram diferentes sistemas culturais em contato. Isso, por sua vez, produziu sínteses fluidas, que se atualizam contextualmente, embora orientadas por idéias e valores culturais comuns e pré-existentes, dando singularidade à realidade tapajônica, mesmo havendo muitas similaridades com outros contextos amazônicos. Minha hipótese é a de que, em grande medida, a paisagem sociocultural atualmente observada na região tapajônica resulta do modo como sua população apreendeu as, e reagiu às transformações impostas pelos agentes externos desde o século XVI.

História das ações em saúde

Reconstituir a história da região do baixo Tapajós em toda a sua diversidade e complexidade não é o meu objetivo, pois muitos eventos não poderiam ser aqui abordados em sua ampla significação histórica. Várias maneiras de historiar e traçar um panorama geral são possíveis, e minha intenção é destacar os traços marcantes do movimento histórico mais geral dessa região a fim de fornecer elementos potencialmente capazes de ampliar a compreensão do presente de uma perspectiva diacrônica.

Diferentes autores apontam momentos do passado da região amazônica que imprimiram mudanças significativas na configuração da sua sociedade cabocla atual (SANTOS, 1980; PARKER, 1985; DEAN, 1989; NUGENT, 1993; WEINSTEIN, 1993). Assim, neste item enfoco aspectos históricos relativos à saúde, à doença e às ações em saúde a partir do contato com o colonizador europeu, salientando como as concepções e práticas sobre tais dimensões foram sendo afetadas. Sem pretender explicar o presente etnográfico pelo passado, busco destacar alguns nexos de continuidade temporal ressaltando aspectos de permanência e mudança.

Nos relatos de Carvajal encontram-se as primeiras referências à região da foz do Tapajós. Entre as principais fontes etno-históricas referentes aos séculos XVI e XVII estão as crônicas dos missionários Heriarte, João Daniel, Cristobal de Acunã, Pedro Teixeira e João Felipe Betendorf, nas quais se destaca a existência de assentamentos populacionais permanentes, organizados em grandes aldeias ao longo de um extenso território na foz dos

rios Arapiuns e Tapajós (BETENDORF, 1910; MENÉNDEZ, 1981/1982; PORRO, 1995; GOMES, 2002).

Politicamente, os índios Tapajó possuíam divisões hierárquicas internas e estavam organizados em torno de um chefe principal, que tinha milhares de guerreiros sob seu comando. Estavam inseridos numa economia intertribal de grande escala: desenvolviam intensa produção agrícola, com extensas roças de milho e mandioca; criavam tartarugas em cativeiro; processavam e armazenavam alimentos; e fabricavam cerâmica finamente decorada (NIMUENDAJU, 1953; PORRO, 1995; GOMES, 2002).

Nimuendaju (1953) foi o primeiro a caracterizar culturalmente os Tapajó, na década de 1920, com base em fontes etno-históricas e descobertas arqueológicas. Entre as principais características daqueles, o autor destaca: fabricavam cerâmica; mantinham numerosos guerreiros; colecionavam crânios de inimigos; falavam uma língua não-pertencente ao tronco Tupi; possuíam chefes comandados por um chefe geral; praticavam rituais de endocanibalismo; e cultuavam ancestrais mumificados. Embora esse autor tenha tentado elaborar um retrato homogêneo, sua caracterização é considerada fragmentária. Mesmo assim, possibilitou a formulação de hipóteses sobre a existência de formações sociais complexas na região do Tapajós (GOMES, 2002).

A partir de 1626, os Tapajó e outros grupos étnicos da região tapajônica tiveram regularmente contato com coletores de drogas do sertão, tropas de resgate de índios e missionários europeus, o que provocou a dispersão, o apresamento e a morte de milhares deles. Ao longo dos anos, em decorrência dos descimentos de grupos étnicos afastados da margem do rio ou da sua foz, e das epidemias contra as quais a população não possuía defesas imunológicas, houve o despovoamento das outrora populosas aldeias do Tapajós, e, em 1691, pouco restava delas, inclusive de uma situada na sua foz (MENÉNDEZ, 1981/1982; PORRO, 1995).

No século XIX, segundo Bates, Barbosa Rodrigues e Hart, os Tapajó estavam extintos (PORRO, 1995; GOMES, 2002). Em seu relato, publicado em 1875, Barbosa Rodrigues diz ter conhecido apenas uma centenária índia Tapajó, que os demais eram “descendentes” ou miscigenados. E Bates (1892 apud GOMES, 2002) chamou a atenção para o fato de que mesmo o nome Tapajó sendo desconhecido pela vizinhança, provavelmente os seus descendentes residiam às margens do baixo Tapajós, sendo avessos aos portugueses. Sobre o fim dos Tapajó, informa Barbosa Rodrigues (1875 apud GOMES, 2002, p.157):

A época do desaparecimento dos Tapajós, começou em 1750, com uma epidemia de cursos de sangue que apareceu e em 1798 eles já não existiam,

senão cruzados com outros [...]. Refiro-me que os Tapajós foram quasi todos exterminados por dysenteria e febres que appareceram, que matava-os às dúzias por dia.

Em 1661, por ordem do padre Antônio Vieira, foi fundada a Missão do Tapajós, para a qual o padre João Felipe Betendorf foi indicado como superior. Na época, era uma populosa aldeia situada na margem direita da foz do rio, onde hoje localiza-se Santarém; quatro anos mais tarde, foi considerada a mais importante das missões do Grão-Pará. A fundação da missão, além dos objetivos religiosos, deveria servir de ponte para a penetração para o interior, dada a sua localização estratégica (MENÉNDEZ, 1981/1982).

Betendorf, que viveu quatro anos entre os Tapajó, escreveu um catecismo na língua deles e ordenou a queima dos corpos mumificados dos ancestrais, e o lançamento das cinzas ao rio, juntamente com as pedras de uso ritual (BETENDORF, 1910; PORRO, 1995). Em nome da fé, os missionários impuseram restrições às festas, à ingestão de substâncias psicoativas, às habitações coletivas e à prática da pajelança — práticas que percebiam como ameaças à salvação. Além dessas restrições, para garantir a conversão, forçaram a moradia em aldeamentos, o controle da sexualidade, o uso de roupas. A repressão e a condenação aos pajés e às crenças e práticas ligadas à pajelança são descritas nos autos da visitação do Tribunal do Santo Ofício (Inquisição), entre 1763 e 1769, quando esse tribunal esteve em Belém (LAPA, 1978). Condenação e repressão que se mantêm ao longo do tempo, como indica Maués (2005, p.271)¹:

[...] a pajelança tem sido combatida pela Igreja Católica na Amazônia desde o período colonial [...] os bispos paraenses [em visitas pastorais] não perdiam a oportunidade de criticar e combater o pajé [...]. Os jornais do século passado [século XX] estavam cheios de notícias ridicularizando e condenando os pajés que atuavam na sociedade do período [...] Eram frequentemente acusados não só de práticas contrárias à religião dominante, como de prática ilegal da medicina, ou ‘curandeirismo’.

Não obstante o esforço de missionários, dos inquisidores e mesmo de médicos, as práticas de pajelança e cura não foram eliminadas nem os índios converteram-se ao modelo que tentaram lhes impor. Eles resistiram sob várias formas, mesmo mudando suas práticas de modo a mantê-las sob diferentes aparências.

Contraditoriamente, vários autores reconhecem que o colonizador português não desprezou completamente o conhecimento e as práticas terapêuticas dos curandeiros. Até mesmo os jesuítas, que os combatiam ferozmente, apropriaram-se de conhecimentos sobre

¹ Sobre a perseguição aos pajés e a condenação da pajelança no Pará, ver Figueiredo (1996).

plantas e ervas da farmacopéia indígena (FREYRE, 1997; RIBEIRO, 1997)² — talvez porque, como escreveu Freyre (1997, p.254), “é provável que nas mãos de um curandeiro indígena estivesse mais segura a vida de um doente, no Brasil dos primeiros tempos coloniais, do que nas de um médico do reino estranho ao meio e à sua patologia”. Entretanto, tais curandeiros estavam sujeitos a punições tanto das autoridades médicas quanto das eclesiásticas (RIBEIRO, 1997).

Como parte de um projeto mais amplo, o banimento dos jesuítas do Brasil, na segunda metade do século XVIII, por determinação do Marquês de Pombal, estava relacionado à instauração de uma nova ordem administrativa. Para tanto, foram sendo elaborados instrumentos de caráter jurídico a partir das informações fornecidas pelos próprios jesuítas e, posteriormente, pelo governador do Grão-Pará e Maranhão, Francisco Xavier de Mendonça Furtado, irmão do marquês. O principal desses documentos, o *Diretório dos índios*, resultou de uma série de correspondências oficiais entre os dois irmãos, e foi o instrumento legal que dirigiu a execução do projeto de civilização dos índios articulado ao de colonização (ALMEIDA, 1997).

O *Diretório dos índios* tinha por propósito evangelizar, solucionar os problemas de defesa territorial e de povoamento da Amazônia de acordo com os ideais de uma determinada visão de mundo. Isto mostra que toda uma legislação foi elaborada para transformar as aldeias indígenas em missões, e estas em lugares, povoados, vilas e cidades portuguesas, ou melhor, na imagem de Portugal, inclusive com denominações portuguesas. Nesse período, foram elevadas à condição de vila as aldeias Alter do Chão, Aveiro, Boim, Pinhel, Santarém e Vila Franca (REIS, 1979; ALMEIDA, 1997).

A preocupação em elevar as aldeias a vilas ou cidades estava orientada por uma política de cunho urbanizador, uma vez que o conceito de civilização, no ideal dos seus elaboradores, só se realizaria em espaços planejados. Esse ideal de organização espacial pretendia interferir inclusive nas próprias habitações indígenas, pois determinava que elas deveriam ser construídas à semelhança das casas dos brancos. Almeida (1997) afirma que, ao propor alterações no desenho do espaço físico interno das moradias dos índios, buscava-se introduzir noções européias de vida pública e privada, bem como suas respectivas regras de moralidade. Com preocupações demográficas, buscava-se, também, com tais interferências,

² Mesmo altos dignatários da Igreja reconheciam a eficácia das práticas terapêuticas dos especialistas indígenas. Exemplo eloqüente é o frei Caetano Brandão, sexto bispo de Belém do Pará (entre 1783 e 1788), fundador do primeiro hospital da Amazônia, que dizia ser “melhor tratar-se uma pessoa com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraçado instinto, do que com um médico desses vindos de Lisboa” (FREYRE, 1997, p.254).

eliminar os efeitos deletérios das epidemias causadas pelo contágio de doenças transmitidas pelos europeus aos índios (ALMEIDA, 1997). A tentativa de modificação exigia a intervenção nos costumes, para induzir a adoção, pelos índios, de hábitos e valores da civilização ocidental, mais particularmente da sociedade portuguesa.

No mesmo sentido, Sampaio (2003) afirma que a *Carta régia* de 1798, que substituiu o *Diretório dos índios* como instrumento da administração colonial, tentou eliminar qualquer noção de comunidade, induzindo à adoção de mecanismos de individuação através dos quais os índios aldeados deveriam procurar individualmente a sua proteção. Contudo, como observa Perrone-Moisés (1998, p.119), “entre projeto colonial expresso nas leis e a prática há [...] uma grande distância” — sobretudo porque, como assinala Sampaio (2003), as populações aldeadas adotaram estratégias próprias para interferir na aplicação da legislação.

Outro acontecimento importante, que contribuiu para uma nova configuração, foi a Guerra da Cabanagem. Desde a independência do Brasil, mais particularmente desde a adesão do Pará a ela, em 1824, as populações nativas de índios, caboclos e negros, sentindo-se esbulhadas em seus direitos, começaram a demonstrar sua insatisfação. Inicialmente, os rebeldes veiculavam boatos e notícias tendenciosas; em pouco tempo, esse expediente desdobrou-se em revolta armada contra os portugueses, que, iniciada em Belém, expandiu-se pelo interior do Pará, com a tomada de muitas vilas pelos cabanos, inclusive Santarém.

Os últimos embates antes da derrota definitiva dos cabanos ocorreram às margens do Tapajós (REIS, 1979). Mesmo depois de terminada a guerra, a perseguição promovida pelos portugueses continuou, sobretudo contra os pajés, por motivações políticas, pois eram considerados aliados dos cabanos. O resultado dessas perseguições foi uma invisibilização ainda maior desses especialistas de cura, pois, com medo de serem identificados como índios aliados dos cabanos que ainda resistiam na região, a fim de proteger os pajés e de proteger-se, os ribeirinhos do Tapajós escondiam ou negavam a prática da pajelança (ALMEIDA, 1997, 2001; HARRIS, 2006). De acordo com Almeida (1997, p.51), é possível supor que, “na esteira desta reação repressiva que atingiu este saber médico, outros processos devastadores aconteceram, como o medo de se identificarem índios através da prática da pajelança”.

Conforme Amorim (1999), depois da guerra, a região do Tapajós foi atingida por duas grandes epidemias. Em 1850, ocorreram surtos de febre amarela, que não chegaram a Santarém — onde a população, como medida de prevenção, fazia correntes de oração, promessas e romarias, e “purificava” o ar com tiros de canhão (a fumaça da pólvora limpava o ar). Em 1855, a região de Santarém foi assolada por uma epidemia de cólera causadora de muitas mortes — e novamente a população recorreu às romarias, orações e promessas a São

Sebastião, acreditando que tais procedimentos conteriam o elevado número de mortes. Tanto no primeiro quanto no segundo surto epidêmico, verifica-se a manifestação de atitudes decorrentes do catolicismo reinante e de práticas relativas ao modelo terapêutico da época.

Na segunda metade da década de 1860, teve início a exploração de borracha nos seringais da região do Tapajós, para onde afluíram migrantes nordestinos para trabalhar na extração do látex, na qual já trabalhavam as populações indígenas e caboclas — e a “febre da borracha” se estendeu por toda a Amazônia. Em virtude das técnicas predatórias usadas, os seringais rapidamente se esgotaram; entretanto, deles saíram, em 1866 (DEAN, 1989), as sementes que, exportadas para a Inglaterra e transferidas para a Ásia, resultaram na debacle da economia da borracha nos seringais nativos da Amazônia (SANTOS, 1980; DEAN, 1989; WEINSTEIN, 1993; AMORIM, 1999). Com o esgotamento dos seringais do Tapajós, Santarém tornou-se exclusivamente um entreposto entre Belém, Manaus e Porto Velho (AMORIM, 1999).

Segundo Dean (1989), em 1911 houve, por parte dos comerciantes e seringalistas da Amazônia, um esforço para persuadir o Governo Federal a investir na produção de borracha no Brasil e, inclusive, na saúde pública. No ano seguinte, chegou a ser aprovado o Plano de Defesa Econômica da Borracha, que, conforme Pinto (1984, p.49), era “um verdadeiro programa de desenvolvimento sócio-econômico para toda a região amazônica”. Santos (1980, p.249) relata que, no setor saúde, o “objetivo governamental seria prover tratamento adequado para os doentes da região, manter serviços de vacinação e medicina preventiva, bem como difundir práticas e hábitos de higiene”. O plano também previa a construção de nove hospitais, um deles na região do alto Tapajós. Nesse contexto, foi designada uma comissão de sanitaristas, liderada por Osvaldo Cruz, para “realizar o levantamento das condições sanitárias da Amazônia e traçar recomendações para o seu saneamento” (SANTOS, 1980, p.252). O trabalho da comissão não se transformou num programa de saúde e nenhum hospital foi construído; contudo, desvios e gastos desnecessários levaram o Congresso a excluir o plano do orçamento em 1913, sem que qualquer recurso tivesse sido investido em saúde pública.

No início da década de 1920, no âmbito de “uma estratégia internacional de controle das doenças transmissíveis globalmente” e estimulada pelos interesses dos Estados Unidos na nossa economia, a Fundação Rockefeller ingressou no Brasil, particularmente na Amazônia, com o objetivo de implementar serviços de saúde conforme o modelo norte-americano (VASCONCELOS, 2001, p.90). De modo especial, os voltados ao controle sanitário.

Em 1942, foi implementada uma importante ação em saúde na região amazônica, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) — uma agência juridicamente

internacional —, através dos Acordos de Washington, firmados entre os Estados Unidos e o Brasil porque o governo daquele país queria garantir e aumentar a exploração de borracha e de minérios, então considerados produtos estratégicos no “esforço de guerra”, na região amazônica e no Vale do Rio Doce, respectivamente (WAGLEY, 1988; CAMPOS, 2006). Segundo WAGLEY (1988, p.19), o Sesp era um “serviço cooperativo de saúde pública” que tinha por objetivo “fornecer assistência médica aos produtores [seringueiros e mineiros] de matérias-primas estratégicas”. A atuação do Sesp prolongou-se até 1960, quando foi substituído pela Fundação Serviço Especial de Saúde pública (FSesp), uma agência nacional que, por sua vez, em 1990 foi substituída pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa)³.

Em 1958, foram descobertas jazidas de ouro no município de Itaituba, desencadeando um intenso fluxo migratório para a região aurífera, a “febre do ouro”, que perdurou até o final da década de 1980 (AMORIM, 1999). No tocante à saúde, aumentou consideravelmente o número de casos de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), febre amarela, hepatite, tuberculose, malária, mutilações e mortes por acidentes. Além desses agravos, deve-se observar aqueles causados pela contaminação por mercúrio, metal pesado largamente empregado no amálgama do ouro (BRABO; COSTA; RAMOS, 1994; LIMA, 1994; SOUZA; RODRIGUES, 1994), tema pouco estudado de uma perspectiva antropológica⁴.

Durante a pesquisa de campo, muitos comunitários relataram ter trabalhado nos garimpos na região do Tapajós durante alguns anos de suas vidas, nem todos diretamente na extração, mas em atividades suporte como comércio, manutenção e transporte. Trabalhar no garimpo permitiu a muitos deles investir em “benfeitorias” nas posses familiares na comunidade⁵. Guilherme relatou ter trabalhado em farmácias de Itaituba e nos garimpos da região, e assim aprendeu a aplicar injeção, fazer sutura e mesmo a receitar remédios alopáticos; também contou que garimpeiros doentes buscavam “tratamento” com Laurelino (seu pai) quando consideravam que estavam com graves problemas de saúde.

No início da década de 1960, o MEB começou a atuar na região. Embora seu objetivo principal fosse a alfabetização de jovens e adultos, desenvolveu ações de educação em saúde: campanhas de saúde, melhoria sanitária e aproveitamento alimentar (COLARES, 1998). Uma década depois suas atividades foram paulatinamente desarticuladas e substituídas por outras pastorais da Igreja católica ou por outras agências, como o PSA, por exemplo.

³ Voltarei a abordar mais detalhadamente a atuação dessas agências no sexto capítulo, sobre os ACSs.

⁴ Para uma abordagem antropológica da atividade garimpeira na Amazônia, ver Cleary (1992).

⁵ A relação entre o trabalho no garimpo e o investimento no patrimônio familiar entre a população ribeirinha do Tapajós está por merecer estudos mais aprofundados.

Em setembro de 1969, no âmbito da geopolítica formulada para a Amazônia pelos militares — a fim de assegurar sua integração ao território nacional —, o município de Santarém, que então abrangia todo o baixo Tapajós, foi declarado área de interesse de segurança nacional, situação que perdurou até dezembro de 1984. O objetivo era implantar infra-estrutura para operações militares na Amazônia a partir desse município, em caso de conflitos internos ou externos⁶. De acordo com Colares (1998, p.92), não houve qualquer preocupação em fornecer serviços sociais à população — esta, “em especial a que morava nas áreas da periferia da cidade, ficou cada vez mais desassistida no que diz respeito à saúde e à educação”.

Nesse período, atuou na região tapajônica o médico Camilo Viana, que havia coordenado, de 1952 a 1968, o setor de interiorização da área de saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA) e, a partir deste último ano, foi coordenador de educação, saúde e ação comunitária nas bases físicas do Ministério da Agricultura no rio Tapajós, onde atualmente é Belterra. Uma de suas mais importantes ações na Amazônia oriental foi a coordenação do Projeto Rondon no Pará, que levava estudantes de medicina e enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para atuar em localidades ribeirinhas da região. Durante alguns anos, essa universidade desenvolveu atividades na área da saúde em convênio com a Fundação Esperança, organização voltada à atenção primária à saúde, inicialmente vinculada à Igreja católica.

Essa fundação foi criada em 1970, por iniciativa do frade franciscano norte-americano Lucas Tupper. Com apoio e doações de parentes e amigos dos Estados Unidos, ele construiu, no subúrbio de Santarém, a Clínica dos Pobres (AMORIM, 1999), cuja atuação abrangia os bairros urbanos dessa cidade e comunidades. Transformada posteriormente em ONG sem vínculos com a Igreja católica, a fundação continuou a atuar na área da saúde, com médicos e enfermeiros voluntários e contratados. Em convênio com a prefeitura de Belterra, foi responsável por vários cursos de capacitação de ACSs do município.

Entre as décadas de 1970 e 1990, ocorreram três eventos significativos na região onde estão as comunidades pesquisadas e que afetaram (e afetam) diretamente a vida dos seus moradores: a criação da Flona, o início da atuação do PSA e da Igreja da Paz.

⁶ Nesse período houve a instalação do 8º Batalhão de Engenharia de Construção (BEC), a construção do porto de Santarém e o início da abertura da rodovia Santarém–Cuiabá.

Floresta Nacional do Tapajós (Flona do Tapajós)

Das 25 comunidades situadas no perímetro da Flona do Tapajós — UC de 600.000 ha criada pelo Decreto nº 73.684, de 19 de fevereiro de 1974 —, vinte são ribeirinhas, entre as quais estão Taquara, Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna e Paraíso. Quando ela foi criada, os moradores não sabiam que seria transformada em UC, e a mudança da situação jurídica das suas posses trouxe diferentes implicações sobre o seu modo de vida (LEROY, 1991; FATHEUER, 1998; IORIS, 2000)⁷.

A Flona possui, como limite norte, uma linha imaginária perpendicular cruzando o km 50 da rodovia Santarém–Cuiabá (BR 163); ao sul, a rodovia Transamazônica e os rios Cupari e Cuparaitinga; a leste, a rodovia Santarém–Cuiabá; e, a oeste, o rio Tapajós (BRASIL, 2005) (Figura 2). De acordo com Ioris (2000), na criação da Flona não se considerou a existência de comunidades na área, pois não houve estudo prévio sobre a sua presença ou sobre a sua situação fundiária⁸. A própria definição dos limites da área foi feita de forma aleatória, o que desencadeou uma série de conflitos e problemas (o fato de o município de Aveiro ficar dentro da área, por exemplo).

Os moradores perceberam a nova situação apenas em 1977, quando o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Florestal (IBDF) realizou um levantamento com o propósito de desapropriá-los e indenizá-los (FATHEUER, 1998; IORIS, 2000), sob o argumento de que a área havia sido criada para “preservar a natureza” — como lembrou um morador da Prainha do Tapajós. Legalmente, uma UC de uso direto, como é o caso da Flona, não contemplava a presença humana residindo no seu interior, embora permitisse a exploração empresarial dos recursos madeireiros. Algumas famílias residentes nas comunidades próximas à BR 163 aceitaram a proposta do Governo Federal, receberam a indenização e se mudaram para outras localidades. No entanto, os moradores das comunidades ribeirinhas rejeitaram todas as ofertas, e, com o apoio do STR-STM, começaram a desencadear ações para garantir o direito de permanência na Flona. Esse conflito ocorreu num período de intensa mobilização de associados do sindicato para tomar a sua direção, então considerada aliada dos latifundiários (LEROY, 1991). É importante salientar que, na época, a política do IBDF era marcadamente contrária aos direitos das populações tradicionais sobre seus territórios.

⁷ Moreira e Anderson (1996, p.12), ao analisar os conflitos resultantes da presença humana em UCs, concluem que elas “foram criadas por decreto, e não houve nenhuma tentativa de envolver a sociedade civil, e muito menos as populações locais, nos debates sobre a conveniência ou não de sua criação”.

⁸ Dados de um levantamento realizado em 2001 indicam a existência de 52 áreas tituladas, entre as quais uma em nome do PSA, na comunidade de Jamaraquá (BRASIL, 2005).

Em 1983, o órgão apresentou proposta de exclusão das comunidades ribeirinhas do perímetro da unidade, destinando-lhes uma faixa de 4 km, na margem do rio, e, para abrir um pico demarcando essa faixa de terra, contratou o BEC, do Comando Militar da Amazônia. Entretanto, os comunitários reagiram organizadamente, reivindicando uma faixa de 10 km ao longo da margem do rio, e impediram a continuidade dos trabalhos do exército (LEROY, 1991; FATHEUER, 1998; IORIS, 2000; BRASIL, 2005).

As comunidades, em 1984, se mobilizaram em mutirão para abrir sua própria linha de demarcação, fixada em torno de 10 km a partir da margem, que denominaram de “pico das comunidades”, em oposição ao “pico do IBDF”. Desde então, uma série de negociações vem ocorrendo, visando resolver a situação fundiária. Apenas em 1993 a área dessa faixa foi aparentemente reconhecida pelo Ibama, mas este ainda não definiu qualquer forma de regularização.

Em 1991, as comunidades tomaram conhecimento de um projeto da Organização Internacional de Madeira Tropical (Itto), que previa a exploração experimental de 5.000 ha de madeira. A marcação de árvores, na pesquisa realizada pela Embrapa e pelo Ibama com o objetivo de avaliar o potencial madeireiro para posterior extração na área da comunidade Piquiatuba, despertou a desconfiança dos comunitários, que se mobilizaram. A confirmação da suspeita desencadeou forte reação entre eles, que, articulados com o STR-STM e algumas ONGs, reivindicaram atitude mais transparente do governo e o reconhecimento dos limites estabelecidos pelas comunidades (10 km) (FATHEUER, 1998).

Como resultado da mobilização dos comunitários, e com amparo na nova legislação — Decreto nº 1.298, de 27 de outubro de 1994, que reconhece o direito de permanência de populações tradicionais no interior do perímetro das florestas nacionais —, um novo momento foi instaurado. Desde então, o Ibama está para estabelecer o Contrato de Concessão de Direito Real de Uso com a população local, representada pela Federação das Comunidades da Flona–Tapajós. Tal movimento de mobilização e pressão por parte dos moradores visa, sobretudo, assegurar seu direito de permanência no território tradicionalmente ocupado.

É importante salientar que a criação da Flona à revelia dos moradores da área trouxe uma série de implicações na vida destes. Uma delas foi o não-investimento, por parte das famílias, durante longo tempo, nas áreas consideradas patrimônio familiar, devido ao risco de serem expulsas. Além disso, por causa do tempo dedicado à resistência, grande parte dos moradores deixou de trabalhar em suas roças, reduzindo, assim, a produção de alimentos, o que, segundo o pastor João Ribeiro, presidente da Federação das Comunidades, “causou muita dificuldade para as famílias”. Por outro lado, os comunitários passaram a enfrentar diversas

restrições às suas atividades de subsistência, especialmente a caça e a agricultura, porque a fiscalização do IBDF impediu com rigor a derrubada de mata, mesmo capoeiras, para abertura de roças, e atemorizou os comunitários com ameaças de prisão e multa, caso fossem flagrados caçando.

A partir de 1995, o Programa Piloto para a Conservação das Florestas Tropicais do Brasil (PPG7)⁹, através do ProManejo, financiado pelo Banco Mundial e pela Comunidade Econômica Européia, passou a atuar na definição de diretrizes para a gestão da Flona e a financiar projetos geradores de renda voltados à melhoria da qualidade de vida dos seus moradores. Entre os projetos financiados, está um de saneamento comunitário apresentado pelo PSA.

Desde então, várias reuniões envolvendo comunitários, técnicos da esfera federal e de ONGs têm sido realizadas com o objetivo de encontrar soluções para os problemas enfrentados pela população desde a criação da Flona¹⁰ — de modo especial, resolver a situação fundiária das comunidades. A partir da proposta de planejamento e gerenciamento da Flona, estabeleceu-se uma nova forma de relação entre os comunitários e o Ibama. De acordo com tal proposta, abre-se a possibilidade de maior participação da sociedade civil local nas questões referentes à Flona. Os conflitos se atenuaram, mas, até o momento (2008), a regularização fundiária não havia sido efetivada, e só deve ocorrer após a aprovação do Plano de Manejo de Utilização Comunitária (BRASIL, 2005), que ainda está em tramitação.

O processo de negociação do conflito e o discurso a ele associado fornecem elementos para que os ribeirinhos apreendam o Ibama a partir de categorias locais, especialmente em relação às suas mudanças de postura. Não obstante os seus técnicos adotarem então atitude mais tolerante, eles continuaram mantendo uma postura legalista quanto ao cumprimento das regulamentações sobre o uso do espaço, sobretudo a derrubada de árvores para abertura de roças e extração dos recursos naturais, e um discurso ambíguo sobre o processo de regularização fundiária. Essa ambigüidade revelava-se, sobretudo, nas diferentes reuniões realizadas para discutir as reivindicações dos comunitários ou as políticas definidas pelo próprio governo, e levou aqueles a adotarem posturas também ambíguas em relação ao

⁹ Segundo Salviani (2002, p.73): “Esse programa articulado de proteção às florestas amazônicas brasileiras cujas negociações entre o governo brasileiro e os países do Grupo dos Sete iniciaram em 1990. Por ocasião da reunião de Houston do G7, o então chanceler alemão Helmut Kohl convidou o Banco Mundial e a Comunidade Européia a formular uma proposta de implementação do Programa que seria aprovada um ano mais tarde em Londres. A formulação do Programa marca algumas rupturas substanciais com modelos de intervenção e equilíbrios políticos nacionais e internacionais precedentes”.

¹⁰ Em 1995 ocorreram várias reuniões para discutir a possibilidade de exclusão da área das comunidades do perímetro da Flona. No plebiscito realizado nesse ano, 62% dos votantes decidiram ficar fora da Flona. Num novo plebiscito, realizado em 2003, a maioria decidiu permanecer dentro dela (BRASIL, 2005).

discurso e às ações promovidas pelo órgão e a apreendê-lo como uma das formas nas quais a Curupira se “engera”, como já aponteí.

Segundo Elias Serrão, as gerações mais novas “nasceram debaixo de uma unidade de conservação”, e as pessoas com menos de trinta anos viveram sob a tensão provocada pela possibilidade de expulsão. Entretanto, os discursos não são unânimes. Embora criticando as restrições impostas pelo Ibama, alguns avaliam positivamente as novas perspectivas apresentadas pelos projetos e pela segurança de permanência nas suas posses. Essa idéia está expressa na fala de Johnson Ribeiro: “daqui dez anos vai virar um paraíso pros moradores tradicionais. Muita gente vai querer morar aqui”.

Projeto Saúde e Alegria (PSA)

O PSA teve sua origem na experiência do médico Eugenio Scannavino Netto e na de sua ex-mulher, a arte-educadora Márcia Gama, durante 1984 e 1985, período em que ele foi contratado pela prefeitura de Santarém para prestar assistência médica às populações da área rural desse município¹¹. A partir de sua experiência, eles criaram, em 1985, o Ceaps, ONG ambientalista com sede em São Paulo e executora do PSA (BARROSO, 2007; LEITE, 2006). Segundo Leite (2006), a sua criação resultou também da desilusão do médico com as “administrações municipais”.

O PSA iniciou efetivamente as suas atividades na região do Tapajós em 1987, com recursos do Fundo de Investimento Social/Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (Finsocial/BNDES), apoio da Fundação Osvaldo Cruz e da UFPA. Entretanto, devido a mudanças no BNDES durante o Governo Collor, perdeu sua fonte de recursos, enfrentando dificuldades financeiras até 1990 (BARROSO, 2007). A falta de recursos provocou a interrupção das atividades, especialmente das visitas periódicas às comunidades, e mudanças constantes das equipes médicas. Para superar tais dificuldades, a opção foi trabalhar com voluntários vindos de outros estados durante curtos períodos. Essa alternância de profissionais sem experiência de trabalho com populações tradicionais amazônicas e com formação estritamente orientada pelo modelo biomédico trouxe, a meu ver, dificuldades na realização dos diagnósticos a partir dos sintomas apresentados pelos ribeirinhos e no estabelecimento de

¹¹ Barroso (2007) descreve a trajetória pessoal dos fundadores do PSA desde a sua formação universitária, no Rio de Janeiro, até o início das atividades em Santarém, em 1987. As similaridades entre os fundadores do PSA, os da Fundação Esperança e o da Igreja da Paz estão por merecer um estudo.

relações de confiança entre estes e aqueles — o que contribuiu para que aqueles desconsiderassem ou desqualificassem as concepções e práticas terapêuticas tradicionais.

A partir de 1992, o PSA estabeleceu parceria com a Fundação Konrad Adenauer Stiftung com apoio da União Européia, o que lhe abriu a possibilidade de firmar convênios com a Unicef, a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial da Saúde (OMS); bem como de captação de recursos junto a diversas outras organizações nacionais e internacionais (BARROSO, 2007) — mesmo assim, nem sempre conseguia manter a regularidade na execução de suas atividades por falta de recursos.

Em seu material de divulgação, o PSA se define como “uma experiência comunitária na Amazônia”, onde atua em comunidades ribeirinhas dos rios Amazonas, Arapiuns e Tapajós de acordo com o modelo biomédico (CEAPS/PROJETO SAÚDE & ALEGRIA, 2007). Suas ações pretendem-se totalizantes, envolvendo saúde, saneamento, higiene pessoal, alimentação, lazer, educação, habitação, produção e ecologia — algo semelhante ao proposto pelo *Diretório dos índios* na política pombalina. Essa semelhança pode ser verificada no seu sítio eletrônico:

[O PSA] Tem por objetivo apoiar processos participativos e integrados de desenvolvimento comunitário global e sustentado, geridos pela própria população, interativos e alternativos às políticas públicas, e capazes de se multiplicar a partir das dinâmicas e realidades locais, contribuindo de maneira demonstrativa com experiências concretas na constituição de políticas sociais e ambientais na Amazônia. (CEAPS/PROJETO SAÚDE & ALEGRIA, 2007)

As ações do PSA tiveram início com programas emergenciais de saúde e de aumento da oferta de alimentos, treinamento de monitores de saúde, campanhas de higiene e saneamento, controle da diarreia, vacinação e combate à desnutrição. Essa primeira etapa foi encerrada em 1990, no I Encontro Geral do Projeto Saúde e Alegria. Desde os seus primeiros documentos, o PSA indica cinco etapas na sua estratégia de atuação visando formular e promover um modelo de desenvolvimento comunitário: 1) diagnóstico participativo e mobilização; 2) implementação de critérios e mecanismos de avaliação e planejamento, bem como de programas de médio e longo prazo; 3) desenvolvimento integrado e capacitação para a gestão comunitária; 4) gestão comunitária integrada com políticas públicas; 5) sistematização e redirecionamento da experiência e replicação da proposta (BARROSO, 2007).

Embora esteja prevista a participação dos moradores na gestão comunitária, ela se dá segundo uma racionalidade administrativa distinta da lógica política local, e é restringida à

participação na realização dos diagnósticos socioeconômicos das comunidades a partir de um modelo previamente estabelecido, de modo a apenas levantar dados quantitativos no que se refere à população, às atividades econômicas e às ações realizadas nas áreas da saúde e da educação. Quanto à implementação de programas de médio e longo prazo, os comunitários são estimulados a alimentar expectativas em relação aos “projetos”, que nem sempre são concluídos — razão pela qual, mesmo reconhecendo a importância da atuação do PSA, dizem que ele está “sempre começando”.

Considerada como eixo fundamental para a implementação de políticas públicas de atenção básica à saúde, a participação dos usuários no sistema de gestão aparece, recorrentemente, salientada em diferentes projetos de maneira a atender os editais de financiamento. Mobilização e organização comunitária são indicadas como instrumentos importantes na construção de um modelo de atenção básica à saúde¹² na sua concepção mais ampla, como qualidade de vida, e devem estar vinculadas ao estímulo ao desenvolvimento comunitário, conforme preconiza a Declaração de Alma-Ata (SOUZA, 2003).

A partir de 2003, com o início do Programa Saúde na Floresta, financiado pelo BNDES e contando também com recursos da Konrad Adenauer Stiftung, Fundação Ford, Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) e ProManejo/Ibama/PPG7, o PSA ampliou a sua área de atuação: de pouco mais de vinte, para 143 comunidades, abrangendo aproximadamente 29.000 pessoas situadas no interflúvio Tapajós, Arapiuns e Amazonas (PENA, 2006a). Os elaboradores e executores do programa pretendem que, ao seu final, previsto para ocorrer em 2010, ele seja incorporado, através de convênios com as prefeituras municipais, ao Sistema Único de Saúde (SUS), que tem, entre seus princípios, a participação comunitária:

O Programa Saúde na Floresta visa demonstrar a viabilidade de um modelo que envolve a implantação de infra-estrutura de saneamento, a mobilização para educação e prevenção e a participação comunitária na gestão da saúde

¹² A denominação “atenção básica à saúde” substituiu a de “atenção primária à saúde” mas incorporou a definição dada a esta em Alma-Ata (MELO et al., 2008) pela OMS. De acordo com a Declaração de Alma-Ata, “Os cuidados de saúde primários são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação, e a um custo que a comunidade e o país possa manter em cada fase do seu desenvolvimento, com o espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo continuado de assistência à saúde” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 2008). Segundo David (2001, p.227), na atenção básica reúnem-se as “ofertas de serviços e procedimentos voltados para a resolução dos problemas que devem dirigir ao nível primário, representado pelos postos, centros de saúde e ambulatórios e, mais recentemente, pelas equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde”. Vista como uma tendência mundial na organização dos serviços de saúde, tem como princípios: a integralidade, a qualidade, a equidade e a participação social. Sobre uma análise da atenção básica no Brasil, ver Bodstein (2002).

pública, que tenha custos reduzidos, promova a inclusão e tenha *alto impacto social*. Para isso é fundamental a integração às políticas públicas de saúde dos municípios envolvidos. (PENA, 2006a) (grifei)

Para os seus idealizadores, a organização comunitária é considerada fundamental:

Todo o processo de implantação do Programa Saúde na Floresta vem acompanhado de um forte trabalho de organização comunitária, tanto para que as próprias comunidades possam gerir as infra-estruturas implantadas, como para fortalecer o papel de suas organizações representativas no controle social das políticas públicas de saúde. (PENA, 2006b)

Desde antes do início desse programa, o PSA vem interferindo na organização comunitária via formação de lideranças, capacitando-as para atuar como representantes ou mediadoras na relação da comunidade com agências de diferentes instâncias governamentais, não-governamentais, nacionais, internacionais ou multilaterais. Nesse contexto, visando obter melhores resultados na relação com as lideranças locais e com as comunidades, o PSA contratou Natanael e Carlos Dombroski, ex-presidentes do STR-STM (este último foi também o primeiro presidente do STR-Belterra), para mediar a sua relação com as comunidades e desenvolverem o trabalho de mobilização e organização comunitária.

Com o objetivo de garantir um atendimento continuado à população ribeirinha dos três rios onde atua, o PSA encomendou a construção do “barco da saúde”, um navio cujo nome é Abaré¹³, ao custo de 2,6 milhões de reais, com recursos doados em comodato pela organização holandesa Terre des Hommes. Nele atua uma equipe médica e odontológica, contratada ou voluntária (LEITE, 2006). 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” (PENA, 2006c). 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.

O Abaré entrou em operação em agosto de 2006, com um custo anual previsto em 1,5 milhão de reais, para combustível e salários da equipe (LEITE, 2006). Durante as primeiras viagens, verificou-se que muitas pessoas buscavam atendimento apenas pela consulta ou pela curiosidade em conhecer o barco. Assim, para viabilizar a sua implementação segundo a racionalidade clínica, os profissionais de saúde do PSA (médicos, enfermeiros e técnicos em

¹³ No encerramento da oficina Saúde Reprodutiva, em 2005, o coordenador do programa de saúde do PSA lançou um concurso entre os ACSs para a escolha do nome com o qual a embarcação seria batizada. O nome escolhido, Abaré, em tupi significa, segundo Pena (2006c), “o cuidador ou indivíduo dedicado aos demais”.

enfermagem) dividiram a área de atuação, na margem direita do Tapajós, em alta e baixa Flona. Cada área abrange um conjunto de comunidades, e em cada uma devem atuar dois “técnicos de campo”, escolhidos por lideranças das comunidades em uma reunião realizada para discutir a atuação da equipe de saúde. Os “técnicos de campo” têm por atribuição mobilizar e organizar as comunidades para a visita do “barco da saúde”.

Segundo um dos “técnicos”, a eles cabe a responsabilidade de fazer a “intermediação entre a comunidade e a equipe de saúde que viaja no barco”. Dessa forma, eles visitam as comunidades antes do barco, para mobilizar os comunitários (o que é feito através de reuniões com as lideranças e com os ACSs), e esse trabalho está diretamente relacionado com a triagem das pessoas que serão atendidas pela equipe de saúde. Ou seja, eles são encarregados de organizar ou orientar a triagem de acordo com critérios biomédicos. Ao longo de diferentes visitas do Abaré, como muitos voltavam “apenas pela consulta”, esse retorno — considerado desnecessário pelos profissionais de saúde — trazia implicações estatísticas. De acordo com um “técnico”, “o PSA quer reduzir o número de atendimentos e, não, aumentar, senão indica que a doença está aumentando e, não, diminuindo”. Verifica-se que a lógica contábil se sobrepõe à lógica clínica, adquirindo, assim, mais sentido para esse “técnico”, uma vez que pode ser associada à contabilidade do aviamento¹⁴.

Importa salientar alguns aspectos que indicam que os “técnicos de campo” não são desvinculados da rede de relações e alianças políticas locais. Eles são filhos de lideranças tradicionais de suas comunidades ou eles próprios já exerceram algum cargo de liderança. O PSA atribuiu-lhes uma autoridade que, na prática cotidiana, suplanta a das lideranças locais e a dos ACSs, e interfere nas alianças locais, que se orientam por relações de reciprocidades internas que também estão presentes no encaminhamento às consultas. Num certo sentido, os “técnicos” interferem na atuação dos ACSs como mediadores, pois têm maior poder para definir quem será consultado e porque participam das reuniões de avaliação e planejamento das ações, das quais os ACSs não participam. Assim, o PSA, paradoxalmente, ao interferir na organização política a fim de implantar um modelo de gestão participativa, desconsidera a organização social e política da população.

¹⁴ Aviamento é um sistema de adiantamento de mercadorias cuja dívida é registrada em livro contábil, para posterior pagamento em produtos, extrativos ou agrícolas, que teve início na Amazônia no período colonial, consolidando-se como sistema de comercialização a crédito no ciclo da borracha, quando passou a dominar todas as esferas da produção, inclusive estabelecendo uma moralidade que regula as relações sociais (ARAMBURU, 1994). Para Wagley (1988), na Amazônia o aviamento estabeleceu-se como elemento estrutural das relações sociais; para Aramburu (1994, p.83), “esse sistema tem um efeito globalizado ao possibilitar o engajamento do produtor do mercado e dessa maneira relacioná-lo com a sociedade regional, nacional e internacional”.

Com base no material etnográfico obtido durante minha pesquisa de campo, ficou evidente que os proponentes e executores do programa buscam constituir lideranças desvinculadas dos compromissos de parentesco, para que elas possam representar com legitimidade e imparcialidade suas comunidades. No entanto, por não levarem em conta que essas pessoas estão inseridas numa rede de reciprocidades pautadas por valores culturais, não percebem que as tomadas de decisão são orientadas por uma lógica política local. Especialmente, não percebem que as relações comunitárias expressam as opções e decisões políticas dos líderes das famílias extensas. Assim, pelo fato de que os “técnicos” já exerceram alguma liderança comunitária e porque integram, via parentesco, a rede de alianças, eles encontram alternativas para contornar ou suplantar a lógica da gestão baseada numa racionalidade administrativa impessoal, e assim perpetuam a lógica da organização política local no interior do programa.

Em relação às concepções e práticas terapêuticas tradicionais, cabe citar um episódio revelador, a meu ver, da dificuldade da sua aceitação por parte do PSA, embora este veicule a idéia de respeito à cultura tradicional da população ribeirinha entre a qual desenvolve ações em saúde. Trata-se do episódio em que o rapaz foi atraído pelo Boto, ao qual já me referi: em 1994, na comunidade Cachoeira do Aruã, situada no alto rio Arapiuns, o maquinista do barco em que eu viajava com uma equipe de estudantes do nível técnico em enfermagem, um rapaz de aproximadamente vinte anos, se atirou numa corredeira que fica abaixo de uma queda d’água bastante perigosa. Após ser trazido a bordo, explicou que pulou no rio porque o Boto o estava atraindo ao seu encontro. Depois de algum tempo, voltou a se jogar na água, causando grande alvoroço e preocupação em todos que estavam no barco. Sua atitude provocou uma série de medidas (“simpatias”) para proteger as pessoas, especialmente as mulheres, do “encantamento” do Boto, e inclusive foram distribuídos dentes de alho entre os presentes. Uma jovem, que estava menstruada, se trancou na sala de máquinas, com medo, pois “estava” mais suscetível de ser “atacada” por ele (WAWZYNIAK, 2003).

Relatei esse episódio aos coordenadores do PSA, ao qual, naquela época, eu prestava uma consultoria, e ele foi tratado como mais um exotismo da região, mais uma “crença a ser superada” ou mais um caso de “histeria coletiva”. Para não alimentar as versões anedóticas que começaram a tomar corpo cada vez que o caso era contado pelos coordenadores aos visitantes do projeto, optei por me calar, pois eram vãs as minhas tentativas para que compreendessem o significado desse acontecimento no contexto das crenças e práticas tradicionais (WAWZYNIAK, 2003).

Tal atitude do PSA parece não ter mudado ao longo dos anos. Durante a pesquisa de campo realizada em 2006, Eugenio Scannavino Netto voltou a afirmar que aquele episódio era uma manifestação de “histeria coletiva”, sem qualquer relação com a cultura ribeirinha, uma vez que ocorre em diferentes “contextos socioculturais”. No tocante aos pajés ou curadores, ele foi enfático ao dizer que não admitia a interferência deles em seu trabalho, porque eles impedem ou dificultam a realização de procedimentos terapêuticos orientados pelo modelo biomédico.

Esse exemplo, entre outros, colocou-me em dúvida sobre a possibilidade de, na prática, a intermedicalidade — o encontro de diferentes tradições médicas (FOLLÉR, 2004) — ser exercida ou aceita em contextos não-indígenas pelas agências, estatais ou não, que atuam na atenção primária à saúde na Amazônia. Embora entendida como um discurso no interior do qual há negociações e conflitos, os dados etnográficos relativos à atuação das agências, principalmente nos cursos de capacitação dos ACSs, apontam para um esforço no sentido de eliminar as concepções sobre saúde, doença, corpo e práticas terapêuticas tradicionais¹⁵.

Enquanto projeto, o PSA se caracteriza pela amplitude de visão e desejo de mudança; articula diferentes objetivos e se propõe a fornecer direções através de metas, as quais serviriam como guias de orientação para as construções sociais. Ou seja, ao tentar intervir na vida comunitária, incutir comportamentos, induzir ou forçar a adoção de novos hábitos e valores, não difere de outros projetos — que, em geral, sintetizam um esforço deliberado, reunindo e compatibilizando vontades sociais de modo a provocar novas situações que venham a se tornar realidade, e cujos autores têm a sensação de estar realizando uma grande obra, motivada pela oportunidade de promover mudanças orientadas por um ideal de sociedade (ALMEIDA, 1997).

Igreja da Paz

As ações na área da saúde que a Igreja da Paz desenvolve na região do Tapajós simultaneamente à ação missionária merecem ser mencionadas, pois essa instituição religiosa está inserida no itinerário terapêutico de muitos ribeirinhos, seus congregados ou não. Outro aspecto a ser considerado são os conflitos desencadeados pela sua “entrada” em algumas comunidades, como Prainha do Tapajós, e a condenação veemente que faz às práticas de cura

¹⁵ Volto a abordar essa questão no sexto capítulo.

realizadas pelos especialistas tradicionais, sobretudo daqueles que “invocam” os espíritos guias para diagnóstico e tratamento.

A Igreja da Paz, na verdade Missão Paz (Missão Projeto AmaZônia)¹⁶, foi fundada pelo pastor Lucas Huber, que faleceu em um acidente aéreo em 1994. Ele chegou à Amazônia em 1976, aos 26 anos, juntamente com sua família. Lucas,

Em suas viagens de pesquisa nos rios, depois de visitar vila após vila, [...] verificou que na maioria delas não havia nenhuma igreja evangélica. Foram naqueles dias que Deus deu a Lucas e sua esposa Cristina a visão que se tornaria o coração da PAZ: *implantar uma igreja evangélica em cada vila e cidade na Bacia Amazônica*. (MISSÃO PAZ, 2007a)

A sede da Igreja, no Brasil, fica em Santarém; ela é uma organização cristã sem fins lucrativos, reconhecida pela prefeitura de Santarém (Lei nº 12.916, de 8 de dezembro de 1988) e pelo estado do Pará (Lei nº 5.663, de 6 de março de 1991) como de utilidade pública. Ela mantém um escritório em Morton, Illinois, nos Estados Unidos, onde está registrada como organização sem fins lucrativos sob supervisão de sua diretoria. Também integra o Conselho Evangélico de Prestação de Contas Financeiras [Evangelical Council for Financial Accountability] (ECFA) (MISSÃO PAZ, 2006).

Um dos seus objetivos fundamentais é “ministrar” a pessoa integralmente, isto é, além de cuidar da dimensão espiritual, dedica-se ao atendimento das necessidades físicas, emocionais e educacionais da população da Amazônia, o que é feito através de amplos programas de assistência social, de saúde e educação. Na análise que apresentou sobre as condições sanitárias da região, considera que a falta de profissionais de saúde, a ausência de farmácias e de fornecimento de energia elétrica nas comunidades ribeirinhas agravam o cenário da falta de sistema de tratamento de água e esgoto, levando os ribeirinhos à reincidência de doenças causadas pela desnutrição e água contaminada (MISSÃO PAZ, 2006).

Durante a pesquisa de campo, intrigou-me saber por que ela atua na área da saúde e também como os seus congregados compatibilizam as ações em saúde com as curas “operadas pela mão de Deus”. Buscando responder a essas perguntas, procurei João Ribeiro, o pastor da Prainha do Tapajós. Segundo ele, bem como para outros congregados, “uma pessoa, estando

¹⁶ Segundo o seu sítio eletrônico: “A Missão PAZ é uma organização missionária liderada por uma Diretoria Internacional, representada pelo Pr. Paulo Jeff Hrubik (Diretor da Missão PAZ). Há mais de 30 anos, temos ajudado a implantar mais de 500 igrejas no Brasil [...]. Essas igrejas são chamadas Igreja da Paz, a qual possui sua própria diretoria nacional, conhecida como PGN (Presbitério de Governo Nacional), composta principalmente pelos líderes e pastores das bases regionais e também pelo Pr. Paulo Jeff Hrubik. Ambas as diretorias trabalham em conjunto para alcançar a Amazônia para Jesus” (MISSÃO PAZ, 2007b).

doente, não vai dar atenção à palavra de Deus”. Em outros termos: “Sem saúde não se pode escutar a palavra de Deus”, uma vez que “a doença afeta a nave que somos”. Numa linguagem metafórica, como num barco, “não podemos fazer nada se ele pregar”. Além disso, é missão do evangelismo “dar socorro social e espiritual” a quem precisa. Para a Igreja da Paz, a saúde é considerada muito importante porque sem ela não se pode fazer nada, uma vez que o corpo é a “casa” ou “nave” da alma: “somos um espírito que tem uma alma que mora num corpo”. É preciso, primeiro, “cuidar da saúde do corpo”, porque, como explicou um dos congregados, “sem a saúde nós não podemos fazer nada, e, depois, o espírito que sabe que um dia ele vai prestar conta diante de Deus”.

Para explicar a missão de “ministrar cura”, João Ribeiro pegou um *Novo testamento*¹⁷ para me mostrar passagens em que essa orientação é dada. Explicou-me que não há incompatibilidade entre a cura operada por Deus e a cura decorrente dos procedimentos (“métodos”) da biomedicina. Nos evangelhos, me mostrou várias passagens onde Cristo se valeu do conhecimento da medicina, sobretudo no Evangelho de Lucas que, por ser médico, enfatizou os atos de cura. Entre os procedimentos terapêuticos da época de Jesus Cristo, citou o uso de saliva, óleos, barro e banhos. Tanto no caso de “cura usando método visível” quanto da “cura milagrosa”, o que “importa é a fé da pessoa”.

Também me explicou que nem todos os milagres envolvendo cura ocorrem imediatamente após a intervenção divina; há a cura “imediate” (ou “milagrosa”) e a “não-instantânea”. Quanto à primeira, indicou, no Evangelho de Mateus, no capítulo 8, os versículos 13 a 15: “Então disse Jesus ao centurião: Vai, e como creste te seja feito. E naquela mesma hora o seu criado sarou. E Jesus, entrando em casa de Pedro, viu a sogra deste jazendo com febre. E tocou-lhe na mão, e a febre a deixou; e levantou-se, e serviu-os” (NOVO TESTAMENTO, 1988, p.13). Para exemplificar a segunda, citou João, 9:6-7: “Tendo dito isto, cuspiu na terra, e com a saliva fez lodo, e untou com o lodo os olhos do cego. E disse-lhe: Vai, lava-te no tanque de Siloé (que significa o Enviado). Foi pois, e lavou-se, e voltou vendo” (NOVO TESTAMENTO, 1988, p.185). Verifica-se aqui o uso de recursos conhecidos e usados pela medicina da época, saliva e lodo, bem como um banho no tanque onde os doentes procuravam cura; esse tanque era um “hospital muito procurado por multidões de enfermos”, conforme me explicou.

Embora a tolerância seja um valor orientador das condutas, as práticas de cura realizadas pelos curadores envolvendo uso de “cigarro” são consideradas “macumbaria”, e,

¹⁷ Ao final da nossa conversa, na qual também abordamos assuntos políticos da Flona, ele me presenteou com o exemplar bilíngüe usado para mostrar as passagens sobre a “ministração da cura”.

como tal, são condenadas por alguns congregados, que as consideram obra do demônio. Segundo João Ribeiro, existem enfermidades causadas pelo próprio demônio e outras em que ele é a própria enfermidade ou o “espírito da enfermidade”, quando “toma conta do corpo da pessoa”. Exemplificando, citou Lucas, 9:1-2: “E convocando os seus doze discípulos, deu-lhes virtude e poder sobre todos os demônios, para curarem enfermidades. E enviou-os a pregar o reino de Deus, e a curar os enfermos” (NOVO TESTAMENTO, 1988, p.123).

IV CORPO E DOENÇA

Neste capítulo abordo a temática do corpo, enfatizando como, entre os ribeirinhos do baixo Tapajós, ele é construído e como é afetado por algumas doenças que provocam alterações corporais e transformação da pessoa. Para isso, descrevo algumas das suas técnicas de produção do corpo, salientando aquelas relacionadas à produção social dos sentidos; e a produção de farinha, uma vez que, além de ser garantia de alimentação, a ela estão associadas várias afecções que levam as pessoas ao adoecimento. Também abordo as doenças mais recorrentemente citadas pelos ribeirinhos e, finalmente, faço referência a uma perturbação corporal que afeta geralmente o homem e seu animal de caça, causada pela ação ou intenção de outro ser humano.

Como assinala Langdon (2003, p.100), “a relação corpo/cultura vai bem além da questão de sofrimento físico”, pois o corpo é tomado como “matriz de significados sociais e objeto de significação social [...] como instrumento, atividade que articula significações sociais e cosmológicas” (SEEGER; DA MATTA; VIVEIROS DE CASTRO, 1987, p.20). Além disso, há uma dimensão particularmente importante, apontada por Viveiros de Castro (2002c, p.390): “não há mudança espiritual que não passe por uma transformação do corpo, por uma redefinição de suas afecções e capacidades”. Relacionando-se a essas dimensões há a possibilidade, sempre iminente, do corpo ser “atacado” por uma doença capaz de afetá-lo de tal modo que pode transformá-lo, alterando a percepção e o conhecimento do indivíduo,

porque o corpo também é lugar da experiência, o que coloca em confrontação a humanidade e a animalidade (VIVEIROS DE CASTRO, 2002a, b, c).

Produção do corpo e dos sentidos

Ao iniciar esta reflexão, não saía da minha lembrança o comentário que uma jornalista mineira¹ fez sobre ribeirinhos da região amazônica quando eu lhe expliquei minha pesquisa: que eles não têm consciência do próprio corpo. “Eles são duros”, falou com certo desdém. Ocorre que ela não observou o gingado das pessoas quando dançam; sua agilidade quando andam ou estão remando, nadando, esgueirando-se pelo interior da floresta; equilibrando-se em pé na proa ou na popa da canoa quando lançam a tarrafa durante a pesca; nem considerou o conjunto de cuidados dedicados ao corpo desde a gestação, de modo a manter ou restaurar a saúde.

Além dos cuidados com a saúde, a “consciência” — que a jornalista diz que eles não têm — revela-se nos cuidados com a beleza e a aparência corporal através do uso de cosméticos e perfumes². O uso de perfumes por homens e mulheres de qualquer idade, após o banho, é habitual, sobretudo após o do final da tarde. Desde a infância há uma ritualização dos banhos na praia — que se prolongará por toda a vida —, sozinhos ou acompanhados³. É comum banharem as crianças em infusão de plantas aromáticas para lhe perfumarem o corpo, para acalmá-la ou protegê-la; e que depois de um dia de brincadeiras pelo terreiro da casa, no final da tarde elas sejam banhadas na praia, vestidas com roupas limpas, penteadas cuidadosamente, perfumadas com água de colônia e talco.

Saliento, para evidenciar a importância dos cuidados com a aparência física das crianças, um episódio que vivenciei durante a pesquisa de campo e que me comoveu profundamente. Na Iluminação de 2006, uma avó chorava compulsivamente sobre o túmulo de sua netinha, barbaramente assassinada — estupro seguido de morte — no início daquele ano. Entre lágrimas e soluços, ela falava dos banhos que havia dado na menina, do tempo que

¹ Essa jornalista era contratada pelo Projeto Manejo dos Recursos Naturais da Várzea (ProVárzea), um subprograma do PPG7. Nosso encontro deu-se em Santarém, em 2006, durante o Seminário Nacional do Programa Piloto para Proteção das Florestas Tropicais: Resultados, Lições e Desafios para o Desenvolvimento Sustentável na Amazônia, promovido pelo Ministério do Meio Ambiente.

² Zaché (2007), em artigo publicado na revista *IstoÉ Online*, mostra o alto consumo de cosméticos no interior do Pará, numa média superior à nacional. Com base em dados do IBGE, conclui que o “paraense é o povo mais perfumado do Brasil”.

³ Galvão (1976, p.55) considera o banho como uma “instituição” (aspas do autor no original).

ficava penteando seu cabelo e dos enfeites que colocava nele, dos perfumes e talcos que passava em seu corpo e das roupas com que a vestia para deixá-la bonita.

Um corpo humano não se auto-regula, não se desenvolve independente das múltiplas intervenções realizadas sobre ele ao longo da vida das pessoas. De forma análoga aos espaços e seres, o corpo humano também é regulado por uma mãe: a “Mãe do corpo”. Para saber sobre o corpo é preciso saber sobre ela, disse-me dona Dalgisa, pois “a Mãe do corpo é que rege a saúde da mulher”. Embora o corpo de homens e mulheres tenha uma “Mãe”, ela se manifesta preferencialmente entre as mulheres, por estar diretamente relacionada à saúde reprodutiva. Segundo as explicações, sabe-se pouco sobre a “Mãe do corpo” nos homens porque eles nunca procuram ou não acreditam nela. Na mulher, ela “mora” numa artéria localizada no ventre, “embaixo” do umbigo: “É tipo um bucho que a mulher tem por dentro”. Quando ela está fora do lugar, precisa ser “puxada”, uma vez que, com seu deslocamento, a “pessoa fica fraca, do jeito que não se sente bem”.

A “Mãe do corpo” pode ser retirada do corpo de uma pessoa por outra, que lhe queira “mal por inveja”, e presa em um paneiro ou num lago, o que faz com que a pessoa da qual foi retirada se sinta mal. Para retorná-la ao corpo é preciso recorrer ao benzimento. Quando a “Mãe do corpo” de uma criança se desloca, esta imediatamente sente febre e, se aquela não for “trazida de volta” com benzimentos, pode morrer. Os ribeirinhos acreditam que a mujica⁴, um alimento típico do Pará, devolve ou desperta a “Mãe do corpo”.

Pelo que pude apreender das falas, a “Mãe do corpo” está principalmente relacionada ao ciclo reprodutivo feminino; é quem rege os ciclos menstruais, cujos transtornos são interpretados como “doença”. Uma das explicações indica que a “Mãe do corpo está retirada ou fora [do lugar] quando não vem menstruação; está inflamada. Às vezes, vem pra boca do estômago; às vezes, vem pra baixo. Mulher sente dor de cabeça, dor nas costas, dor no estômago, na coluna. Faz secar a pessoa”.

Somente na menopausa a mulher deixa de sentir tais transtornos, e, então, percebe melhor a presença da “Mãe do corpo”. Durante a menstruação a mulher oferece perigo e encontra-se exposta a perigos, em virtude da sua condição liminar (DOUGLAS, [s.d.]; MOTTA-MAUÉS, 1993). Na Prainha do Tapajós, dizem que antigamente a menina permanecia reclusa em casa, deitada na rede, durante sete dias, quando tinha a primeira menstruação; não podia ir ao rio porque se arriscava a atrair o Boto e dele engravidar —

⁴ Mingau encorpado que tem como ingredientes básicos mandioca e peixe. Em dias frios, é servido quente para lactantes, convalescentes e crianças enfraquecidas.

assim, ficar sem tomar banho durante esse período não significa falta de higiene pessoal, uma vez que banho é considerado aquele tomado no rio.

Enquanto a mulher estiver menstruando, enquanto estiver “nos tempos dela”, é sempre aconselhável evitar o rio, o igarapé e outros espaços, “paragens”, pois os “donos do lugar” podem atacá-la. Para me esclarecer sobre os riscos, contaram o caso de uma moça menstruada que se sentiu mal depois de passar de bicicleta por uma determinada “paragem” (cuja referência é uma árvore localizada na margem do “ramal”, na Prainha do Tapajós). Sua dor era tanta que sequer podia andar para buscar tratamento com o curador.

A mulher menstruada não pode ir à beira do rio nem para buscar água, pois, além de poder ser “atacada” pelo Boto, quem vier atrás ou depois dela pode pegar “mau-olhado de bicho”: “Se outra pessoa desce, sente dor de dente, dor no ouvido, na cabeça”. Se a mulher for tomar banho ou se precisar atravessar um igarapé, deve, antes, jogar alguns dentes de alho na água, para afastar o Boto ou qualquer outro encantado que possa lhe fazer uma “malinação”.

Eles consideram os distúrbios do ciclo menstrual (“os tempos da mulher”) como um “adoecer da barriga”, razão pela qual, durante esse período, ela precisa submeter-se a uma série de restrições alimentares e sexuais. Deve evitar realizar um conjunto de atividades e, inclusive, de pegar alguns apetrechos relacionados à caça ou à pesca, pois pode afetá-los e também ao seu dono (ver a noção de panema, adiante). Enquanto estiver nesse período, a mulher não pode comer peixe “remoso”⁵, banana, abacaxi, melancia ou abacate, nem tomar vinho de cupuaçu ou açaí; e deve evitar carregar peso, jogar bola, andar pelos “ramais”, pois pode ser “atacada” pelos “donos do lugar” — que são atraídos pelo “pitiú” do sangue menstrual.

Por se encontrar numa situação liminar, acentuando a condição ambígua enquanto natureza e cultura (DA MATTA, 1973; MOTTA-MAUÉS, 1993), a parturiente também precisa observar um período de reclusão e dietas alimentares semelhantes à mulher menstruada, como me explicou dona Felismina, de 73 anos, moradora de Taquara, que é puxadora, benzedeira e parteira:

Sete dias de resguardado: não pode sair pra fora depois de ganhar nenê, não pode lavar roupa, não pode pegar vassoura pra varrer. Quarenta dias não pode ir pra beira: dá dor de cabeça, pode fazer mal pras outras pessoas. O útero está aberto; se outra pessoa for estar lá com ela, pode acontecer outra coisa. A cova tá aberta, não pode carregar peso que o útero cai.

⁵ A noção de reima indica “a influência nefasta de certas substâncias sobre as pessoas em estado transacional, especialmente as crianças” (VIVEIROS DE CASTRO, 2002a, p.60). No contexto das sociedades caboclas amazônicas, o trabalho de Maués e Motta-Maués (1978) sobre as representações alimentares relacionadas à reima é uma das principais referências.

Os cuidados corporais têm início durante a gestação, com massagens que a própria mãe ou a parteira fazem no ventre (a “massagem de gravidez”), para saber como a criança está. De acordo com a concepção local, na gestação “a criança se cria de cabeça pra cima e pé pra baixo”, e, com massagens, a parteira verifica se a “criança está formada” ou se “está na forma que deve se criar pra nascer”. Na “formação” da nova pessoa interfere o consumo dos alimentos prescritos ou restritos, o esforço físico realizado pela mulher durante a gravidez e os cuidados que ela tem com o seu corpo: “Tudo isso influencia o bebê que está no ventre da mãe”.

Banhos, alimentos, perfumes, massagens e embalos na rede com a criança constituem técnicas corporais, no sentido atribuído por Mauss (2003a). Até os dois meses de idade a criança é considerada um “bicho” ou “uma coisa”; um ser vivo porém ainda não-humano. Trata-se, portanto, de um ser em “engeração”⁶, que vai se formando em transformações contínuas. Depois do nascimento é preciso submetê-la a um processo de humanização, o que é feito através de um conjunto de técnicas corporais. Assim, “o corpo precisa ser submetido a processos intencionais, periódicos, de fabricação” (VIVEIROS DE CASTRO, 1987, p.31) — fabricação aqui entendida como “conjunto sistemático de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo e o mundo” (VIVEIROS DE CASTRO, 1987, p.31) de modo a adequá-lo aos usos sociais (MAUSS, 2003a).

Depois do parto, mãe e filho precisam adotar vários cuidados durante o resguardo (puerpério). Segundo meus informantes, a observância desses preceitos é uma das explicações da longevidade das mulheres mais velhas. Antigamente, o período de resguardo durava entre trinta e quarenta dias, e a mulher permanecia isolada no quarto, recebendo assistência da parteira, da mãe e do marido. Haroldo Nobre, explicando sobre a disposição de sua mãe, uma senhora de 85 anos, de grande desenvoltura física e extremamente vaidosa, disse que ela, quando “paria”, seguia rigorosamente a abstinência e a reclusão, e, durante esse período, seu pai contratava uma parteira para acompanhá-la.

A abstenção de determinados alimentos e um período de reclusão possibilitam o fortalecimento do corpo, e evita-se o risco de contaminação por substâncias potencialmente causadoras de doenças (VIVEIROS DE CASTRO, 2002a) — cuidados a serem seguidos desde a condição de nascituro até a morte. Enquanto o bebê ainda é de colo, uma fase liminar que requer precauções devido a sua fragilidade, é preciso evitar “quebranto”, “mau-olhado”, “desmintidura” (deslocamento de juntas ou nervos) e “vento caído” (uma “espécie de susto”).

⁶ Aqui, a idéia de “engeração” se aproxima da de “encorporar”, usada por Gow (1997) para traduzir a explicação Piro sobre o que é um feto.

Para tanto, os responsáveis pelo cuidado da criança impõem a ela uma série de restrições: à exposição aos olhares alheios, à friagem, às quedas, aos sustos — restrições que podem ser tomadas como um período de reclusão. Há também, nessa fase da vida, tanto da criança quanto da mãe que amamenta, restrições quanto à ingestão de alimentos considerados “remosos”, causadores de algumas doenças em ambos, especialmente carne de caça e alguns peixes.

Informações sobre alimentos “remosos” durante o resguardo foram fornecidas por parteiras da Prainha do Tapajós e de Taquara, e dona Dalgisa foi enfática: “Não deixo minha parturiente comer peixe liso, que é da parte do frio”. Nesse período, o consumo de peixes lisos é unanimemente condenado por elas e pelas mulheres mais velhas. São considerados alimentos “remosos” para a parturiente aqueles que podem lhe causar algum tipo de infecção ou que, embora a criança não os coma, as suas propriedades maléficas ou deletérias passam para ela através do leite da mãe. A crença na transmissão dos efeitos deletérios através deste expressa a idéia de consubstancialidade entre mãe e filho: “a criança bebe o leite da mãe, dá ferida”. Descumprir com essas restrições alimentares pode resultar em doença, especialmente para a criança, que é mais frágil (MAUÉS; MOTTA-MAUÉS, 1978).

Entre os alimentos considerados “remosos” que afetam o organismo da criança, as parteiras indicaram a carne de anta e jacamim (“arrebenta o umbigo da criança”); de arraia (faz “largar o couro”); de queixada (provoca diarreia na mãe e no filho); de surubim (“deixa a criança igual a peixe”); de tracajá (faz a criança nascer com a pele sensível ou assa todas as partes lisas do seu corpo); e a de veado vermelho (provoca hemorróida na mãe e no filho). Outro aspecto importante, relacionado à possibilidade de afetação do corpo por contaminação com substâncias perigosas, consiste no perigo de transformação do corpo e no de não se formar com um corpo tipicamente humano.

Alimentos “remosos” são desaconselhados em qualquer situação na qual o corpo da pessoa fique exposto, “aberto”, por doença, ferimentos acidentais ou não, cirurgia, parto ou menstruação. A ingestão de “alimentos remosos faz varar a doença acumulada”, isto é, aquela que já se encontra no corpo da pessoa esperando uma oportunidade de aparecer. Segundo dona Merian, da Prainha do Tapajós, mulher de Arino Farias, que “puxa” e benze apenas crianças (porque não tem “reza forte”), eles constituem “uma comida que faz a doença recair com a gente. Em vez de melhorar, piora”. Maués e Motta-Maués (1978) relatam que, mesmo durante a convalescença, são mantidas as restrições alimentares, pois a pessoa voltará a adoecer se ingerir alimentos considerados “remosos”.

Como exemplo do perigo de ingestão desses alimentos quando o corpo encontra-se exposto a influências externas, há o caso de uma jovem, que fez uma tatuagem no tornozelo. Ela, além de manter abstinência sexual durante alguns dias, não deveria comer peixe de couro ou qualquer outra “comida remosa” a fim de evitar uma inflamação. Durante o trabalho de campo, verifiquei que é bastante generalizada a crença de que alguns alimentos provocam infecção, e um exemplo é o caso do professor de biologia do sistema modular, formado pela UFPA, que também exercia, naquele momento, a função de protético na Prainha do Tapajós: ele me contou que, após realizar extrações de dentes, ele recomendava aos seus “clientes” a abstenção de alguns alimentos, para evitar infecção na gengiva.

Voltando aos cuidados com as crianças, é preciso dizer que elas são cercadas de muita atenção até os dois anos, embora os profissionais de saúde insistam em dizer que a criança ribeirinha não recebe atenção adequada. Prova disso é que ela acompanha a mãe em todas as atividades que esta realiza, sobretudo enquanto ainda é amamentada; a mãe só deixa a criança quando esta está dormindo na rede, e, mesmo assim, é sempre observada por alguém mais velho (a avó, irmã ou irmão mais velho ou uma tia).

Depois que a criança começa a andar, deixam-na mais à vontade, mas sempre sob os cuidados de um irmão ou irmã mais velhos e sem que saia da proximidade da mãe ou da avó. Quando se dirigem ao “porto” para tomar banho, lavar louça ou roupa, as mães ou as avós vão acompanhadas de seus filhos ou netos pequenos. Lembro que as avós estavam sempre presentes na vida das crianças, algumas das quais são adotadas como filhas ou filhos “de criação”, o que lhes permite o contato com a tradição desde os primeiros anos de vida. Durante o período em campo, nunca vi crianças com menos de sete ou oito anos, independente do sexo, brincando sozinhas na praia ou banhando-se sozinhas no rio. Os horários de ida ao rio ou ao igarapé são bem demarcados, de modo a não “irritar os donos do lugar” e correr o risco de ser atacado por eles.

O corpo das crianças é diariamente submetido a uma série de afagos, seja quando está no colo, seja nos banhos, no cuidadoso ato de catar piolhos, no embalo da rede e nas massagens. Muitas vezes, vi avós sentadas debruçarem os netos sobre suas pernas para afagarem e massagearem demoradamente suas costas enquanto conversavam sob a sombra de uma árvore. Massagens são freqüentes durante toda a vida do indivíduo, constituindo-se numa importante técnica de modelação corporal⁷ (MAUSS, 2003a).

⁷ Esse contato com a mão alheia desde a infância talvez explique a “pegação” entre eles, isto é, as pessoas têm o costume de conversar tocando-se, afagando-se umas às outras.

Entre os oito e os nove anos, as crianças começam a se afastar do espaço da casa, mas sempre sob o olhar vigilante de um adulto. As brincadeiras em grupo, composto por irmãos e primos, passam a ser cada vez mais freqüentes, e meninos e meninas brincam juntos quando não estão acompanhando os pais em seus afazeres específicos. Ainda pequenos, começam a aprender a se equilibrar em canoas e a conduzi-las, subindo e descendo delas enquanto as mães lavam roupa — aprendizado que vai sendo aprimorado ao longo do tempo. Aos dez anos, já remam com destreza e se afastam da praia.

As brincadeiras, juntamente com a realização de pequenos trabalhos, como carregar feixes de lenha ou latas d'água, aos poucos vão dando vigor muscular aos braços e às pernas, e domínio, segurança para manipular os objetos; e ampliando seu conhecimento. Geralmente, nas brincadeiras realizadas nos períodos em que não estão na escola ou ajudando os pais, reproduzem trabalhos ou atividades dos adultos. Como afirma Mauss (2003a), imitação das atividades dos adultos, brincadeiras e jogos são técnicas de adestramento corporal que desenvolvem lentamente as habilidades manuais.

A partir dos dez anos, os meninos, em grupos, realizam pequenas incursões de caça nas redondezas da casa ou da estrada que dá acesso ao “centro”, utilizando armadilhas, “baladeiras” e flechas que eles mesmos confeccionam. Aos poucos, passam a acompanhar, esporadicamente, os homens adultos nas caçadas que ocorrem próximo à roça, a assumir responsabilidades com o trabalho na agricultura e a pescar sozinhos. Assim, como sugere Mauss (2003a, p.414), é na adolescência que aprendem “definitivamente as técnicas do corpo que conservarão durante a sua idade adulta”.

A espingarda só será usada por volta dos dezesseis ou dezessete anos, quando passam a acompanhar o pai, os tios ou os irmãos mais velhos em caçadas propriamente ditas. Embora a caça não seja uma atividade que garanta o sustento familiar, ela é carregada de um valor simbólico associado à afirmação da masculinidade. Simultaneamente à adequação do corpo às atividades e aos usos, aprendem sobre o comportamento dos animais, terrestres ou aquáticos, bem como os segredos, perigos e riscos existentes na mata ou no rio. Nesse sentido, como sugere Turner (2005), o corpo também é lugar de conhecimento, uma vez que as transformações físicas são orientadas e associadas à aquisição de conhecimentos incorporados.

Na infância inicia o processo de adequação dos sentidos e de aquisição do conhecimento. Durante o processo de fabricação do corpo, simultaneamente à modelação de músculos, nervos e ossos há intervenção nos órgãos dos sentidos e um “enquadramento cultural” dos estímulos fisiológicos (RODRIGUES, 1986:66), ou a “corporificação” dos

valores culturais, como diz Seeger (1980). Assim, a percepção do mundo através dos órgãos dos sentidos é socialmente construída, de acordo com idéias e valores culturais que privilegiam determinadas especialidades sensoriais segundo seu significado cosmológico (SEEGER, 1980).

Chama a atenção a acuidade dos sentidos dos ribeirinhos. Sensibilidade que é aprimorada desde a infância através das brincadeiras, da imitação, do trabalho, da experimentação e dos treinos que fazem a fim de tornar aqueles mais aguçados, de acordo com seus usos.

Eles possuem uma audição formidável, e era possível perceber isso quando identificavam diferentes sons e suas variações, alguns deles para mim imperceptíveis. Várias vezes, durante as caminhadas ou conversando em alguma casa, chamavam minha atenção para que eu ouvisse algum som que eles já haviam percebido e eu, não. Nas conversas, seu tom de voz variava, dependendo do lugar onde estavam, das pessoas presentes ou do assunto tratado. Em algumas ocasiões, as pessoas conversavam entre si, na minha presença, sem que eu pudesse saber qual o assunto, tão baixo era o volume da voz. Aliás, moderação no tom de voz é um comportamento socialmente valorizado pelos ribeirinhos.

Ter boa acuidade auditiva é fundamental quando se anda pelo interior da polifônica floresta, um rico e complexo universo sonoro. Para não se expor ao risco de ser “atacado” por um “bicho” ou ser surpreendido por uma tempestade, é preciso conhecer e saber interpretar as mudanças no ambiente acústico, ou na “paisagem sonora”, para usar o termo de Schafer (2001). Variações sonoras são tomadas como sinais de mudanças maiores no ambiente; o silêncio repentino, por exemplo, pode anunciar chuva, ventania ou a presença de algum ser perigoso, animal ou encantado. Elas podem exigir uma alteração de planos, uma tomada de decisão e mudança de comportamento, por precaução.

Desde crianças eles treinam os ouvidos, identificando os pássaros pelo seu canto, os macacos pelos seus gritos ou acompanhando os deslocamentos de uma onça através dos seus “esturros” na mata, tentando saber sua localização. No interior da floresta, caçando ou não, é preciso estar sempre atento à aproximação de algum animal; para distinguir as diferenças sonoras, os ouvidos precisam estar atentos a qualquer som, porque “tem vários tipos de assobio”. É preciso saber reconhecer se o assobio é de um “bicho”, pois, como vimos, existem animais “transformados”, como a Curupira, que “assobia diferente do fungado do animal normal”. Afinal, esse encantado “é uma coisa invisível que você não vê. Vê a visão dela, o assobio; você vê um grito. Aí ela grita. Tem um monte de bicho que grita diferente, mas que não prejudica; você ainda vê”.

Outro exemplo da sua acuidade auditiva está na identificação dos barcos pelo ruído dos motores, que resulta do treinamento do ouvido para identificar os sons característicos de cada um. Sabem qual é a embarcação que está se aproximando e a variação sonora das mudanças das marchas do motor decorrente das manobras realizadas pelos pilotos, bem como sua localização aproximada. Quando se trata de um barco de linha trazendo algum familiar, ele é acompanhado auditivamente até sua chegada à comunidade. Por isso, dizem: “Por água ninguém chega de surpresa na comunidade”.

Os olhos ocupam lugar de destaque no seu universo cosmológico e na sua vida cotidiana. Até mesmo a floresta “tem olhos de diferentes qualidades de bichos”, e a “malineza” de humanos e de “bichos” é transmitida pelo olhar. As pessoas conversam olhando-se diretamente no olho uma da outra. Um dos primeiros conselhos que recebi, quando cheguei a Santarém, em 1993, foi o de não usar óculos com lentes escuras enquanto conversasse com comunitários, pois eles desconfiariam de mim se não pudessem observar meus olhos. Parece que os olhos revelam se, sob a aparência de um ser, esconde-se outro — como diz Merleau-Ponty (1980), eles são a janela da alma. Os olhos possuem a capacidade de afetar uma pessoa, um objeto ou um animal, levando-os ao adoecimento e podendo, inclusive, transformar sua aparência. Loureiro (1995, p.203), falando sobre os olhos existentes na floresta, escreveu, em linguagem bastante poética:

A floresta esconde olhos que espreitam, que perscrutam, que vigiam. A floresta não tem um só olho. Eles são incontáveis. E não são seus olhos, são olhos que nela se escondem. As folhas escondem olhos. Olhares vagam por entre os troncos de gigantescas árvores. São, portanto, multidões de olhos espalhados nas infinitas faces misteriosas da floresta.

A percepção do entorno através da visão é bastante exigida no cotidiano como medida de precaução: qualquer mudança nos detalhes da paisagem deve ser imediatamente identificada. Para perceber tais alterações, desde a infância é dada atenção aos olhos e ao olhar — assim, da mesma forma que os outros sentidos, ele é construído desde a infância. Uma brincadeira freqüente entre as crianças é treinar a pontaria com pedras, flechas e arpões pequenos; outra brincadeira consiste em identificar pássaros e macacos nas árvores próximas das casas. Quando acompanham os pais nas pescarias, são estimulados a distinguir as nuances da água a fim de identificar os canais, os cardumes, os troncos. Brincar de “pira” (pega-pega) lhes desenvolve a visão periférica, importante para se andar na mata: ao fugir umas das outras, as crianças treinam o olhar observando o entorno enquanto correm. Tais exercícios associam controle muscular com acuidade visual.

Outro aspecto que chamou minha atenção é que, entre os ribeirinhos jovens e adultos, o sentido da visão engloba o da audição, o que revela a proeminência do olho e do olhar sobre os outros sentidos. Revendo minhas transcrições e anotações, verifiquei que eles se referem a algo ouvido como sendo visto. Ou seja, os sons são vistos. São recorrentes as expressões como “você vê o assobio” ou “quando vê alguma coisa na mata” para indicar a presença de seres invisíveis manifestando sua presença sonoramente. Também é recorrente usarem “já tenho visto” para indicar que conhecem alguma narrativa dos “antigos” ou quando explicam sobre a existência de “bichos” — nesse caso, muitos dizem que isso é “mentira dos antigos”, mas complementam: “mas já tenho visto muito barulho de bicho na mata”.

Sucesso na caça requer visão acurada para localizar animais e precisão na pontaria, para acertá-los, sobretudo durante as caçadas noturnas. Andar pela mata exige do indivíduo uma visão periférica ampliada, que lhe permita se locomover prestando atenção aos obstáculos e à aproximação de alguma “fera”. Em algumas modalidades de caça, é preciso correr atrás dos cachorros que estão acuando a presa, e qualquer queda ou um “baque” (batida) contra um tronco, galho ou cipó pode causar um ferimento. Como em geral caçam em lugares distantes de casa, o socorro pode demorar a chegar.

A navegação é outro exemplo ilustrativo da sensibilidade da sua visão. Durante a noite, os pilotos dos barcos orientam-se pelo relevo da paisagem da “beira”, pela mudança da coloração da água sobre os bancos de areia ou pelas pontas das praias. Identificar os canais do fundo do rio por onde conduzir a embarcação sem encalhá-la exige grande concentração, conhecimento e acuidade visual. Essa habilidade de leitura da paisagem fluvial não é exclusiva de quem pilota, uma vez que, durante a viagem, o barco pode ser conduzido por diferentes passageiros, ou o itinerário ser “fiscalizado” por outros, inclusive pelas mulheres.

Os olhos são órgãos extremamente sensíveis a qualquer agressão provocada por doenças, objetos, substâncias, variação na temperatura e por “baques”. É preciso cuidado para não irritá-los ou feri-los. A “dor dos olhos” (conjuntivite) é a doença que mais afeta diretamente os olhos; ela provoca um “escurecimento da vista”, impedindo que o indivíduo realize suas atividades rotineiras. De forma geral, as febres “atacam no olho”, e a “febre alterada” provoca “visões”. Entretanto, algumas atividades prejudiciais não podem deixar de ser realizadas. Torrar farinha é uma delas, mesmo sendo considerada a mais agressiva aos olhos, pois “a fumaça prejudica muito a vista”. A exposição à fumaça da madeira queimando, ao calor do fogo e ao vapor exalado da farinha sendo torrada irrita os olhos, sobretudo quando uma pessoa realiza esse trabalho recorrentemente. Quem torra permanece “na beira” do forno por longos períodos, ao final dos quais os olhos estão vermelhos e ardendo.

Perda da acuidade visual é considerada um sinal preocupante de envelhecimento. Como me disse Beijinho: “Quando a idade vai chegando, o primeiro que perde é a visão”. Segundo ele, lamentando a impossibilidade de caçar, com o passar dos anos a “vista fica rombuda”, como se fosse “aberto um buraco no olho”, impedindo a pessoa de ver. O glaucoma é uma doença da visão que vem acompanhada de febre, e o “olho não tem mais jeito”. Incomoda o indivíduo e afeta a família, quando acomete o seu chefe; o sujeito se vê impedido de realizar uma série de atividades, especialmente caçar ou pescar.

O olho, como órgão da visão, possui poderes que permitem a alguns humanos ou aos “bichos” ver o que outras pessoas não vêem; e, através dele, afetar outros seres, animados ou inanimados, humanos ou não-humanos. Exemplos desse poder são o “mau-olhado de gente” ou de “bicho” e o “olho doído” (ou “olho ruim”). Este último afeta qualquer qualidade de ser, mesmo os inanimados. Durante a extração do óleo de andiroba, a massa formada pelas sementes amassadas não pode ser vista por uma pessoa com esse poder, senão “afeta a produção”. Explicam que isso acontece porque a pasta “perde a força”, deixa de escorrer e não produz óleo. Se produzir, não será de boa qualidade.

Embora homens e mulheres tenham as mãos calejadas pelo trabalho na roça e em outras atividades manuais pesadas, não perdem a sensibilidade fina do tato, que lhes permite sentir, na ponta dos dedos das mãos, as variações na tensão da “linha” quando o peixe fiska a isca; ou escrever com uma caligrafia bem desenhada, mesmo entre as pessoas não completamente alfabetizadas⁸. Tecer e consertar malhadeira ou tarrafa requer habilidade manual para segurar e enlaçar a linha. Outra atividade que exige essa sensibilidade é a realização de reparos em equipamentos eletrônicos, cujas peças são, muitas vezes, minúsculas.

Os puxadores desenvolvem extraordinária sensibilidade tátil para poder identificar, com precisão, o “nervo montado” (torção) ou o local onde o “osso está desmentido”. Imprimir, alternadamente, mais pressão ou menos pressão, com a ponta dos dedos, durante as massagens requer que o puxador sinta os movimentos do nervo ou do osso deslocado, para que possa recolocá-los no lugar. Essa habilidade é fundamental quando quem vai receber pressões é uma criança, pois seu corpo é “mais molinho”; quem está “puxando” precisa passar suavemente os dedos sobre as juntas da criança a fim de localizar onde está a “desmintidura”

⁸ Entre os moradores das comunidades que visitei durante a pesquisa de campo, não encontrei uma pessoa sequer que tenha admitido ser, ou tenha sido indicada como sendo analfabeta. A maioria, com maior ou menor grau de dificuldade, lê e escreve. Quando uma pessoa mais velha encontra dificuldade na leitura, pede a um filho ou um neto para ler. Faço referência a esse dado porque muitos profissionais de saúde explicam a resistência da população ribeirinha em aceitar novas práticas profiláticas e terapêuticas como sendo decorrente da falta de escolarização.

causadora da dor. Tudo depende desse procedimento, porque a criança não sabe indicar direito onde está sentindo dor, me explicou dona Merian. Ao “puxar”, é preciso cuidado para não ferir a junta ou o nervo, e é preciso calcular a força apropriada a ser usada nas mãos para “colocar a junta no lugar” — força que varia de pessoa para pessoa, tanto para quem faz a “puxação” quanto para quem recebe a massagem, pois também depende do “grau da dismintidura”.

As parteiras, em sua maioria também puxadoras, possuem essa sensibilidade tátil, que lhes permite sentir, através da “massagem de gravidez”, o crescimento da criança, verificar seu estado, ajustá-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. 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.

Durante a gravidez, a percepção tátil é importante sobretudo quando ocorre uma complicação no parto, conforme me explicou dona Dalgisa: como “a criança se cria de cabeça pra cima e pé pra baixo”, então a “parteira verifica, quando a criança está formada, se a criança está na forma que deve se criar pra nascer”. Caso, durante a massagem, se verifique que a criança não está na posição, é preciso sacudir a gestante para mudar a posição do feto; a parteira “vira, bota a cabeça pro nascedor, puxa a barriga. Conheço onde está a cabeça, o pé, viro pra onde vai nascer. Não é difícil. Ajudado com a reza, é rápido pra virar a criança. Tem uma reza própria pra virar a criança”.

O olfato dos ribeirinhos, apurado e especializado, também é resultado de uma construção iniciada na infância; ele é aguçado com diferentes experimentos olfativos memorizados ao longo da vida. É preciso saber se as coisas estão ou têm “pitiú”. Todo caçador, ao transportar sua “embiara” (animal morto), impregna-se do seu cheiro, ficando, assim, exposto ao ataque de algum “bicho”. O caçador precisa se lavar bem e se perfumar, de modo a evitar que o “pitiú” da caça lhe atraia alguma “malinação de bicho”. Ou seja, o perfume humano evita que seja confundido com a espécie do animal morto.

Um dos usos do olfato que evidencia sua especialização é observado na identificação de espécies vegetais. Plantas são reconhecidas também pela sua fragrância, pelo aroma que exalam. É freqüente as pessoas apanharem folhas, ramos, cascas e raízes, e friccioná-los com a ponta dos dedos para sentir sua textura; depois são partidos ou amassados, e cheirados de modo a identificar o seu nome e uso. Recorrentemente, as pessoas, particularmente os especialistas de cura, pegavam folhas de plantas medicinais e me davam para cheirar,

enquanto explicavam sobre seus usos terapêuticos. Mas, embora tenham sido solícitos em responder quando fiz perguntas genéricas sobre o uso terapêutico de plantas e animais, encontrei uma polida resistência por parte dos meus informantes em detalhar sobre suas propriedades terapêuticas, sobretudo a relação entre as características das espécies e seu uso. Essa restrição, em grande medida, relaciona-se aos debates realizados no interior da Flona sobre o direito de propriedade intelectual e distribuição de benefícios para elaboração do Plano de Manejo da Flona.

O paladar dos ribeirinhos é construído na sua relação com os hábitos alimentares, através do consumo de uma variedade de alimentos desde a infância. O sabor não é algo intrínseco aos alimentos, uma vez que, em algumas circunstâncias, estes podem ser agradáveis e em outras, não. Isto depende do significado culturalmente atribuído a eles e ao estado de saúde de quem os ingere (MAUÉS; MOTTA-MAUÉS, 1978; DA MATTA, 2003).

Na experimentação das plantas medicinais há uma especialização do paladar como meio de identificação; sente-se o sabor das plantas também para conhecê-las ou reconhecê-las. Além de cheirar, as pessoas experimentam gustativamente diferentes espécies da flora com possível ou confirmado uso medicinal. O sabor das partes da planta, seja amargo, doce, azedo ou “travoso”, indicará seu uso como “remédio” ou “ingrediente na composição de remédio”. A identificação e a experimentação das plantas consorciavam órgãos da percepção.

Esse sentido é imprescindível no controle da qualidade da farinha durante a torrefação, pois, ao torrará-la, a pessoa vai degustando até aquela chegar a um sabor considerado apropriado. Há, nesse trabalho, uma especialidade individual ou familiar. Cada um produz a farinha com um sabor próprio, que pode identificar quem a torrou. Em várias oportunidades, as pessoas falaram com satisfação sobre o reconhecimento público da qualidade do seu produto. Mais ou menos torrada, mais ou menos granulada, mais ou menos ácida é uma decisão tomada depois da experimentação gustativa. Quem torra frequentemente coloca um punhado de farinha na boca para avaliar o sabor.

Os órgãos da percepção produzidos culturalmente permitem aos sujeitos interpretar o mundo que os cerca, relacionar-se com ele. Entretanto, isso pode ser afetado pela doença, sobretudo pelo “mau-olhado de bicho”, uma vez que ela embaralha a rede de associações tecidas pela percepção dos diferentes sentidos. O sujeito doente vê alterada a sua capacidade corporal de apreender o mundo, e, se não for tratado, acaba perdendo a memória do mapa cognitivo que orienta tal percepção.

O corpo na produção de farinha

A farinha é considerada fundamental para a vida, pois é o elemento principal da dieta alimentar do caboclo ribeirinho, e, como me explicou Humberto Nobre, “pra cá, quem não tiver uma roça pra fazer farinha está morto”. Durante a pesquisa, ao falarem de doenças, os comunitários recorrentemente fizeram referências a vários episódios de agravos associados a essa atividade. Por outro lado, ela está intimamente relacionada com as condições de saúde das pessoas que a realizam, especialmente o chefe da família ou sua mulher, uma vez que afetam o abastecimento da casa.

Os vários movimentos e esforços envolvidos no processo de produção de farinha revelam técnicas de adestramento do corpo de modo a adaptá-lo ao seu uso (MAUSS, 2003a). Uma engenheira florestal⁹ me disse que a “farinhada é como uma academia”, em razão dos diferentes movimentos corporais realizados durante a sua produção.

Produzir farinha absorve os membros da família nuclear, em idade de trabalhar, durante praticamente o ano inteiro, mesmo que seja realizando pequenos serviços como servir água aos que se dedicam às atividades mais pesadas (cortar árvores ou amontoar os troncos para a queima, por exemplo); e exige grande esforço físico das pessoas envolvidas em cada fase do processo de produção, desde a abertura do roçado até o seu transporte para consumo doméstico. Qualquer alteração no estado de disposição física pode afetar o abastecimento da casa. Por isso, adoecer, especialmente no caso do chefe de uma família nuclear em que os filhos são pequenos, afeta diretamente a mesa, pois essas famílias estão mais vulneráveis, pelo reduzido número de braços para o trabalho. Quando os filhos já estão grandes, fisicamente em condições de assumir o trabalho, a doença de um dos pais não prejudica tanto, porque aqueles assumem temporariamente ou definitivamente a produção de farinha.

Para os comunitários, produzir farinha é considerado um trabalho “sacrificado”, uma “batalha”, que prejudica muito a saúde da pessoa e não garante retorno financeiro:

Produzir farinha é um trabalho muito lascado, afeta muito a saúde. [...] A fumaça prejudica muito a vista. Tem também a queimadura: se não tomar cuidado, evitando tomar friagem ou entrar na água fria, a pessoa é atacada de reumatismo ou de derrame. Tanto trabalho e, ainda assim, o preço é baixo.

Pode-se dividir o processo de produção de farinha nas seguintes fases: derrubar a mata, destocar, queimar, plantar a maniva, capinar periodicamente, colher e transportar a

⁹ Essa engenheira florestal, do interior do estado de São Paulo, trabalhava em projetos de implantação de sistemas agroflorestais em algumas comunidades situadas no perímetro da Flona.

mandioca até o forno, descascá-la e ralá-la no caititu¹⁰, extrair o tucupi e, finalmente, torrar. Cada uma dessas fases, em maior ou menor grau, envolve riscos de acidentes que, por comprometerem a saúde, podem impedir a continuidade do trabalho de um ou mais membros da família.

Durante a derrubada da mata, há o risco de a pessoa ser ferida gravemente pelos troncos ou galhos das árvores em queda. Cortes, “golpes” com terçado ou machado são freqüentes durante a realização dessa atividade, e também as picadas de cobra. Na queimada de troncos e galhos, que ocorre entre outubro e novembro, são freqüentes as queimaduras, e irritações nos olhos e nas vias respiratórias devido à fumaça¹¹.

O transporte dos talos de maniva para o plantio pode provocar “desmintidura” ou “rasgadura da carne” nas pessoas. Plantando, elas trabalham com o corpo curvado para baixo, e o esforço exigido da coluna leva muitas a sentir dor nas costas ao final do dia. Como a coluna “faz o movimento do corpo”, é preciso cuidado. Após o plantio, o trabalho de capinar periodicamente com o terçado obriga a pessoa a ficar curvada (próxima do chão), correndo o risco de ser picada por cobras ou ferrada por “lacraus” (escorpiões) ou tucanderas. “Na capina é o perigo maior que têm”, comentou dona Lira. Esses perigos estão presentes também na fase da colheita.

Semanalmente se produz farinha, ou “conforme a perseguição”, isto é, conforme o consumo familiar. Uma vez tirada da terra, é preciso transportar a mandioca até o forno, em sacos ou paneiros que, cheios, pesam em torno de 50 quilos. Dependendo do modo como são levantados, pode-se “desmentir” a coluna, o pescoço ou o ombro. Encontrei pessoas se queixando de hérnias abdominais decorrentes do excesso de peso transportado, sobretudo mulheres. Tais transtornos resultam do acúmulo de trabalho no corpo ao longo da vida (GUEDES, 1997), e se manifestam com o passar dos anos. Embora o peso seja indicado como responsável por alguns agravos, eles consideram os movimentos bruscos ainda mais prejudiciais ao corpo, porque, num escorregão, por exemplo, se “o peso está mal-agasalhado corre o risco de desminter tudo”, explicou Lino.

Ao “tratar” (descascar) os tubérculos, é freqüente as pessoas cortarem as mãos ou as pernas com faca ou terçado; qualquer descuido pode resultar num golpe, superficial ou

¹⁰ Cilindro do aparelho de ralar mandioca, que comporta um conjunto de serras metálicas. As raízes são comprimidas manualmente contra esse cilindro, a fim de serem raladas. Qualquer descuido leva a pessoa a encostar a mão nas serras, correndo o risco de ter os dedos decepados.

¹¹ Durante o período das queimadas, a fumaça se estende por grandes áreas, afetando até mesmo aqueles não envolvidos diretamente no trabalho. No final de outubro de 2006, a fumaça era tanta que o piloto do barco no qual eu viajava perdeu o rumo, pois não conseguia ver o contorno da margem do rio, que lhe servia de referência.

profundo. Uma vez descascados, os pedaços são levados à “banca do cevador”, para serem ralados no caititu. A atividade de ralar é responsável por um elevado número de acidentes traumáticos nas mãos. Dona Lira me mostrou os dedos, cujas pontas foram cortadas enquanto “cevava” (ralava). Um caso exemplar da gravidade desse tipo de acidente merece menção: em 2006, um menino de Itapaiuna feriu gravemente os dedos das mãos no caititu, precisando ser removido com urgência para Santarém¹².

Na preparação da massa de mandioca ralada (a ser torrada), há o perigo de os estados corporais afetarem, poluírem (DOUGLAS, [s.d.]) a “qualidade da farinha”. Mulheres menstruadas ou que tenham tido relações sexuais na noite anterior não devem manipular a massa (como no caso da produção do óleo de andiroba), para não contaminá-la, o que alteraria a sua qualidade. Geralmente essa atividade é realizada pelas mulheres mais velhas, que já estão na menopausa. Entretanto, entre os casais mais jovens, a menstruação da esposa condiciona o agendamento do dia em que a farinha será torrada.

Torrar farinha é uma atividade suscetível de provocar transtornos corporais que, se não cuidados, podem se agravar e se transformar em uma “doença alcançada” (doença grave). Isso porque a pessoa, ao torrará-la, fica diretamente exposta aos vapores, à fumaça e ao calor do fogo; ela aquece com os movimentos e com o calor do forno. Para evitar os transtornos decorrentes das doenças associadas a esse trabalho, é preciso ter o cuidado de não tomar friagem quando o corpo está quente, pois se isso acontece há o risco de “pegar derrame”, reumatismo ou estuporação.

“Deus o livre!”, exclamou dona Lira quando lhe perguntei o que aconteceria se uma pessoa cujo corpo estivesse quente fosse imediatamente tomar banho no rio, saísse na chuva ou pegasse friagem. Antes de tomar banho é preciso esperar o corpo esfriar, porque durante o trabalho “fica agitado o sangue, fica quente” — motivo pelo qual se deve tomar cuidado depois do longo período de exposição ao calor do forno de farinha.

Doenças da parte dos médicos e doenças da parte dos curadores

Para abordar estados corporais e psicológicos considerados como doenças por um grupo social é preciso apreender o modo como elas são concebidas, como os indivíduos

¹² No barco, quando da minha última viagem à Prainha do Tapajós, encontrei uma técnica em enfermagem que trabalhava no hospital de Belterra, e ela me contou o caso de uma mulher, residente numa das comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós, que chegou ao hospital com os dedos em avançado estado de necrose. A mulher, distraidamente, havia deixado a mão encostar no conjunto de serras metálicas do caititu, que girava em alta velocidade.

interpretam subjetivamente suas experiências de adoecimento e como são interpretadas pelos outros membros da família e do grupo ao qual pertence o doente. É preciso atentar para o fato de que a doença não ocorre independentemente das pessoas, sociedades ou de um determinado contexto social, natural e cosmológico (BUCHILLET, 1991; LANGDON, 2003), pois não é um fenômeno estritamente biológico.

Assim, refletir sobre a doença exige uma interpretação dos significados que esta tem para aqueles que a vivenciam, o que requer “acompanhar todo episódio da doença: o seu itinerário terapêutico e os discursos dos participantes envolvidos em cada passo da seqüência dos eventos” (LANGDON, 2003, p.97). Esses eventos caracterizam a doença como processo e consistem (1) no “reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença”, (2) no “diagnóstico e a escolha de tratamento”, e (3) na “avaliação do tratamento” (LANGDON, 2003, p.97). Por serem diversos, esses significados e as práticas terapêuticas correspondentes não se enquadram no modelo biomédico, que se pretende único para “entender os processos de saúde e doença” (LANGDON, 2003, p.104).

Em 2001, conversei com uma médica paulista que atendia no Centro de Saúde de Alter do Chão, e ela comentou que o conhecimento obtido na universidade não lhe permitia apreender a realidade de onde estava trabalhando. Outra médica, também paulista, me contou, em maio de 2007, que havia passado por dificuldade semelhante. Em comum, ambas encontraram dificuldades em fazer diagnósticos com base nos sintomas relatados pelos pacientes, uma vez que as explicações não correspondiam àquilo aprendido no curso de medicina, pois as pessoas descreviam o próprio corpo e os sintomas de forma diferente daquela ensinada nas aulas de anatomia. As duas sentiram um choque entre a teoria e a prática; entre a “racionalidade ideal da ciência” (QUEIROZ, 2003, p.123) e a cosmologia ribeirinha.

Uma delas havia participado, durante oito meses, da equipe de saúde do PSA¹³, realizando visitas às comunidades. Nessa época, suas dificuldades para entender as descrições das pessoas sobre aquilo que estavam sentindo se davam porque estas associavam explicações anatômicas com explicações “religiosas”, e relatavam sintomas que ela desconhecia. Como as consultas realizadas durante as visitas rotineiras eram rápidas, devido à exigência em cumprir o cronograma de viagem previamente estabelecido, o pouco tempo com as pessoas, em grande número em cada comunidade, não lhe permitia compreender mais detalhadamente o

¹³ Posteriormente ela foi trabalhar no hospital de Belterra, e pôde “aprender” mais sobre o modo como o ribeirinho concebe saúde e doença, porque ali o tempo da consulta era maior. Isso lhe permitia estabelecer um diálogo mais demorado com os pacientes, onde procurava entender como eles concebiam o funcionamento do próprio corpo a partir das explicações sobre os sintomas.

significado daquilo que elas narravam. Outra dificuldade que ela ressaltou foi a presença de várias pessoas ao seu redor, conversando entre si e com o “paciente” durante a realização da consulta. Isso tirava a sua concentração e a impedia de conversar com ele sobre o seu estado de saúde, pois a ética médica a impede de comentar publicamente os assuntos que dizem respeito à relação médico-paciente. Na dúvida, seguia os procedimentos terapêuticos estabelecidos pelo modelo biomédico aprendido na universidade, dando atenção aos casos e queixas clinicamente mais evidentes.

Com base no material etnográfico que coletei, farei, a seguir, a descrição das doenças indicadas como sendo as que mais afetam a vida cotidiana¹⁴. Para os ribeirinhos, a “doença se apodera da pessoa”, afetando-a de tal modo que altera sua capacidade de perceber o mundo, e retira-lhe a “animação” (disposição) para a vida: trabalho, sexo, caça, pesca, estudo, namoro, diversão. Ao falar da doença, falam também sobre como concebem o corpo e a vida, pois, ao narrar o histórico da doença, remetem a outras dimensões e a outros episódios do seu cotidiano, presente ou passado, inclusive indicando, segundo sua interpretação, a possibilidade de as dores resultarem do “ataque de um bicho”.

Tais doenças são entendidas como tendo suas causas na natureza, na ação humana ou na dos encantados. Podem ser doenças contraídas pela circulação do “andaço”, resultantes de acidentes ou decorrentes do trabalho, da inobservância de algumas prescrições alimentares, da circulação por determinados lugares em horários não aconselháveis, do desrespeito aos “regulamentos” — definidos pelos “donos” dos lugares — de acesso aos recursos naturais e ao seu uso.

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. Essa distinção não implica, necessariamente, na constituição de realidades dicotômicas (LOYOLA, 1984), mas implica em diferentes itinerários terapêuticos. Diagnósticos e procedimentos terapêuticos são indicados pelos médicos ou pelos especialistas locais de cura, estando relacionados aos “remédios de farmácia” ou aos “remédios do mato” e da “terra”, respectivamente. As pessoas os adotam de forma complementar ou alternativa, e isso resulta de uma avaliação dos resultados terapêuticos feita pela própria pessoa em conjunto com seus familiares.

Como medida profilática, é preciso cuidado com o que se ingere ao comer e ao beber, com a friagem, com os lugares por onde se anda e com os horários. Isso porque a “doença só

¹⁴ No sétimo capítulo descrevo o tratamento de cada uma dessas doenças.

está procurando uma brecha” para “atacar” e “tomar conta da pessoa”. Doenças decorrentes do trabalho como “desmintidura”, “baque”, furada e golpe não são propriamente consideradas doenças a princípio, mesmo causando transtornos à saúde. Porém, podem se agravar, transformando-se em doença “acumulada” ou “alcançada” no decorrer do tempo, se a pessoa não receber ou se submeter a um tratamento adequado.

Entre os transtornos corporais relacionados às atividades físicas e classificados como doença pelos moradores da Prainha do Tapajós, a “desmintidura” foi recorrentemente indicada como uma das mais comuns a afetar o cotidiano das pessoas. “Desmintidura” é “um jeito que dá no corpo”, e pode atingir ossos ou nervos das pernas, dos braços, das mãos e dos dedos, da coluna ou do pescoço, dificultando ou impedindo a pessoa de se mover. É forte a dor que a pessoa sente, “fica naquele sofrimento, impedida de trabalhar”. Sua gravidade é avaliada pelo aparecimento ou não de febre. Entre as causas da “desmintidura”, indicam a realização de um movimento brusco durante o trabalho; uma queda de mau jeito num buraco ou durante a caminhada ou corrida pela mata; uma queda da rede, especialmente entre as crianças; um “baque” forte durante o “jogo de bola”; ou um escorregão. Várias pessoas se “desmentem” ao levantar os sacos ou paneiros de mandioca de forma desajeitada, para colocá-los no ombro ou na cabeça. Quando realizam tais movimentos, ou quando caem, deslocam os nervos; ou, como dizem, o “nervo monta no osso”. A “desmintidura” também pode consistir num deslocamento da “junta do osso”, que põe a “articulação para fora”. Quando ela é grave, “ataca logo a febre”, principalmente nas crianças pequenas. Estas, em geral, têm os ossos ou nervos deslocados quando caem das redes onde dormem ou quando alguém as pega de mau jeito.

Numa criança, a doença pode ter sua causa imediatamente identificada quando a dor e a impossibilidade de movimentação sucedem uma queda, um escorregão ou um “baque”. Algumas vezes, a pessoa sente dor ao realizar alguns movimentos, mas não identifica a sua origem. Quando isso acontece, a dor sentida ao movimentar-se pode resultar de uma “malinação de gente ou de bicho”. Nesse caso, o puxador recorre à oração para “descobrir” se é “um nervo torcido”, “um nervo montado no osso”, “um osso fora de lugar” ou o “assombro de algum bicho”, uma vez que esse “ataque” também provoca dores pelo corpo.

Outra afetação sobre o corpo, resultante de atividades cotidianas, é a “rasgadura, que deixa a carne magoadá”, sobre a qual disponho de poucos dados etnográficos. Ela é identificada quando o puxador, durante a massagem, verifica ser “carne rasgada”, e não “desmintidura”, com a qual se assemelha. Sente-se dor porque o sujeito costuma levantar peso de mau jeito ou o deixa “mal-agasalhado” no ombro, durante o transporte. Mas também pode

ocorrer quando se “toma um escorregão de mau jeito”. No seu tratamento, recorre-se à oração para identificar a causa da dor, à massagem, e à “benzeção costurada”.

A dor ou a febre intermitente são tomadas ora como sinal, ora como a própria doença. A dor ou a febre, “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, “toma conta” da pessoa, deixando-a sem alternativa de tratamento, “desenganada pelos médicos”. Uma doença é considerada “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 exames, 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”. Esse foi o caso de dona Madalena, da Prainha do Tapajós, que há muito sentia uma dor e não tomava providência: “Quando viu a doença, já estava alcançada”¹⁵.

É comum explicarem a manifestação da doença como um “ataque”, independente de sua causa. Para explicitar seu significado, descrevo o caso de epilepsia de um garoto de sete anos, que me foi contado pela sua avó, dona Dulcira, mulher de Lino (casal que considerava o neto como “filho de criação”, pois cuidava dele desde pequeno). Para ela, “essa doença é um ataque que dá na pessoa”. O primeiro “ataque” do menino aconteceu em 2005, enquanto ele dormia na rede com o avô, depois do almoço. A mãe biológica, Ranira, me contou que, no primeiro “ataque”, pensou que ele estava apenas sonhando, até “reparar o braço ficando roxo”.

Quando perceberam ser o “ataque” de uma doença, deram-lhe “remédio da terra”: sumo de gergelim com “pílula contra”¹⁶. Como os “ataques” voltaram a se repetir, levaram-no a um curador de Taquara, que o benzeu e cuidou dele por mais de um mês. Durante esse período, ele tomou sumo de folha de pucá: “ferve a folha e tira o sumo batendo nela”. Mesmo com esses “tratamentos”, o menino continuou sendo “atacado”, sempre enquanto estava dormindo, especialmente na lua nova ou na crescente. Era preciso atenção, pois durante o ataque ele poderia se virar e cair da rede.

Por não apresentar melhoras, os “pais” o levaram para Santarém, para ser consultado por um médico, que diagnosticou epilepsia. Segundo a explicação do médico, relatada pela

¹⁵ Abordo o itinerário terapêutico dessa mulher no sétimo capítulo.

¹⁶ Produto fitoterápico comprado em farmácias sem necessidade de receita. É muito utilizado isoladamente ou como ingrediente na composição de vários “remédios”.

avó, aquilo aconteceu porque, depois do almoço, o menino, que estava com febre, foi para a “beira” e tomou banho. Teve início, então, um tratamento com “remédios de farmácia controlados”. Com os remédios, o menino “se retornava” após os “ataques”, que deixaram de acontecer, “mesmo na lua nova”. Mas o “tratamento vai ser prolongado”, exigindo que o garoto retorne ao médico de seis em seis meses para fazer a “revisão”. Quando os “pais” não podem ir à cidade, Jocenita, que é sua prima, traz os medicamentos da farmácia do hospital de Belterra. Para dona Dulcira, essa doença é uma espécie de “derrame”, porque afeta os membros, que se contorciam quando o menino estava “atacado”; é uma “doença muito complicada”, porque se a pessoa não se tratar ela “fica toda aleijada”, além de ser uma “doença ingrata”, por “atacar” só quando a pessoa está dormindo, deixando-a “sufocada, como se estivesse se afogando”, e por obrigá-la a tomar os medicamentos pelo resto da vida.

Uma pessoa também pode adoecer por ocasião do surto de uma doença transmissível. Doenças como a epilepsia “atacam” apenas um indivíduo, enquanto outras atingem a coletividade de moradores num determinado período do ano. Essas são denominadas de “andaço”, doenças que “andam de uma pessoa pra outra”, que se compõem “circularmente, sempre muda de um lugar pra outro”, como a gripe, a conjuntivite, a coqueluche, a “virose”, a catapora e o sarampo, que “dava muito, antigamente”. Embora “passe de uma pessoa pra outra”, ela nem sempre “se acerta com todos”, conforme me explicou um senhor que passou imune a fase do contágio da “virose”.

Diferentes tipos de doenças acometem a população ribeirinha de uma estação para outra, e a incidência é maior no início de cada uma delas: “Quando a água baixa ou sobe, dá muita diarreia, vômito”. Alguns “andaços” estão associados às variações sazonais do ambiente, como, por exemplo, a diarreia e a conjuntivite, que ocorrem em número elevado quando a “água começa a crescer”, no início do inverno. Em maio de 2007, uma das primeiras informações que obtive sobre a Prainha do Tapajós, logo depois de minha chegada a Santarém, foi que lá havia um surto de “virose”. No cais, conversei com pessoas dessa comunidade que estavam esperando a partida do barco de linha, e elas me contaram que praticamente todos os seus moradores foram acometidos pelo surto: “quase todo mundo rodou nela”. Posteriormente, já na Prainha do Tapajós, fiquei sabendo que ela “atingiu” a maioria das pessoas: “aqui, não escapou uma família que não deu”. Durante o surto de “virose” — “a bicha pega ativa” —, muito pai de família deixou de trabalhar, pescar ou caçar, porque “caiu na rede”.

Em relação aos sintomas, disseram que ela “dava de toda forma”. Mesmo assim, indicaram que, em comum, a diarreia “deu em todo mundo”, em alguns precedendo a doença;

em outros, ao final. A pessoa, quando está com “virose”, sente febre, “ferrada na cabeça”, “dor do corpo”, dor nas pernas e também “dá muito fastio” (falta de apetite). Como tratamento, indicaram chá de folha de limão, “que é muito bom com dipirona”. Dos “remédios de farmácia”, também falaram do analgésico tilenol, “bom quando a dor de cabeça ataca muito forte”.

A noção local de “doentio” tanto pode ser aplicada às pessoas quanto a determinados lugares. Pode ocorrer de a pessoa estar “todo o tempo doente”, e, nesse caso, ela é considerada “doentia”, precisando de constantes cuidados por parte dos familiares, além de recorrer aos cuidados dos curadores ou dos médicos simultânea ou alternadamente, na própria comunidade, em outras ou em Santarém ou Belterra. Um lugar pode ser considerado “doentio” quando as famílias adoecem com frequência após se mudarem para determinadas “paradas” — que são abandonadas tão logo encontram outro local para construir suas “moradas”. Além do conflito religioso, também foi indicado por alguns, para explicar a mudança da parentela de congregados da Igreja da Paz que fundou Prainha, que o lugar onde tinham suas casas era muito “doentio”. Especialmente quando a “água subia” ou “baixava”.

Especial atenção é dada à febre, primeira referência quando se fala de qualquer tipo de doença, sejam as da “natureza”, sejam as provocadas pelo “assombro de bicho” ou “malinação” de gente. É a primeira que “ataca” ou vem “acompanhando” quando o sujeito é vítima de “mau-olhado de bicho”, “desmintidura”, “derrame”, “rasgadura”, “quebranto”, “inchaço”, “infecção”: “logo dá febre”. Ora ela é tomada como a própria doença (“a febre é a doença”), ora é indício dela (“pegou doença, deu febre nele”). Quando falavam sobre ela, era comum lembrarem um conjunto de sintomas (gripe, “virose”, inflamação, dor de cabeça, “dor do corpo” ou “dor de olho”). Há distinção entre “febre” e “quentura”. Esta última é mais branda, mas pode se transformar naquela, que, em alguns casos, quando está muito elevada, “dá convulsão”, tornando-se uma “febre alterada”; chega a dar “passamento” (faz a pessoa desmaiar ou perder a consciência). Uma puxadora da Prainha do Tapajós, dona Nanda — filha de Olinto Serrão e comadre de Laurelino Cruz —, me explicou que uma “febre alterada dá com dor no corpo. Sente frio, dor nos ossos; passa dias no fundo da rede”. Sua filha, congregada da Igreja da Paz, me falou, em outra ocasião, que a “febre alterada é aquela febre que dá muito forte. A pessoa varia, fica enxergando um bocado de coisas. Visão!”.

O “inchaço” é considerado um “grau da febre”, e frequentemente é descrito de forma semelhante ao “derrame” (ver adiante). Contudo, o “ataque” dessa enfermidade afeta também “junta de osso” (articulações dos membros) e o rim, que incham em decorrência de um “baque”, de um corte inflamado ou depois da exposição à friagem: “inchaço que dá no corpo

todo”. Essa enfermidade foi associada ao trabalho porque o “inchaço nos rins a pessoa pega quando trabalha muito tempo abaixada”; nesse caso, quando se levanta, “sente uma rasgadura”.

“Palpitação” é considerada uma doença perigosa pelos ribeirinhos, pelo fato de fazer “parte do coração”; ela ocorre quando o intestino “cresce, porque enche de vento, prende e o coração acelera”. Quando se manifesta nas mulheres, elas procuram a parteira, para “puxar o baque que dá embaixo do umbigo”; nos homens não é comum, “mas quando ataca é perigoso”. É preciso “tomar remédio pra essa coisa”, a fim de impedir que “vire uma doença alcançada”.

O “derrame” — também conhecido como “doença do ar” — afeta crianças e adultos indistintamente. “Atinge” a boca, os braços, as pernas, a língua ou o corpo todo. Nos casos mais graves, “começa a enrolar tudo, ficar com a boca torta; outro, dá um tremor e começa a sentir problema, começa a encarangar as mãos, os pés. Dói a cabeça, muito, aí sente frio. Tem gente que sente febre logo”. A pessoa “atingida” pelo “derrame” fica imobilizada, perde a sensibilidade: “mesmo mexendo a parte atingida, não sente nada”. “Friagem” (choque térmico resultante da passagem de um ambiente quente para um ambiente frio) é a sua principal causa, como, por exemplo, tomar banho na água fria com o corpo quente¹⁷: “Existe muito medo de tomar banho frio com o corpo quente, pra não pegar doença do ar”. Há casos de pessoas “atingidas” pelo “derrame” porque, após exposição prolongada à “quentura” do forno de farinha, entram na água fria com o corpo ainda quente: “Aí eles dizem que pegou a doença do ar porque tomou banho com o corpo quente”. É preciso esperar o corpo esfriar porque o “sangue está muito agitado”. Também pode acontecer com a pessoa cujo corpo está quente por ter estado deitada na rede, se sair para a “friagem” do sereno ou da chuva.

“Panarisso” também acomete as pessoas com muita frequência; é uma doença “da carne mesmo [...] um sistema de infecção que dá no fundo da carne”. Com o tempo, vai formando uma ferida e irrompe de dentro para fora, aumentando gradativamente até impedir a pessoa de exercer suas atividades. Se ela irrompe no rosto, há um problema estético, especialmente entre as mulheres mais jovens.

Embora não tão freqüente quanto o “panarisso”, as pessoas são afetadas pela “esipla”, doença que “ataca o osso” e que ocorre principalmente naquelas pessoas em “que o sangue está grosso”. Ela “come o osso”: enfraquece e “quebra o osso da pessoa”. Pode também

¹⁷ Segundo me contou uma moradora da comunidade Pedreira, que fica na margem esquerda do Tapajós, no perímetro da Flona, onde foi instalado um sistema de abastecimento de água encanada, a “melhoria” ajudou no trabalho da cozinha, mas ela via o chuveiro com reservas, porque as pessoas, especialmente as crianças, podiam tomar banho sem esperar o corpo esfriar.

resultar de uma “furada” de espinho ou prego, quando não devidamente tratada, e “se não tiver o remédio ela apodrece toda aquela parte”.

As doenças que não “pertencem” nem à medicina nem aos médicos encontram-se em outra esfera, e os “remédios de farmácia” não possuem propriedades terapêuticas que as possam curar. Tais enfermidades “pertencem” aos curadores ou benzedores, e entre elas os comunitários indicaram o “quebranto”, “o vento caído”, a “panemice”, o “mau-olhado de gente” e o “mau-olhado de bicho”.

De uma maneira generalizada, as crianças pequenas são suscetíveis de pegar “quebranto” — um dos tipo de “mau-olhado de gente”. Segundo dona Gracinha,

As mães têm muito cuidado com isso. Inclusive, quebranto é uma coisa que a gente vê muito as mães falarem nisso; que muitas das vezes, quando a pessoa chega cansada em casa, que não almoça, já chega três horas, quatro horas da tarde muito cansado, as mães não deixam que a gente veja a criança pequenininha porque vai trazer quebrante pra ela. E as mães têm muito cuidado com isso.

Apreende-se que o cansaço, a fome e a admiração de um adulto são causas do quebrante. É comum a explicação de que uma “pessoa com fome vai agradar, ataca o quebranto na criança”. Dona Maria das Neves, uma maranhense casada com um “filho” da Prainha do Tapajós, é benzedeira, e descreveu o quebrante causado pela fome associada à “força da admiração” como sendo “muito forte”. Mas nem sempre ele resulta de um ato voluntário ou consciente da pessoa que chega cansada e se admira da criança; é como se o esmorecimento da pessoa cansada fosse transmitido para a criança. Ele também pode ser causado por uma pessoa conhecida como possuidora de “olho doído” ou “olho ruim”. Quem possui o “olho” com esse poder “não pode olhar pra uma coisa, que mata”, afeta a qualidade dos alimentos ou tira a força dos seres, animados ou inanimados. Esse tipo de quebrante, que, “às vezes, até mata a criança”, para ser tratado precisa de três rezadores: “tem que ser três rezador pra matar aquele quebranto forte”. As mães procuram os benzedores quando a criança fica aborrecida, esmorecida e chora, “fica amarelinha”, “provoca” (vomita), “dá febre” e diarreia, e suas fezes ficam esverdeadas. Como no diagnóstico de outras doenças, o benzedor reza antes, para se certificar se é quebrante ou não.

“Vento caído” é outra doença corriqueira entre as crianças. Suspendê-las acima da cabeça com rapidez, assustando-as, é considerada a principal causa dessa enfermidade infantil. Elas sentem dor no umbigo: “tufa o umbigo”. Como o quebrante, o “vento caído” provoca dores e diarreia na criança. A “descoberta” dessa doença também se dá através da “oração” proferida pelo benzedor. Rezando, ele suspende a criança de cabeça para baixo, e

“vem rezando até o umbigo”; depois, torna a colocar a criança em pé, simulando suspendê-la pelos cabelos puxando-os três vezes.

“Panemice”

Vários autores descreveram e analisaram o fenômeno da panema na Amazônia, em diferentes períodos e sob diferentes perspectivas teóricas, entre eles Woortmann (1967), Da Matta (1973), Galvão (1976, 1979), Wagley (1988), Maués (1990), Motta-Maués (1993) e Clastres (2003). Os dados etnográficos fornecidos por esses autores apresentam um conjunto de elementos e aspectos semelhantes entre si. Ao contrário do suposto por Galvão (1976) e Wagley (1988), nem os meios de comunicação, nem as Igrejas, nem, mais recentemente, as agências de desenvolvimento levaram a crença na panema, bem como tantas outras, ao desaparecimento. Ela permanece tanto nas comunidades ribeirinhas quanto nas cidades, como um sistema que atribui significação ao infortúnio. Mantém-se como um “‘operador’ que permite passar da probabilidade e da incerteza à determinação e à certeza” (DA MATTA, 1973, p.68), não obstante apresente discretas variações.

A partir dos relatos, verifiquei que não há unanimidade entre os moradores da Prainha do Tapajós quanto a considerar “panemice” como uma doença específica de caçadores e pescadores. Mesmo assim, todos aceitam que ela afeta o corpo do caçador e o do seu cachorro, exigindo que ambos sejam submetidos a um processo de cura, de modo a restituir a acuidade dos sentidos e a disposição física para caçar. Aqueles que não a reconhecem como doença, dizem que ela é “sistema dos antigos”, uma “tradição que vem desde a geração dos antigos, mas não é doença, não”; para outros, ela “é tipo uma doença que dá até em cachorro”. Considerando que para esses ribeirinhos a doença é definida como falta de motivação, de disposição, de ânimo e/ou como esmorecimento, a panema pode ser considerada uma enfermidade que afeta o homem, seu animal de caça e os seus apetrechos de caça e pesca. Como caçar é uma atividade bastante valorizada e os bons caçadores são reconhecidos socialmente, a “panemice” afeta suas habilidades e pode colocar em dúvida o seu prestígio.

Embora as famílias não dependam da carne de caça para a sua alimentação, a panema restringe o acesso a ela. Lino sintetizou uma preocupação geral: “Se não se tratar logo, você acaba morrendo de fome. Não mata nada na mata e nem no rio; sem caça e sem pesca, a família passa mal”.

A “panemice” se revela quando o caçador vai para o mato com seu cachorro e não encontra caça. Ou, nas palavras de Samuel, ela se manifesta quando “o sujeito [...] vai caçar, se não conseguir matar nada, isso se chama panemice. Sai daquela paragem e nunca encontra caça pra matar; só encontra tamanduá, o tempo todo”. Todas as vezes que abordei o assunto as pessoas se referiam apenas à caça; diziam que “quem gosta de pescar é que sabe sobre panemice de pescador”. Na Prainha do Tapajós todos pescam, mas pouco se fala sobre o assunto, pelo fato de que ninguém é “efetivo” na pesca, isto é, ninguém ali tem na pesca a principal fonte de renda. Entretanto, ela ocorre também entre pescadores que não são “efetivos”.

Os sintomas dessa perturbação revelam-se no corpo e têm implicações sobre a habilidade das pessoas por ela vitimadas. O caçador atacado de “panemice” sente muito sono quando faz “caça de espera”: “Dorme porque não suporta”. Quando está panema, o caçador não tem prazer de pegar na arma nem para passar óleo nela (o que evita que enferruje pela falta de uso); o sujeito “perde a animação de ir no mato e entristece, porque não pega nada. [...] Vai, abandona a caçada e a espingarda por um tempo, até voltar a animação. Assim, quando não gosta nem de olhar a arma, sabe que está panema”.

Enquanto se está caçando, sentir o corpo esmorecido, mole, o olho “remeloso”, a vista escurecida e a carne tremendo é sinal evidente de “panemice”; a panema deixa o caçador “acabado”, “lerdo”. Sintomas semelhantes também são percebidos nos cachorros, que ficam manhosos, “unhudos”, preguiçosos e não correm atrás da caça: “Quando dá em cachorro, ele só quer ficar deitado sem vontade de levantar, com o olho remelento”. O cachorro e a pessoa afetados podem, inclusive, morrer se não forem imediata e devidamente curados da panema.

Como se pega “panemice”? Uma primeira forma, considerada a mais prejudicial, consiste no uso de osso ou de pêlo do animal morto, por um caçador invejoso ou uma pessoa com raiva por não ter recebido sua porção da carne da caça nas prestações recíprocas; ou não ter conseguido adquirir um pouco de carne do animal, quando foi vendida. Essa pessoa “faz judiaria usando o osso da embiara pra ele ficar panema”; o caçador, para fazê-la, usa o osso do animal morto por outro para se defumar, queimando-o na brasa da “boca do forno”; ou urinando sobre o osso. Com isso, aquele que matou o animal a quem pertencia o osso perde as habilidades, o ânimo para caçar, ou a caça não lhe aparece. Quando uma pessoa usa o osso da carne da caça que ganhou ou comprou para defumar o seu próprio cachorro a fim de torná-lo igual ao cachorro do bom caçador, “esse cachorro [do caçador] fica panema”.

O caçador também fica panema quando uma mulher grávida come parte da sua “embiara”, ou uma mulher sonolenta, preguiçosa, sem vontade de fazer qualquer coisa.

Entretanto, “ela não sendo dorminhoca, ela pode comer”. Alguns homens, exímios caçadores, relataram que, às vezes, a mulher grávida, visando beneficiar o marido, os filhos ou irmãos, compra carne de “embiara” só para “empanemar” o caçador. Da mesma forma, cachorro também “fica panema” quando uma grávida come a carne de um animal que ele caçou.

Na pesca, a pessoa pode ficar panema quando alguém assa o peixe recebido nas prestações recíprocas no buraco do forno que torra farinha; e uma pessoa panema para a pesca não “pega nada”, passa dias sem obter resultado nas pescarias. No caso da pesca, a mulher grávida não pode pegar no caniço, na tarrafa ou na malhadeira.

Quando um pescador ou um caçador não obtém sucesso ao longo de várias tentativas, “logo diz: eu estou panema. Vou ter que fazer um remédio pra mim”. O tratamento consiste em benzimentos, banhos e defumações, os quais podem ser “ensinados” pelos curadores; entretanto, como explicaram alguns, qualquer um pode fazer, porque o “que vale é a fé de quem se trata”.

Como para outras “doenças”, o banho é sempre indicado para tratar a “panemice”. Usam-se “ervas brabas” como pinhão-roxo, pau-d’angola, cipó-catauari e malagueta para “inteirar a dose do remédio”; outra receita de banho consiste no uso de tucupi com limão galego. Durante o banho, independente dos ingredientes usados, se a pessoa estiver panema não sentirá o “ardume que dá no banho”; se ela o sentir, não está panema.

Para curar panema, “assim como faz o banho, faz a defumação com o mesmo sentido”, explicou Lino — defumar foi um procedimento sempre citado quando se falou em tratamento de “panemice”. Numa ocasião, estava conversando sobre o assunto com dona Nanda e seu marido, o carpinteiro naval Antônio Gomes, e ela lembrou de ter guardado, entre seus documentos, uma “receita ensinada pelo Laurelino”. Ela entrou em casa e retornou pouco depois, com um saco plástico onde guardava vários documentos pertencentes ao seu finado pai, e neles estava a receita de defumação escrita por Laurelino:

Defomado para a cassada
 Urupê defomada de Jebaica Branca
 7 malagueta Rainha
 1 mão de farinha seca
 Breo cunauarú
 a rapa da raes do manacá curu
 i banha da surucucu pico de jaca
 pelo i ossos de Sua Ambiará

Assim como a defumação é usada para “empanemar”, ela também é usada para curar a panema. Defumar com pêlo, pé, osso ou cabeça seca da “embiara”, durante a lua nova, é um “incentivo dos antigos” ainda mantido. Usa-se a defumação também para tratar “panemice”

de pescador — nesse caso, coloca-se a espinha do peixe “em cima do fogo para fazer aquela fumacinha para cheirar”. Os ingredientes são colocados numa bacia de flandres ou de alumínio com brasa, sobre a qual se põe espinha de surucucu e/ou algumas gotas de sua banha. Uma outra composição leva os seguintes ingredientes: pinhão-roxo; cipó-catauari; malagueta; osso, rabo, pata, cabeça, envirataia e banha de surucucu. Todos esses “ingredientes para inteirar a dose do remédio” também são colocados num recipiente com brasa, para fazer fumaça.

O caçador que se autodefuma, cheira a fumaça juntamente com o cachorro, e também defuma a espingarda¹⁸ e outros apetrechos (terçado, calçado, roupa, bolsa de cartucho, jamaxim) que “leva pro mato”. Uma vez que eles também ficam “empanemados”, precisam ser defumados para que sejam “curados”, e a sua defumação deve ser feita por três vezes, em três madrugadas, sempre na lua nova. Quanto ao cachorro, segundo Samuel, depois de defumado este “fica bom de novo, até a gente mesmo. Só basta o dono do cachorro fazer a defumação. Se não fizer isso, não mata mais, não”.

Além da cura do cachorro “empanemado”, o próprio treinamento dos cães para caça é definido como “cura de cachorro [...] para ele se criar com dom de cachorro caçador mesmo”. Quando ainda pequenos, são “curados” de modo a desenvolver o faro e a acuar a caça para o campo de visão do seu dono. Esse “curativo”, usado também em cães adultos que desistem de acuar a caça quando esta se esconde, consiste em defumações e no recondicionamento do animal: passam pedaços de carne de uma presa ainda quente em sua boca e focinho de modo a reestimulá-lo através dessa “experimentação”.

Após cada defumação, o caçador deve se banhar no rio. Depois, o “material” usado no “remédio” deve ser jogado numa encruzilhada, e a pessoa vai embora sem olhar para trás. O horário e o lugar onde é feita a defumação são considerados um “tipo de segredo que ninguém pode saber”. Após a defumação a pessoa se sente aliviada, volta a animação e a coragem. “Sente com mais prazer”.

Lino, que “ensina” defumação para curar “panemice”, explicou que cada caçador guarda seu “preparo pra defumação de cura” numa embalagem e o mantém escondido. Tal “preparo” consiste de partes da “embiara” como pedaço de osso, maço de pêlo, rabo, pata ou cabeça. Conforme sua explicação, guardar essas partes é o principal “cuidado que o caçador tem que ter pra, na hora que precisar, ele tem”.

¹⁸ Maués e Motta Maués (1978) também fazem referência ao uso de defumação para curar espingarda empanemada.

V ESPECIALISTAS DE CURA

Trato, neste capítulo, dos especialistas locais de cura que residem e atuam nas comunidades Taquara, Prainha do Tapajós e Itapaiuna, uma vez que, aos primeiros sintomas da “entrada” de uma doença — incômodos que afetam o bem-estar das pessoas —, eles são os primeiros a ser procurados. 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”. Esses agentes articulam o modelo tradicional com o biomédico e distinguem as doenças entre aquelas que pertencem ao médico e aquelas que pertencem a eles.

Dos autores que estudam a atuação dos agentes locais de cura entre grupos sociais não-indígenas na Amazônia, destaco o nome e os estudos de Maués (1990, 1995, 2005)¹. Segundo esse autor, as práticas médicas das populações caboclas da Amazônia que envolvem a crença nos encantados e sua incorporação em pessoas constituem a “pajelança cabocla”. Esse sistema integra o catolicismo popular e resulta do encontro entre cosmologias indígenas e africanas, bem como com a cosmologia católica e a kardecista — entretanto, organizadas, a meu ver, segundo a lógica das cosmologias indígenas. De acordo com Maués e Villacorta (2001, p.52), na Amazônia existem diferentes modalidades de pajelança cabocla, e a pajelança é, “para as populações rurais e de origem rural da Amazônia, uma das formas mais

¹ Entre os autores que abordam essa problemática estão Figueiredo (1976), Galvão (1976) e Wagley (1988).

requisitadas dentre as várias medicinas populares existentes no mercado de bens simbólicos e no campo médico-religioso”.

A qualquer sintoma, dor ou febre as pessoas recorrem, para os primeiros cuidados, aos “mais antigos” da esfera familiar. Persistindo a dor, a febre ou o “incômodo”, há um deslocamento em direção a alguém cujos poderes e habilidades de cura sejam reconhecidamente maiores, primeiramente na própria comunidade. A crença no poder de cura de tais especialistas, principalmente dos pajés e curadores, reside em três aspectos complementares, apontados por Lévi-Strauss (1975a): a crença do próprio especialista na eficácia das suas práticas, a crença do doente na eficácia de tais práticas e, finalmente, a crença e a expectativa coletiva. Para Achterberger (1996, p.155), “os curadores populares têm a capacidade de reforçar essa confiança se forem figuras carismáticas ou se sua reputação de pessoas com dotes especiais for do conhecimento do paciente”. Entre os ribeirinhos residentes nas comunidades do baixo Tapajós, os especialistas de cura, homens ou mulheres conhecidos publicamente pelo “dom” que possuem para trabalhar na área da saúde, distinguem-se em diferentes categorias: pajés, curadores, benzedores, puxadores e parteiras. Tais especialistas detêm conhecimentos que lhes permitem atuar em diferentes modalidades terapêuticas simultânea ou alternadamente.

Embora um curador também seja um benzedor, pois possui, além do “dom”, saberes sobre a “mesma arte”, há uma distinção que revela hierarquia entre os dois: somente o pajé e o curador agem por “influência de algum espírito que se invoca nele”, e, além de saber benzer, sabem e podem “partejar” e “puxar desmintidura”. Essas duas atividades também podem ser realizadas por um benzedor. 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”.

Ainda assim, pode-se dizer que esses especialistas possuem conhecimentos e habilidades complementares como benzedores, puxadores e parteiras. 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. Aqui, “trabalho”, como categoria êmica, aproxima-se da definição de Maluf (2005, p.500), embora advinda de outro contexto etnográfico: é “empregada para descrever e sintetizar o conjunto de atividades rituais e/ou terapêuticas realizadas”.

O verbo “puxar” é utilizado tanto para o parto quanto para o tratamento da “desmintidura”; expressa a complementaridade entre o trabalho de “puxar” e o de partejar. Em ambos os casos, para “puxar” a pessoa precisa ter sensibilidade e habilidades manuais

para fazer massagens com a finalidade de “endireitar a criança”, “apalpar a barriga pra saber como a criança está” ou para “encontrar o nervo que está montado ou torcido”, como vimos na descrição da construção dos sentidos. Esses dois especialistas valem-se da oração como elemento constitutivo do “trabalho” que realizam. Tratarei mais detidamente esse tema no sétimo capítulo; no momento, importa salientar que a oração possui destacada importância no início do itinerário terapêutico, pois é através dela que se dá a “descoberta do paciente”. Ou seja, o diagnóstico da doença.

O “dom de trabalhar com saúde”

“Ter dom” é a explicação freqüente para a capacidade que os especialistas locais de cura possuem de curar, o que implica obrigatoriedade de “trabalhar com saúde”. O “dom”, para os ribeirinhos, explica (muito mais que o aprendizado formal) a familiaridade, a habilidade, o capricho que algumas pessoas têm naquilo que fazem. Exemplo de “dom” está no comentário de dona Lili sobre o trabalho de um carpinteiro da Prainha do Tapajós: “Parece que é um dom que ele tem pra trabalhar com madeira pra construir canoa”.

Curadores, benzedores, puxadores ou parteiras possuem “dom” quando “é de nascença, é do corpo. Já traz aquilo pra aquele fim. Não aprende com ninguém”. Chagas explicou que “vem da pessoa mesmo”, e dona Gracinha me contou sobre a descoberta do seu “dom” pelo Laurelino:

Laurelino, eu comecei a aprender com ele. Aí ele disse que [eu] ia ser uma sacaca². Quando eu tivesse com dezoito anos, era pros meus pais me levarem lá. [...] Nunca me levaram. Aí, quando foi uma vez, eu fui num centro, que por aqui a gente trabalha sempre mandioca é no centro. [...] Então eu fui fazer farinhada no centro, onde eu manobrava com trabalho do meu padrinho; ele tinha uma roça pra gente desmanchar e nós fomos pra lá. [...] Quando foi uma noite, me atacou, assim... Que era isso que eu tinha no meu corpo. Me atacou, seu menino [...] desse tamanho! que eu dei um pisão numa garera que tava com doze panero de mandioca dentro. [...] Eu dei um pisão na coisa, que a garera virou lá com toda a massa. Aí eu corri naquela mata. O senhor não me acredita que eu corri naquela mata no escuro, sem mentira nenhuma. [...] na escuridão. Corri dentro daquela mata. Uma lonjura como daqui lá na Prainha [a entrevista foi realizada em Itapaiuna, distante duas horas de caminhada]. Nessa distância eu corri. Corri no escuro, dentro das mata. Eu caí na água, igarapé grande, aquelas hora da noite. E o pessoal com lanterna, piraquera e lamparina me procurando. Quando foi, deram comigo lá dentro das mata. Aí eu fiquei perturbada do juízo; perdeu o juízo. Aí me levaram pro curador. O curador disse: ‘É porque chegou os tempo que ela

² Mesmo dizendo-se sacaca, em momento algum ela admitiu ou fez qualquer referência quanto a viajar ao fundo ou ser invocada pelos “espíritos” ou “bichos” nos seus “trabalhos”.

queria trabalhar; então, isso, foi que chegou o tempo. Agora vamos tratar dela porque ela vai ser uma benzedeira'. Aí me levaram... Foi o que me endireitou. Tou aí! Não foi no médico, não foi em nada, hoje em dia ainda estou em pé. De todas as coisas que me aconteceram, eu tenho fé em Deus. Pronto. Foi o que me endireitou. Estou normal, graças a Deus. Eu digo mesmo: graças a Deus. E peço a Deus e a ajuda do Espírito Santo, que me proteja sempre, assim, com essa força, essa coragem que eu tenho dentro de mim. Que eu tenho fé no Senhor, em todas as pessoas. Os partos que eu faço, também, graças a Deus, tudo é normal. As pessoas me olham, dizem assim: 'Essa, sim, é a parteira boa, sacaca'. Sacaca, na língua dos homens, dos índios, sacaca quer dizer que é um curador de verdade. Do fundo, que cai no fundo. Passa uma semana, um mês dentro da água. Lá ele vara. Pronto, ele... Ali ele tá curando tudo.

Dona Felismina, que “parteja” desde os 22 anos, disse ser tão procurada que não lembra mais quantos partos fez ao longo da vida. Para ela, a pessoa que tem o “dom” “já nasce com aquilo, pra servir o irmão”:

Acho que foi o papai do céu que nos ensinou. Minha mãe era parteira, mas depois deixou. Eu fui prestando atenção porque tinha mesmo de aprender. Eu fiz em mim mesmo. Eu tinha vontade de ser parteira. Foi dom que Deus me deu, porque eu nunca aprendi em escola. Nunca sentei em banco de aula pra fazer esse trabalho. Isso veio em mim porque Deus que me ensinou mesmo. Minha mãe dizia que eu era curiosa pra puxar desmintidura. Aí eu fui naquele jeito de fazer o trabalho. Qualquer pessoa que me procura, aí eu... A mãe também sabia rezar e puxar. Ela era parteira também.

Ao falar que nunca aprendeu “em escola”, que nunca sentou em “banco de aula”, ela está fazendo referência às jovens treinadas em cursos de capacitação de parteiras realizados pelo PSA ou pelas secretarias municipais de Saúde de Belterra e Santarém nos últimos anos. Refere-se, de maneira especial, àquelas que participaram dos treinamentos sem ter tido experiências prévias em “partejar”: “Parteira nova, que são estudadas, mas não têm aquela fé, ainda vêm comigo quando estão aperreadas pra lá. Elas vêm comigo. Eu vou. [...] As que estudaram não é de dom. Tenho uma filha que parece ter dom. Que eu nunca ensinei ela”.

Lino descobriu ter o “dom” aos dezoito anos, quando ainda residia na comunidade Pedreira (situada a jusante da Prainha do Tapajós), onde nasceu. Tudo aconteceu depois de um dia de trabalho na roça. À noite, após chegar a casa dos seus pais, quando já estava deitado, sentiu um “remosso” no corpo que não teve quem o segurasse. Segundo me explicou, “remosso”, além da vertigem que a pessoa sente quando um “bicho” se aproxima, designa, também, um espírito que acompanha o curador e toda pessoa que benze. Deram-lhe uma “surra de pinhão-roxo”, mas não sentiu nada. Foi levado a um curador (não fez referência a qual), que o advertiu para não “descuidar, não deixar de fazer uso do que tinha pra fazer. Puxar desmintidura, benzer e caminhar legal com essas coisas”. Contou que, antes de começar

a “trabalhar”, um curador precisa se preparar com “um curador maior, pra fechar o corpo dele; pra fazer o trabalho. Um que já conhece o trabalho. Vai fazer uma reza pra fechar o corpo. Não pode descuidar disso”.

Gracir, falando sobre sua iniciação como curador, me contou que, com quatorze anos, foi carregado para o “fundo”, onde permaneceu por mais de doze horas. Quando saiu da água, salientou: “nem senti frio”. Sua mãe, preocupada com as visões que Gracir passou a ter, levou-o a um curador, para tratamento. Este disse que ele tinha “dom”, e que os seus próprios “caboclos” lhe ensinariam o rumo a seguir e o que fazer. Desde então, Gracir vem aprendendo com os “espíritos”, as orações, as técnicas de “puxação” e a preparação dos “remédios com plantas do mato”. Atualmente não viaja mais para a “cidade dos encantados” porque “essa viagem cansa” e, devido à idade, já não dispõe do vigor físico necessário para tais deslocamentos. Gracir trabalhou como promotor de saúde da Fundação Esperança durante alguns anos, período em que participou de alguns cursos de capacitação em saúde. Na parede da sala de sua casa há uma placa branca, de madeira, onde está escrito em caixa alta, na cor verde: “Promotor de Saúde”.

A “formação” de dona Gracinha deu-se acompanhando Laurelino Cruz nos seus “trabalhos”. Depois de descobrir que tinha “dom” para curar, ela passou a freqüentar regularmente a casa do seu “pai de consideração”, em Taquara. Acompanhar os “trabalhos” e, assim, “pegar experiência”, resultou de um convite que ele lhe fez. Embora explique ter “pego experiência” com um curador mais velho, admite que o seu conhecimento é algo que lhe pertence desde o nascimento:

Também ninguém aprende com ninguém; é de nascença, de forma agradável. Tem que conhecer pra não prejudicar a pessoa, conhecer se está quebrado ou não. Uma origem que a gente mesmo não sabe. O trabalho sempre é assim. Quase todos os dias eu faço meu trabalho; procuro conhecer a junta do corpo humano pra consertar. É significativo isso daí, é de nascença. Tanto [quanto] benzer: já veio pronto pra aquele trabalho e ninguém pode tirar dele, não.

Qualquer especialista de cura por “dom” não precisa aprender de maneira formal, pois já possui a sensibilidade para o “trabalho de curar”. Uma vez descoberto o “dom”, este “evolui no corpo da pessoa”; esta até pode mudar a “forma de vida, mas não abandona o trabalho se trazer pra esse fim”, explicou Lino. Já aquela pessoa que “não tem dom pra aquilo, nem tenta”, como parece ser o caso das parteiras formadas ou de alguns ACSs. O uso freqüente do verbo aprender no presente evidencia que o aprendizado é um ato cognitivo permanente, envolvendo prática, observação e experimentação; os especialistas de cura

“pegam experiência” sobre técnicas de “puxação”, defumação, formulação de “remédios” com “plantas do mato”, “massagem de gravidez” e como “puxar” ou “pegar” criança no parto. Em outras palavras, essa experiência vai sendo incorporada ao longo dos anos, primeiramente acompanhada por um especialista mais experiente e pela orientação dos “parceiros” espirituais; depois, apenas orientados por estes últimos. Lino, falando sobre o assunto, explicou que o “sacaca não ensina, a pessoa já tem o trabalho no seu corpo. Tem que fazer sozinho”. Ainda de acordo com ele, quando alguém descobre ter o “dom”, “começa o trabalho com aquela segurança que o curador deu pra ele. Trabalha na forma de acompanhamento pra fazer o mesmo serviço que ele faria. Tem que começar a fazer logo o seu trabalho, [pois] se ele [curador que descobriu o “dom”] morre, já está caminhando”.

Cada um desses especialistas de cura possui sua própria oração para cada “tipo de doença”, segundo me disse dona Merian: “Têm várias orações pra puxar, uma pra cada puxador; cada um tem a sua. Não sei nem como é pra mim aprender. Enquanto vai puxando, vai dizendo a oração”. Mesmo que os especialistas de cura sejam ensinados inicialmente por outro especialista mais velho, com o tempo cada um vai reelaborando conforme a experiência, como explicou dona Gracinha:

Eu aprendi, diz a história, da minha autoria mesmo. Porque foi Deus que me deu, né? Isso foi um dom que Deus me deu, porque eu não sei ler. Então eu ando com esse Jesus Cristo no meu colar [pegando no colar e me mostrando], que isso eu não deixo pra canto nenhum. Foi o Deus que deixou pra nós, né?

Há obrigatoriedade de atuar naquilo para o qual se recebeu o “dom”: “Se tiver dom, tem que trabalhar”. Isso vale também para quem “não gosta de trabalhar com saúde, senão ele adoce”. Quem tem o “dom” se “sente obrigado” a tratar das pessoas que o procuram; não pode “descuidar” das suas obrigações. Caso isso aconteça, “o espírito torna a perseguir a pessoa” que, inclusive, pode se transformar, no caso de ele se “invocar no corpo da pessoa”. Sobre a relação entre ter o “dom” e a obrigatoriedade de “trabalhar com saúde”, Lino, falando sobre si mesmo, explicou que o “dom de curar”

[...] pertence a ele fazer mesmo [curar]. Porque se ele não fizer é capaz de perder a mentalidade dele. Tem que consumir as coisas dele. É um espírito. Ele mesmo se invoca no corpo da pessoa e fala numa outra linguagem. Ele tem os parceiros dele. Se ele não fizer, eles vão levar ele, quando não abandonam ele. Sempre é acompanhado por eles. Não é um espírito qualquer; é a fé que ele tem. Nós já traz isso desde de que nascemos, e quando chega o tempo, tem que fazer isso”.

Para ilustrar o que acontece com quem possui o “dom” da cura mas não o desenvolve, algumas pessoas me contaram, em diferentes versões, a história de Mirandolino Cobra Grande. De acordo com Lemoine (2005), esse pajé foi o primeiro guia espiritual de Laurelino, quem descobriu o seu “dom de curar”. A síntese a seguir me foi narrada por Guilherme: Mirandolino residiu no rio Arapiuns até falecer. Era sacaca de nascença, mas “não tinha como atuação aquele serviço” e, por isso, adoecia. Quando a doença atacava, ele ficava transtornado, com força para arrancar uma bacabeira. Algumas vezes, gritava que era uma Cobra Grande; em outras, ficava perturbado e caía na água, onde passava até uma semana, ou entrava na floresta, de onde só retornava depois de alguns dias. Guilherme salientou que Mirandolino “só melhorava quando ensinava remédio e tratava”.

Cravalho (1998, p.171), analisando o caso das recorrentes referências a um homem de uma comunidade rural da Amazônia, morto pelos espíritos por se recusar a ser curador, verificou a permanência, na memória coletiva, de determinados episódios da vida desse homem. De acordo com o autor, a “experiência particular foi transformada em narrativas acerca da natureza do sobrenatural que ainda estão em circulação”, bem como das conseqüências da não-aceitação daquilo que lhe havia sido designado através do “dom”, reforçando, assim, a crença da obrigatoriedade de trabalhar com saúde.

Curadores

Ser afetado pelo “olhar” de um “bicho” pode ser interpretado como indicativo da possibilidade de a pessoa poder tornar-se pajé, cujos sintomas já podem ser identificados durante a gestação, quando a “criança soluça no ventre da mãe”, o que quer dizer que a doença tem caráter iniciático. Maués (1994, p.77) observa que, na comunidade de pescadores em que realizou o seu estudo, o processo de formação xamânica inicia-se com os primeiros sintomas, e a cura não se efetiva totalmente, porque a realização de um tratamento completo “implicaria na perda do dom xamanístico”. Assim, esse agente de cura se caracteriza como um doente com poder de cura, um “médico ferido” (CAPRARA, 1998). Curada, a pessoa ficaria impossibilitada de comunicar-se com os encantados, por ter interrompido o processo de alteração das suas capacidades perceptivas. Pode-se dizer, então, que o próprio tratamento é o início do seu aprendizado.

É através da “oração” proferida durante o seu próprio tratamento que o pajé, o curador, o benzedor, o puxador ou a parteira descobrem se têm ou não o “dom” para curar ou “tratar”.

Em algum momento de suas vidas, esses especialistas passaram pela experiência da doença e do tratamento com um curador, que então identificou o seu “dom” de curar. Assim, “um doente curado com sucesso por um xamã está particularmente apto para se tornar, por sua vez, xamã” (LÉVI-STRAUSS, 1975a, p.208). Nesse sentido, o pajé ou curador é aquele que superou sua doença, ou melhor, aprendeu a controlá-la. Entre os curadores do baixo Tapajós ocorre algo semelhante ao que observou Turner (1980, p.391) entre os especialistas de cura Ndembu, que aprenderam as medicinas e “procedimentos curativos sobre determinadas enfermidades enquanto estavam sendo tratados dela”. Também entre os ACSs, como veremos no próximo capítulo, é possível verificar a passagem pela experiência de uma doença tratada por um curador, oportunidade na qual descobriram ter o “dom” de “trabalhar com saúde”.

No conjunto de especialistas de cura existentes na região do baixo Tapajós, os curadores assumem papel destacado no itinerário terapêutico e na vida cotidiana da comunidade. Embora o termo pajé ainda seja usado em algumas comunidades, especialmente naquelas onde está ocorrendo um movimento de reemergência étnica, ou pelas pessoas mais idosas, ele foi substituído, ou está sendo, pela denominação curador³.

Porém, há um aspecto que diferencia o pajé do curador: o fato de que este último possui a capacidade de entrar em contato com os encantados, espíritos e “bichos”, e também tem visões, mas não viaja aos “encantes”. Quando o pajé está em transe, “invocado pelo bicho”, quem fala é o “espírito do bicho”, e ele, pajé, é considerado uma autoridade para atribuir caráter de verdade àquilo que é falado. Um pajé pode ser invocado pelo “bicho” que atacou uma pessoa ou pelos seus espíritos auxiliares para diagnosticar a doença que aflige quem o procura: “O pajé é aquela pessoa que tem aquele dom, que trabalha com o espírito; aquela pessoa que faz aquele trabalho. A gente chega com o pajé, ele faz um trabalho pra gente — se chama uma seção espiritual. Através dele vêm os mestre”.

Os comunitários foram unânimes em dizer que hoje em dia já não existe mais “pajé sacaca”, este sim poderoso, capaz de também se transformar, adquirir a aparência física de um “bicho” e visitar os encantos do fundo. O último deles, Laurelino Cruz, cujo poder era reconhecido para além da região, inclusive por índios Munduruku, faleceu em 1998.

³ Além da substituição do termo, há, no âmbito das comunidades, uma tentativa de invisibilizar a existência de pajés, que pode ser explicada por motivações históricas. Inicialmente devido às perseguições e à desqualificação de práticas e saberes dos pajés pelos jesuítas; depois, à visita do Tribunal do Santo Ofício ao Grão-Pará (LAPA, 1978) e à perseguição pelos portugueses após a Guerra da Cabanagem (ALMEIDA, 2001); e, mais recentemente, devido à desqualificação das suas práticas terapêuticas promovida pelos agentes modernizadores em saúde, que induz os comunitários, sobretudo os ACSs, a omitirem a sua existência ou a falarem de forma ambígua sobre sua presença e intervenção nos processos terapêuticos.

Totó, sobrinho de Laurelino, residente em Taquara, onde é catequista e organizador dos rituais indígenas (LEMOINE, 2005), explicou que o “pajé sacaca”

[...] Não se junta muito [na hora do trabalho] porque é momento de entrar em contato com os espíritos, para dizerem o que tem que fazer. Eles dizem se pertence a médico. É esse momento que ele tem contato com os espíritos; ele tem contato com os encantados. Só na hora do trabalho dele que ele fica separado do barulho, pra não se perturbar.

Durante o tratamento de “desinvoação de ataque de bicho”, o pajé é invocado pelo “bicho” e quem fala é este, fornecendo orientações para o tratamento e para o comportamento humano em relação ao ambiente natural e sobrenatural. Ao ser acometida pela “doença”, a pessoa que se tornará pajé pode adquirir o ponto de vista do ser que o olhou. Os ribeirinhos dizem que os “donos aparecem” através dele e transmitem um conjunto de conhecimentos sobre o comportamento a ser adotado em relação ao meio ambiente. Ou, nas palavras de um morador, os “bichos ensinam [as pessoas] a conviver com a natureza pegando explicações dele”.

O “dom de trabalhar” com um espírito, que o curador tem, significa que ele pode comunicar-se com os “bichos” e, assim, descobrir se o que a pessoa está sentindo é ou não “mau-olhado de bicho” ou outra afecção de origem não-natural. Sobre essa capacidade dos curadores, Lino explicou: “O espírito que está no corpo da pessoa é quem explica o que tem que fazer. Esse espírito acompanha sempre. Qualquer pessoa que tem esse tipo de serviço é acompanhado por ele”.

Segundo Gracir, os “trabalhos” são realizados em datas previamente estabelecidas ou quando o curador é procurado por um “paciente em estado de emergência”. Ao falar sobre essa situação, ele fez uma analogia com o médico do pronto-socorro, que não pode deixar de atender um caso de urgência senão o paciente morre. Essa atenção dada a quem procura o curador também foi explicitada por Lino: “O curador nunca se separa de ninguém. Ele não vai permitir que ninguém fique sem acolhida. É todo tipo de ser humano. É popular com todo mundo”.

No quatinho onde Gracir recebe e “reza” as pessoas há um conjunto de objetos rituais: duas banquetas de madeira; uma mesinha forrada com uma toalha branca, sobre a qual se encontram várias imagens de santos em diferentes tamanhos, um terço de contas brancas circundando um copo com água e flores, uma tesoura; na parede que fica em frente à mesa há uma pequena prateleira com alguns livros sobre saúde. Esse lugar de consulta e reza constituiu-se num espaço simbólico (MALUF, 2005, p.502).

No “trabalho de cura” realizado por um curador, repetem-se alguns procedimentos básicos. Primeiro, a identificação do lugar onde o paciente estava quando foi “olhado” pelo “bicho” ou quando começou a sentir dor ou febre. Depois aquele profere um conjunto de admoestações sobre as atitudes dos indivíduos ou do grupo em relação ao lugar pertencente ao encantado. No processo terapêutico, o curador reza fumando “cigarro de tauari”, benze e defuma o paciente com o objetivo de “desinvocar o bicho” da pessoa vitimada.

A cura realizada pelo pajé ou pelo curador, ao proporcionar a recuperação individual, possibilita a reinserção do enfermo no seu ambiente social. Porém, mesmo que o processo terapêutico promova a cura, é possível não ocorrer um retorno ao estado anterior à doença, uma vez que a pessoa é introduzida em um novo contexto (RABELO, 1994), que pode ser, como vimos, a sua iniciação nos “trabalhos de cura”, pela descoberta do seu “dom”. O ritual terapêutico possui um caráter cognitivo que confirma noções-chave sobre o mundo, e, assim, na esfera coletiva tanto o pajé quanto o curador têm importante papel social na manutenção da tradição e do código moral (BUCHILLET, 1991, p.29).

Laurelino Cruz

“Esse homem curou muita gente!”, me disseram, repetidas vezes, os comunitários, referindo-se a Laurelino Cruz⁴. Em todas as conversas sobre questões relativas a doença e cura, ele foi citado como sendo o último “pajé sacaca”, “curador poderoso”, “médico da terra que dava prova”, “benzedor muito distinto”. Todos se referiram a ele como sendo capaz de curar qualquer tipo de “enfermidade”, exemplificando com casos de cura que realizou. A partir dos relatos, é possível concluir que todos os moradores com mais de dez anos, residentes nas comunidades próximas a Taquara, foram tratados por ele de algum tipo de doença, inclusive os congregados da Igreja da Paz, mesmo que não admitam ou o condenem.

Laurelino nasceu em 1909, na comunidade Curi, rio Arapiuns. Almeida (2001, p.45) diz que ele era descendente dos Cumoruara, que ocupavam um lugar onde há indicações de ter existido, no século XVII, “uma missão e uma aldeia indígena”. Ainda jovem, com o apoio de um padrinho, mudou-se para Santarém, para estudar, e ali trabalhou como garçom num dos primeiros restaurantes da cidade. Começou a receber seus ensinamentos para formação como

⁴ Existe uma longa entrevista gravada por Florêncio de Almeida Vaz com Laurelino pouco antes do seu falecimento. Apesar das minhas várias tentativas, não consegui obtê-la sequer para ouvir. Soube dessa entrevista através de um integrante do Grupo Consciência Indígena (GCI). Pelas informações que obtive, as fitas estavam nos arquivos da entidade, mas não se sabia exatamente onde. Referências a ela são feitas por Vaz (2008).

pajé por volta de 1928, quando retornou ao Arapiuns, então com dezenove anos. Depois de Mirandolino Cobra Grande, continuou sua formação com Caciano Ribeiro, também do Arapiuns (LEMOINE, 2005).

Em 1930, percorreu o Tapajós em busca de trabalho, morando em várias localidades, inclusive Prainha do Tapajós (LEMOINE, 2005). Entretanto, segundo Elias Serrão, ele passou apenas uma temporada na comunidade, “não morou efetivo”. A fixação de residência em Taquara, em 1932, incorporando-se à família dos “primeiros fundadores”, deveu-se ao casamento com uma das filhas de Manuel Ribeiro dos Santos (ALMEIDA, 2001). E quando sua mulher faleceu, ele casou com uma irmã dela, com quem teve a maioria dos seus “filhos legítimos”. Desde então residiu em Taquara, tornando-se chefe de uma extensa parentela que abrange praticamente todos os moradores dessa comunidade. A maioria dos seus filhos continua residindo ali⁵ — além de Assis, o “cacique”, os três que são curadores, sua filha mais nova, que é parteira “formada”, e Joselito, o “filho particular”, que foi vítima de “ataque de bicho” quando jovem e é ACS da comunidade Paraíso. Laurelino faleceu em 1998 e está sepultado no cemitério da Prainha do Tapajós, num destacado túmulo de alvenaria próximo ao Cruzeiro⁶.

Além da sua reputação na área de saúde, Laurelino foi importante liderança política da margem direita do baixo Tapajós⁷. “O velho tem muita história!”, exclamou Carlos Dombroski⁸ quando o entrevistei sobre a participação de Laurelino no movimento de mobilização para a retomada do STR-STM no início da década de 1980⁹, nas atividades sindicais e na reação à tentativa de retirada dos moradores da Flona pelo IBDF. Era uma pessoa carismática, amada e temida, porque tanto podia “fazer o mal quanto fazer o bem”. Por seu prestígio como “médico da terra”, tinha acesso aos políticos locais, seja porque eles o

⁵ Um deles, Inácio, reside na Prainha do Tapajós, onde sua mulher, agora aposentada, foi professora.

⁶ Quando estive em Taquara, em 2006, dona Felismina interrompeu nossa conversa para mandar uma neta buscar sua bíblia, onde estava guardado um “santinho”, segundo ela distribuído pelo próprio Laurelino quando começou a ficar doente. Em papel já amarelado e um pouco rasgado, num dos lados está impressa a oração de São Francisco e, do outro, a seguinte mensagem: “Havia um homem que vivia numa pequena aldeia na beira de um rio. Era simples, mas muito sábio. Para ele o coração das pessoas não devia se afastar nunca da natureza e nem de Deus, o grande espírito, presente em todas as árvores, rios, igarapés, morros e pedras. Era amigo dos santos e tinha uma devoção especial por Nossa Senhora, a quem pedia ajuda para as cura das doenças do corpo e da alma. Os enfermos que lhe procuravam em busca de harmonia na vida nunca ficavam sem atenção. Conhecia um segredo: a humildade e o amor verdadeiro pelo próximo atrai a felicidade. Ele era feliz. Mas um dia o bom velhinho teve que voltar para o lugar onde as pessoas, os animais e as plantas nunca adoecem e nem morrem. E ele foi, deixando saudade”.

⁷ Tal influência revela que, como xamã, “seu papel como mediador estende-se também ao domínio sociológico, onde ele desempenha um papel tanto importante na cura, quanto nas atividades econômicas e políticas e em outras atividades sociais” (LANGDON, 1996, p.29).

⁸ Presidente do STR-STM entre 1992 e 1996.

⁹ Leroy (1991) apresenta um histórico detalhado do movimento de trabalhadores rurais do município de Santarém para assumir a direção desse sindicato.

procuravam para se tratar, seja porque o tinham como aliado no período das eleições, devido ao seu poder e influência. Sua relação com políticos lhe permitiu obter uma série de vantagens para a sua comunidade, como vimos no segundo capítulo.

A influência de Laurelino pode ser verificada na sua intervenção para que a comunidade participasse das atividades sindicais, estimulando a sindicalização dos moradores — ele fundou, inclusive, uma subdelegacia do STR em Taquara. A sindicalização atendia ao propósito de garantir aos comunitários o recebimento dos “benefícios de saúde” e aposentadoria. Carlos me contou que o “velho”, além de associado, era um “super apoiador sindical”. Laurelino, que também trabalhou na atividade rural, “aposentou com a força do sindicato”, salientou Natanael.

Quando o sindicato realizava reuniões na comunidade, Laurelino “fazia todo mundo ir”. E, segundo Carlos, as reuniões em Taquara eram muito bem organizadas. Após as falas dos diretores sindicais, Laurelino, que era “muito falador e comunicativo”, pedia a opinião de todos os presentes. Além disso, antes do encerramento, fazia seus comentários, criticando ou apoiando o “trabalho de organização” ou as propostas apresentadas pelos diretores. Johnson Ribeiro, “presidente” da Prainha do Tapajós nesse período de mobilização, contou que “ele dava muito valor no sindicato. Ele orientava reunião. Quando o negócio tava errado, ele esculhambava com eles”.

Outro evento importante da história dos moradores das comunidades situadas no perímetro da Flona, que contou com a participação de Laurelino, foi quando eles descobriram que poderiam ser expulsos de suas posses. O “velho Lauro” envolveu-se no movimento de resistência porque também não concordava com o modo como ela foi criada: “por não ser considerado que tinha população dentro”. Ele “fez parte para ajudar a pegar isso de volta”, lembrou Natanael. Ou seja, para garantir o direito dos moradores de continuar residindo nos lugares tradicionalmente ocupados e mantendo seus patrimônios.

De acordo com Natanael, “no período organizativo”, Laurelino, como “economicamente ele era melhor”, por ocasião das reuniões emprestava seu barco a motor, o N. S. Aparecida, para transportar os associados de uma comunidade para outra. Quando não podia emprestá-lo, ele “ajudava com empréstimo” de dinheiro. Nesse momento de muitos conflitos, ele apoiava o sindicato que, confiava-se, resolveria todos os problemas e garantiria os direitos dos trabalhadores rurais. “Ele também tinha essa visão”, revelou Natanael. E, além disso, o “velho” também “apoiava o movimento com as suas orações: “Oração era muito pesada”. Através das rezas, orientava as lideranças, que deveriam ter fé porque ele “rezava para o movimento dar certo”. Sua intervenção através de “trabalhos” visava atingir os

adversários que resistiam a uma solução negociada: “Fazia remédio para afastar ou judiar de pessoa que procurava conflito”.

No contexto do movimento de reemergência étnica no Tapajós, Vaz (2008) afirma que o auto-reconhecimento de Laurelino como indígena estimulou os moradores de Taquara a reivindicarem sua identidade Munduruku, logo após o seu falecimento. Segundo esse autor, “os líderes locais disseram que o falecido em ‘seu leito de morte expressou seu último desejo, que o seu povo lutasse pelo reconhecimento de sua origem’” (VAZ, 2008, p.4). Além disso, a entrevista que gravou com Laurelino passou a ser ouvida pelos moradores, com destaque aos trechos onde ele dizia “ser filho de pais ‘puro índio’” e não se envergonhar dessa condição, criticando aqueles que se envergonhavam de se assumir como índios — por isso, os “filhos do falecido pajé sugeriram aos outros moradores que deveriam se assumir como índios e buscar a demarcação das suas terras. Todos na comunidade aceitaram” (VAZ, 2008, p.4).

Em relação ao seu poder de cura, “Laurelino curava demais”, “pra benzer qualquer tipo de coisa ele era bom”. Os comunitários ressaltaram, em diferentes oportunidades, que, ao procurá-lo, “a pessoa vinha doente e voltava andando”. Entretanto, se ele dissesse que a doença não tinha cura nem com ele nem com médico, a pessoa “não escapava mesmo”. Outro aspecto bastante enfatizado refere-se à sua capacidade de prever antecipadamente a chegada de alguma pessoa: quando ela chegava, ele já estava sabendo que ela o procuraria. Dependendo do caso, o que “pertencia pra ele, ele curava”; se não lhe pertencia, mandava procurar um médico: “Isso aqui não é pra mim, pertence ao médico”.

Atendia pessoas doentes que voltavam desenganadas pelos médicos: “doente terminal”. Nesse caso, indicava o tratamento se considerasse que “tinha jeito”. Todos reconhecem que “ele era seguro no que dizia quando via que a pessoa estava desenganada”. Se “entendesse” que a pessoa doente que o procurava não tinha cura com ele ou com um médico, “a pessoa morria, muitas vezes na baixada [para Santarém]”.

Laurelino freqüentemente era chamado quando uma parteira enfrentava dificuldades na realização de um parto complicado ou quando a gestante não sentia os movimentos da criança em sua barriga. Nesse caso, ele benzia, media e apalpava a barriga para verificar se a criança continuava viva. Para fazer essa verificação, contou-me dona Lira, ele costumava quebrar um ovo na boca da gestante, para ela vomitar: quando vomitasse, se a criança estivesse viva, iria se mexer. Dona Lira, que precisou recorrer a ele numa das vezes em que ficou grávida, pois a criança morreu em seu ventre, salientou que ele, “quando não podia fazer o parto, não fazia, mandava pro médico”. Essa distinção entre aquilo que lhe pertencia e aquilo que “pertencia pro médico”, bem como a sua responsabilidade em respeitar tal

distinção, pode ser verificada no relato da ACS de Tucumatuba, comunidade da margem esquerda do Tapajós, sobre o parto de um de seus filhos:

[...] eu tava perdendo sangue direto. Aí eu comecei a inchar as pernas, tudo; sangrando direto. Aí eu passei... me deu, assim, um problema, tipo dum clamps [eclampsia], aí eu desmaiei; passei quase 48 horas desmaiada. Aí meu marido pegou, me colocou no barco, levou pra lá. Chegou lá, ele rezou em mim. Terminou de rezar, ele não falou nada, chamou meu marido [em] particular e falou: ‘Olha, você vai levar sua mulher agora mesmo pra Santarém, porque o caso dela não pertence pra mim, só é de médico. Porque, se você não levar ela, você vai perder a mulher e o filho’. Aí ele foi, chegou em casa, foi do mesmo jeito. Fretou barco, nós atravessamos, pegamos barco de Itaituba e viemos pra Santarém. Eu cheguei três horas da madrugada em Santarém. Quando foi seis horas da tarde, os médicos me operaram e tiraram a criança, e, realmente, a criança, com dezessete dias depois de ter tirado ela, não resistiu. Ela morreu e eu, graças a Deus, fiquei. Então, como eu digo, que tem muitas coisa que dá muito certo, e ele era uma pessoa que trabalhava com isso; e a gente confiava muito no trabalho dele.

Vários foram os relatos de casos de cura relacionados às perturbações provocadas por “ataque de bicho”, como vimos. Todos foram unânimes em afirmar que Laurelino era um “curador poderoso para os casos de mau-olhado de bicho”. Um senhor, residente em Surucuá, me contou, durante a viagem de barco para essa comunidade, a história de um caçador que foi atingido pelo “olho do bicho”: inconsciente, o caçador foi levado até Laurelino, para ser “curado”, e este, depois de curá-lo, deu-lhe “um rallo”, dizendo que ele “foi mexer com o que não lhe pertence”, referindo-se à “Mãe do mato”, ou seja, a Curupira.

Os relatos indicaram que as práticas terapêuticas usadas por Laurelino foram, ao longo dos anos, compatibilizando dois sistemas terapêuticos — em outras palavras, ele exerceu a intermedicalidade nas suas ações terapêuticas. Quando ficou mais velho, receitava apenas “remédios de farmácia” e abandonou algumas práticas tradicionais. De acordo com Vaz (1997), ele deixou de fazer sessões de pajelança invocando os “companheiros do fundo” porque não tinha mais forças. Na velhice, a cegueira afetou seu “trabalho”, impedindo-o de diagnosticar através do olhar quando incorporava espíritos.

Segundo dona Gracinha, inicialmente ele só usava defumação, banhos, “cigarro” e “remédios com plantas do mato” — sobre as quais tinha grande conhecimento — para tratar quem o procurava. Por muitos anos, ele fez uso do “cigarro de tauari” durante os trabalhos, para defumar as pessoas; entretanto, no final da vida, deixou de usá-lo: “Ele fumava cigarrão; depois ele largou. Ele fazia só particular¹⁰. Tipo médico mesmo. Depois de deixar de fumar,

¹⁰ Fumar “particular” indica o uso de cigarro “branco”, produzido industrialmente.

ele ficou um curador, um médico, só”. Mesmo assim, até o final da vida, continuou benzendo os doentes e “ensinando remédios”.

Muito ressaltado pelos que o conheceram — seja pessoalmente, porque foram “bater em suas mãos”, ou porque ouviram falar —, foi o fato de também receitar remédios alopáticos, “remédios de farmácia”. Receitas que, posteriormente, eram “confirmadas” pelos médicos: “se ele desse uma receita, podia ir em qualquer doutor que era aceita pelo médico”. Quanto a isso, em 2005, a ACS de Tucumatuba me contou que Laurelino havia receitado comital com chá de manjerona para uma criança de sua comunidade diagnosticada como epilética, e que essa pessoa, então com 34 anos, nunca mais havia sentido nada. Outro exemplo dessa complementaridade de diferentes sistemas terapêuticos, pois prescreve “remédios de farmácia”, banhos com plantas de uso medicinal e reza, pode ser verificado numa das “notas” ditadas por Laurelino para o tratamento de um dos filhos de dona Nanda, que ela guardou:

Para o minino da Da Nanda
 2 vidros de Vitamina Lorizene Infantil B12
 1 vidro de Apetiveti em liquido para dá Apetiti na criança mesmo em comprimido Podi Dá
 Banhos para o curpo e do alecrim com folha do Pião Branco a folha caída e amarela i o trevo esquecido em puquinho
 Mandi Reza o minino contra o maolhado

Também Carlos Dombroski, durante uma campanha de mobilização realizada pelo STR-STM em Taquara, foi tratado de uma forte dor de dente com um “remédio” preparado por Laurelino, e um dos ingredientes era um remédio de farmácia. Como presidente do sindicato, Carlos estava percorrendo as comunidades para realizar reuniões, e quando chegou a Taquara estava com muita dor, sem condições de falar. Laurelino lhe disse que faria um chá para tirar a dor e curar o dente. À noite, mandou Totó ir ao “mato” buscar algumas plantas, com as quais fez uma infusão para bochechar e uma outra, para ser tomada com um analgésico. Carlos disse que já estava tomando analgésico havia algum tempo, mas não fazia efeito; após ingerir o “remédio”, “a boca paralisou por um tempo. Entrei em desespero. Ele disse pra não se preocupar. Daí passou, eu fui na reunião. O velho disse que nunca mais eu ia sofrer dor de dente. Nunca mais tive dor de dente”.

No início da década de 1980, Laurelino, então com 79 anos, fez um treinamento para atendente de saúde pela Fundação Esperança. É provável que, depois do treinamento, tenha passado a receitar “remédios de farmácia”. Algumas pessoas, especialmente os ACSs com quem conversei, me disseram que ele, num determinado período, trabalhou em “convênio”

com um médico de Santarém, já falecido, que atendia por aquela fundação: “ele [o médico] também passava junto. Ele era a ponte entre o seu Laurelino e o pessoal da Fundação Esperança. Então, ele era um médico lá do interior que eles [os médicos da Fundação Esperança] confiavam no trabalho dele, o seu Laurelino”. Isso evidencia que, para os ribeirinhos, não há incongruência entre os sistemas biomédico e tradicional.

Laurelino fazia os “trabalhos de tratamento” em sessões realizadas num dos compartimentos de sua casa, onde havia uma mesa com apenas uma vela: “não tinha santo”¹¹. Em casos de emergência (dificuldades no parto, por exemplo), atendia na casa das pessoas que o chamavam, “faziam procuração”. Aqueles com os quais conversei que o conheceram pessoalmente e participaram dos seus “trabalhos”, disseram que durante a “sessão” ele ficava prostrado no chão, falando com a voz do “espírito”: “Os espíritos se invocavam no corpo dele, e falavam”. Dona Lira, que o procurava com regularidade para benzer os filhos, disse que “a benção dele era muito bonita. Todo mundo escutava o que ele rezava”. Durante a sessão, quem anotava a receita — “tirava nota” — que ele ditava para ser “ensinada” aos familiares dos doentes em tratamento era uma “secretária” (a esposa ou alguma das filhas). Somente depois “ele ia ler o que o espírito tinha dito”.

Próximo a sua casa havia uma outra, de palha, para as pessoas em “tratamento prolongado” atarem suas redes, uma vez que algumas permaneciam lá por vários dias. Durante o período sob seus cuidados, as refeições eram fornecidas por ele: “todo mundo comia na mesa dele. Ele garantia tudo”. Quando seu barco estava atracado no cais, em Santarém, o atendimento era realizado num camarote especialmente destinado para o “trabalho”. As pessoas faziam fila para ser atendidas: “Quando o barco estava no porto, enchia de gente”. Vemos que as sessões realizadas por Laurelino, enquanto rituais, ocorriam em tempo e espaço próprios, distinguindo-se da vida ordinária, como sugere Cravalho (1998) em estudo sobre a experiência possessiva entre ribeirinhos de uma outra região do Pará.

Os atendimentos realizados em sua casa não eram cobrados, mas as pessoas retribuíaam na forma de “ajuda” (pequenos serviços, porções de carne de caça, farinha). Ou seja, o pagamento pelo tratamento entrava na lógica das reciprocidades locais. Em Santarém, ou quando aqueles que o procuravam tinham condições, como garimpeiros, políticos ou fazendeiros, ele cobrava. Mesmo na comunidade, quando atendia garimpeiros, e não eram poucos, estes o “gratificavam” com pepitas de ouro.

¹¹ A não ser na casa de Gracir, não observei qualquer imagem de santo nas casas dos curadores, benzedores, parteiras ou puxadores que visitei. Na casa de Guilherme, em Taquara, ele rezou sobre minha cabeça sob o olhar do Jader Barbalho, cujo rosto estava estampado no material de campanha eleitoral de 2006, colado na parede.

Em diferentes oportunidades foram feitas referências aos livros que ele possuía em sua casa. *Onde não há médico* e *Novo tratado médico da família*, este de 1966, são dois dos livros do seu acervo que me foram mostrados, orgulhosamente, por Guilherme. Possuir livros de “medicina”, aos olhos dos ribeirinhos, o enaltecia (e continua enaltecendo) como conhecedor das doenças e das práticas de cura, uma vez que também era familiarizado com os procedimentos terapêuticos da medicina. Por isso, quando receitava, “porque entendia também de remédio de farmácia”, as receitas eram “reconhecidas pelos médicos”. Seu conhecimento sobre doenças e os seus “remédios” advinham dos seus “parceiros” espirituais e das leituras: “bastava olhar no livro”. Segundo Jonhson Ribeiro, “é certo que ele estudava muita medicina. Estudava na casa dele. Tinha livro de tudo quanto era tipo. Ele dava uma benzida e ia procurar no livro o remédio, porque a doença ele já sabia o que era”.

Mesmo sendo um “curador poderoso”, quando adoecia Laurelino procurava “recursos” com quem pudesse “rezá-lo”, mesmo pessoas não reconhecidas publicamente como possuidoras do “dom” de cura. Olinto Serrão, seu “compadre de filho”, era uma dessas pessoas, pois ele também “entendia de remédio” e tinha “reza pra rezar nas pessoas quando tinham dor de cabeça”, me contou dona Nanda no dia em que mostrou as receitas “ensinadas” por ele.

Laurelino, além do “dom de trabalhar com cura” de dona Gracinha, descobriu o “dom” de outros especialistas locais da Prainha do Tapajós e das comunidades vizinhas durante o tratamento realizado “em suas mãos”. Inclusive de Jocenita. Os dados sugerem que a “cura” e a descoberta do “dom” desencadeiam uma série de prestações e contraprestações entre o curador e o “cliente” ou a família deste.

Os comunitários fizeram referências ao estabelecimento de relações de compadrio com Laurelino a partir da cura de um membro da família, através do “batismo de filho” ou da “fogueira”. Convidá-lo para compadre era uma forma de agradecer-lhe pela cura realizada, uma demonstração de “consideração”, bem como de reconhecimento da sua autoridade como pessoa importante na região¹². Arino Farias, afilhado de fogueira de Laurelino e padrinho de um dos seus “filhos de criação”, me contou que o fato de ser seu compadre trazia facilidades na obtenção de atendimento para os “clientes” que ele encaminhava ao curador. Verifica-se aqui o acionamento das relações de parentesco para a obtenção de facilidades no atendimento durante o itinerário terapêutico. Algo que também se repete quando a pessoa procura os

¹² Algumas crianças foram dadas a ele, pelos pais, como “filhos de criação”, algo que também vem ocorrendo com alguns destacados membros da Igreja da Paz, com a diferença de que estes não criam as crianças em suas casas, mas ajudam as famílias. Mesmo assim, são chamados de pai e mãe pelos novos filhos.

serviços médicos nos Postos de Saúde ou hospitais de Santarém ou Belterra através dos “encaminhamentos” fornecidos pelo ACS, figura sobre a qual tratarei no próximo capítulo.

VI AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Abordar o trabalho dos ACSs nas comunidades onde realizei minha pesquisa de campo requer uma breve exposição do surgimento desse sujeito, considerado fundamental na atenção primária à saúde, nos contextos internacional e brasileiro. Ou melhor, situá-lo no contexto das políticas de atendimento primário à saúde enquanto membro de uma comunidade com concepções e práticas sobre saúde e doença muitas vezes conflitantes com as biomédicas. O ACS transita na interface entre o modelo biomédico e o sistema terapêutico tradicional, e entre as políticas públicas implementadas pelo Estado e a lógica política local. Neste capítulo estabeleço o modo como eles, embora inseridos em política públicas implementadas pelo Estado, via ONGs, com apoio de agências internacionais, articulam o modelo biomédico com as concepções e práticas terapêuticas locais, e as políticas públicas com a lógica política local. Nesse sentido, sua experiência pode catalisar e dar visibilidade às “contradições e problemas na relação entre Estado/profissionais/serviços e população/comunidade/usuários” (DAVID, 2001, p.225) no tocante às políticas públicas de saúde, bem como às contradições e problemas existentes entre o sistema biomédico e o sistema terapêutico local.

Alguns autores consideram que a idéia originária dos ACSs foi influenciada pela doutrina de “polícia médica”, criada na segunda metade do século XIX na Alemanha de Bismarck, a qual partia do “pressuposto [de] que ao Estado cabia assegurar o bem-estar e a segurança para o povo, mesmo contrariando os interesses individuais” (VASCONCELOS, 2001, p.85). No Brasil, Osvaldo Cruz, em 1903, na campanha sanitária de combate à febre

amarela, criou as “milícias paramilitares” que, mesmo sem autorização, entravam nas casas da região pobre da cidade do Rio de Janeiro para identificar problemas higiênicos. Essas iniciativas sanitaristas provocaram uma série de reações da população contra o seu caráter autoritário, invasivo e horizontalizado (VASCONCELOS, 2001).

Entretanto, historicamente se verifica que, como sugere Vasconcelos (2001, p.73), políticas mais gerais de âmbito mundial influenciam “a dinâmica da participação popular nos serviços de saúde” em nível nacional, regional e local. Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, idealizada e promovida pela OMS, realizada em 1978, em Alma-Ata, na ex-URSS, coloca-se como marco crítico na postura universalizante do sistema biomédico de saúde. Os princípios acordados na Declaração de Alma-Ata desencadearam, em vários países, um conjunto de medidas visando implementar programas voltados à atenção primária para populações específicas (SILVA; DALMASO, 2002a, b; QUEIROZ, 2003; BAUM, 2007)¹.

O plano “Saúde para Todos até 2000”, definido em Alma-Ata, buscou garantir o acesso universalizado aos cuidados primários de saúde integral através da promoção, prevenção, cura e reabilitação a um custo acessível, bem como o respeito e a colaboração entre representantes das práticas tradicionais e da biomedicina. Além de formalizar o estabelecimento da participação da população na gestão da saúde, abriu caminho para a utilização das medicinas tradicionais nos sistemas de atendimento e reconheceu seus praticantes (SILVA; DALMASO, 2002a, b; QUEIROZ, 2003; LANGDON et al., 2006; BAUM, 2007).

De acordo com Queiroz (2003, p.115), a partir de então a OMS reconhece formalmente os praticantes da medicina tradicional como “importantes aliados na organização e implementação de medidas para aprimorar a saúde da comunidade”. Como foi postulado nas diretrizes daquela conferência, na atenção diferenciada as ações básicas em saúde devem ser prestadas por representantes das comunidades (SILVEIRA, 2004, p.118). Nos documentos da OMS, o ACS é apontado como o principal ator para a “ampliação da cobertura dos serviços de saúde por meio da atenção primária à saúde” (ERTHAL, 2003, p.197). David (2001, p.220), que fornece informações sobre os ACSs e historia seu surgimento, mostra a amplitude do conceito de agente comunitário de saúde nos documentos da OMS, podendo “incluir pessoas com limitada educação, submetidas a um treinamento elementar em serviços de saúde”.

¹ Para uma análise retrospectiva da Conferência de Alma-Ata, ver Baum (2007).

Embora a Declaração de Alma-Ata seja considerada referência na atenção à saúde primária, ações em saúde pública já são ensaiadas, no Brasil, desde o início do século XX. Vasconcelos (2001, p.90) registra que a Fundação Rockefeller ingressou no país, no início da década de 1920, no âmbito de “uma estratégia internacional de controle das doenças transmissíveis globalmente”, estimulada pelos interesses dos Estados Unidos na nossa economia. No tocante à região amazônica, a Fundação começou a atuar na região Norte em 1922, dedicando-se

[...] a campanhas contra a febre amarela e ancilostomíase, [...] mas sua maior contribuição foi a difusão da experiência norte-americana com Centros de Saúde urbanos, que teriam a função de promover e coordenar os serviços médicos e sanitários relativos a uma realidade local específica, mediante atendimento médico, visitas domiciliares, inspeção escolar, laboratório, dispensário, censo de morbidade e investigações. Havia atividades de higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, controle de tuberculose, verminose, etc. (VASCONCELOS, 2001, p.90)

É surpreendente que esse modelo de assistência, com entrosamento de ações curativas e preventivas, já tivesse sua implementação cogitada para a Amazônia no começo do século XX. Isso revela que não são originais as ações em saúde desenvolvidas por diferentes agências atualmente observadas.

Como vimos no terceiro capítulo, importantes ações em saúde pública começaram a ser implementadas a partir da criação, em 1942, do Sesp, agência bilateral Brasil/Estados Unidos. Nunes (1998, 2003) assinala que as investigações antropológicas em saúde realizadas por Wagley² a partir desse ano, foram apoiadas pela divisão de saúde e saneamento do Instituto de Assuntos Interamericanos no contexto da Segunda Guerra Mundial. Tais estudos visavam subsidiar o planejamento sanitário na região amazônica e forneceram elementos para a constituição do Sesp.

Para a Amazônia, com o objetivo de suprir as forças aliadas com borracha, a atribuição definida nos Acordos de Washington era pretensiosa. Ou, nos termos estabelecidos, pretendia “o saneamento do Vale do Amazonas, especialmente a profilaxia e os estudos da malária no Vale e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico dessa região” (SILVA; DALMASO, 2002a, p.23). Entre os objetivos sanitários

² Duas passagens do seu livro são explícitas quanto à sua opção pela pesquisa voltada à antropologia aplicada à saúde. Wagley (1988, p.20) sugere que sua contratação se deu porque, “vivendo, a maioria dessa gente, no interior, um antropólogo social, com grande experiência e conhecimento do sertão brasileiro, seria de grande utilidade para o serviço”. Em outro trecho, indica que é “dentro da estrutura da pequena comunidade, que o antropólogo está mais apto a auxiliar o planejador social e o administrador, encarregados da execução de programas de saúde, de reformas agrícolas, de campanhas educativas e de outros esforços destinados a melhorar as condições econômicas e sociais” (WAGLEY, 1988, p.82).

definidos, constava o monitoramento da saúde dos indivíduos e das suas famílias, prevenção e controle das doenças transmissíveis e formação de enfermeiros auxiliares (SILVA; DALMASO, 2002a; CAMPOS, 2006)³.

No livro *Uma comunidade amazônica*, Wagley⁴ fornece algumas informações sobre o Sesp. Segundo ele, “uma das partes mais importantes do programa geral do Sesp era o gigantesco programa de saúde pública na Amazônia brasileira” (WAGLEY, 1988, p.74-75). Entre as instalações construídas na região, cita Postos de Saúde em trinta cidades e hospitais em Breves e Santarém (nesta última, o hospital continua em atividade como pronto-socorro). Na área da educação em saúde, o Sesp desenvolveu atividades pioneiras na região. Entre elas, Wagley (1988, p.76) destaca a criação de “clubes de saúde para crianças das escolas a fim de nelas se inculcarem hábitos higiênicos modernos”. Outro conjunto de ações que continuam sendo repetidas, ainda que reelaboradas pelas agências hoje atuantes, especialmente as ONGs, consistia em usar

[...] folders, cartazes, palestras de médicos, projeção de diapositivos e visitas periódicas das ‘visitadoras’ (nome dado às auxiliares de enfermeiras formadas pelo SESP) [...] para educar os habitantes dentro dos preceitos modernos de higiene e lhes fazer compreender as vantagens do programa de saúde pública. (WAGLEY, 1988, p.76)

A educação sanitária era considerada pelos supervisores do Sesp como atividade essencial para a consecução do programa — a “pedra fundamental”, segundo um deles (CAMPOS, 2006). Wagley (1945 apud CAMPOS, 2006, p.231), ressaltando a importância das ações pedagógicas, escreveu que “o problema da nutrição assim como outros diversos problemas de saúde podem ser melhorados com apropriada educação sanitária”. Smeke e Oliveira (2001, p.121), analisando a atuação do Sesp, salientam a importância atribuída à relação entre exploração das matérias-primas estratégicas e serviço sanitário, que “daria conta de controlar as grandes endemias da região a partir de uma educação sanitária que utiliza técnicas didáticas mais modernas, como grupos, recursos audiovisuais e desenvolvimento de lideranças comunitárias”.

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a), foram as atividades pioneiras da FSesp (a agência nacional sucessora do Sesp) que mais influíram na concepção de diretrizes

³ De acordo com Campos (2006, p.69), a primeira tarefa do Sesp foi “auxiliar na criação de ‘enclaves sanitários’ para proteger as tropas norte-americanas” do aquartelamento em território brasileiro.

⁴ Charles Wagley trabalhou no Sesp, onde foi o primeiro diretor do Programa de Migração, o primeiro diretor da Divisão de Educação Sanitária e também encarregado da distribuição de atebrina, remédio para profilaxia da malária (CAMPOS, 2006). Sobre a presença e atuação de Charles Wagley no Brasil, ver Figueiredo (2004).

orientadoras do Pacs e do Programa Saúde da Família (PSF), especialmente no tocante à figura do ACS. Isso porque as “visitadoras sanitárias”, auxiliares capacitadas durante seis meses por um enfermeiro, embora não recrutadas nas comunidades onde atuavam, “desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos” (SILVA; DALMASO, 2002a, p.27).

O recrutamento de pessoal de nível auxiliar nas próprias comunidades a serem beneficiadas ocorreu, pela primeira vez, em 1976, no âmbito do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass), cuja finalidade era reorientar o modelo de assistência à saúde no país implementando uma estrutura básica de saúde pública em comunidades com até 20.000 habitantes (SILVA; DALMASO, 2002a). No Ceará, em 1987⁵, em decorrência da seca prolongada, o Pacs foi implementado emergencialmente, num contexto de calamidade pública, com duplo objetivo: “criar oportunidade de emprego para as mulheres da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança” (TOMAZ, 2002, p.84). Essa foi a primeira experiência de trabalho em ampla escala com ACSs, escolhidos pela própria comunidade entre aqueles que, de alguma forma, já atuavam na área da saúde (as parteiras leigas, por exemplo).

A avaliação positiva dos resultados verificados no Ceará com o trabalho dos ACSs levou o MS a dar-lhe continuidade, ampliando-o, e a propor a criação do Programa Nacional de ACS (Pnacs), em 1991, cujo objetivo geral era “através dos agentes comunitários de saúde melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre comunidade e os serviços de saúde locais” (SILVA; DALMASO, 2002a, p.51).

Segundo Tomaz (2002, p.85), com a implantação do PSF e a incorporação do Pacs a ele, a estratégia era, “a médio e longo prazo [...] promover atenção básica em saúde para toda população de acordo com os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS”. Nesse novo contexto, o “papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social” (TOMAZ, 2002, p.85). Apreende-se, tanto nos documentos oficiais quanto nos trabalhos que abordam a incorporação do ACS ao sistema de saúde pública, que ele é considerado como “elo”, “ponte”, “mediador”, “tradutor”, “intermediário”, “grande operador”, “canal de

⁵ Segundo Tomaz (2002, p.84), no Ceará ocorreram as primeiras experiências do PSF, em 1994, ano de sua encampação pelo MS “como estratégia de reorganização da atenção básica no país”.

comunicação” e “interlocutor privilegiado”, “articulador” entre os serviços de saúde e a comunidade (GIFFIN; SHIRAIW, 1989; BRASIL, 2000; NUNES et al., 2002; SILVA; DALMASO, 2002a, b; TOMAZ, 2002; SOUZA, 2003; LEVY; MATOS; TOMITA, 2004; KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2006; BORNSTEIN; STOTZ, 2007; MARTINES; CHAVES, 2007; NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2007). Tomaz (2002, p.85), refletindo sobre as expectativas em torno do ACS, considerado por muitos como agente de transformação, com a árdua e complexa tarefa de ser “a mola propulsora da consolidação do SUS”, critica tais concepções, considerando-as como sendo “heroicização” e “romantização” da figura do ACS.

Para Nogueira, Silva e Ramos (2007, p.10), o ACS atua na interface de dois modelos, sendo

[...] um elo entre os objetivos das políticas públicas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Nunes et al. (2002), analisando a construção da identidade dos ACSs, consideram que eles são “híbridos” e “polifônicos”, porque transitam entre diferentes sistemas, saberes, práticas e agentes muitas vezes conflitantes entre si. Martines e Chaves (2007) apontam a sobrecarga de atribuições e as expectativas, tanto por parte da comunidade quanto da equipe de saúde, como causas de vulnerabilidade e sofrimento desse trabalhador, definido por Nogueira, Silva e Ramos (2007) como trabalhador “*sui generis*”.

O vínculo institucional do ACS tem sido objeto de reflexão sobretudo pela precariedade do seu contrato de trabalho com o gestor local. Vínculo institucional, para Nogueira, Silva e Ramos (2007, p.1), “abrange a dimensão jurídica da relação de trabalho e a dimensão administrativa da relação institucional”. Os autores observam que há, na sua relação de trabalho, tensão entre a garantia dos seus direitos sociais de trabalhador e a exigência de uma normatização adequada ao seu pertencimento à comunidade. Como atua como “mediador” ou “elo” entre os “objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos da comunidade”, não trabalha exclusivamente para nenhum dos dois e “não pode estar subordinado hierarquicamente aos poderes de mando típicos da burocracia”. Ainda segundo os autores, a equiparação com os demais servidores da estrutura burocrática municipal poderá provocar ruptura dos laços comunitários, fundamentais para assegurar a sua participação na

gestão do modelo. É nesse lugar intermediário e conflitivo que o ACS atua como um trabalhador/comunitário “híbrido” e “polifônico” (NUNES et al., 2002).

Com a promulgação da Lei nº 10.507, em 10 de julho de 2002⁶, o Estado brasileiro reconheceu a profissão do ACS, a ser exercida no âmbito exclusivo do SUS, desenvolvendo atividades definidas no artigo 2: “prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local deste”. No artigo 4, estabelece que o ACS “prestará os seus serviços ao gestor local do SUS mediante vínculo direto ou indireto”. Entretanto, o que se observa é sua precária relação de trabalho em praticamente todos os municípios brasileiros; eles permanecem na angustiante expectativa de renovação dos seus contratos temporários. Em relação ao treinamento dos ACSs, os objetivos são os seguintes: capacitar agentes para trabalhos de primeiro nível de atenção à saúde; garantir a integração do trabalho do agente com a equipe do Posto de Saúde; fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade; ampliar o acesso à informação sobre saúde; atuar em conjunto com a organização comunitária em relação às questões de saúde (NOGUEIRA; SILVA; RAMOS, 2007). A partir da publicação dessa lei, o MS passou a estabelecer o conteúdo programático dos cursos “necessários à adaptação da formação curricular” dos ACSs. Cabe observar que os cursos de formação, predominantemente de caráter biomédico, constituem espaços de contradição e conflito entre a “racionalidade” biomédica e o conhecimento cotidiano (DAVID, 2001) — tensão observada na condenação dos “tabus” durante os cursos de capacitação dos quais os ACSs do Tapajós participaram. Havia, nesses cursos, a desqualificação das concepções e práticas terapêuticas tradicionais, e um esforço para “secularizar” os agentes a fim de legitimá-los diante dos outros profissionais de saúde.

ACS no Tapajós

Em Belterra e Santarém, o ACS é considerado, pelo poder público municipal e pelas ONGs, fator fundamental para a implementação de programas de atendimento diferenciado em saúde para a população ribeirinha na região do interflúvio Tapajós, Arapiuns e Amazonas. Para a ACS de Pinhel, o “ACS é linha de frente, porque é ele que se depara com a situação”. Os próprios ACSs reconhecem sua importância para o funcionamento do sistema,

⁶ Essa lei foi substituída pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Como esta última não surtiu efeito jurídico durante o período da pesquisa de campo, não será aqui abordada.

especialmente por se encontrarem cotidianamente na comunidade. Entretanto, apontam uma série de dificuldades para a realização do trabalho de forma satisfatória, isto é, para cumprir o que lhes é exigido pelo Pacs e atender as demandas dos moradores das comunidades.

Na região Norte do Brasil, a implantação do Pacs e a posterior seleção dos agentes se deu em caráter emergencial, para fazer frente à epidemia de cólera que se abateu sobre a região entre 1991 e 1992 (SILVA; DALMASO, 2002a; SOUZA, 2003). Contudo, a municipalização do programa em Santarém se deu em outubro de 1995 e em Belterra, em 1997. Inicialmente, foram incorporados os agentes da cólera contratados por ocasião da epidemia e, posteriormente, foram sendo selecionados outros, indicados pelas próprias comunidades. Muitos deles já haviam atuado como voluntários de saúde capacitados pelo MEB, pelo PSA, pela Igreja da Paz, pela Fundação Esperança e pelas pastorais da Saúde e da Criança, da Igreja católica.

Em relação ao processo de seleção, as pessoas indicadas pelas comunidades precisaram fazer uma prova escrita e uma entrevista. Na prova escrita, segundo informações dos ACSs com quem conversei, eles responderam questões relacionadas aos seus conhecimentos básicos sobre saúde; nas entrevistas foram questionados sobre a sua participação na vida comunitária.

Embora o trabalho do ACS no âmbito de políticas públicas tenha se iniciado somente na segunda metade da década de 1990, existem algumas experiências anteriores que merecem ser mencionadas, uma vez que muitos dos que estão atualmente em atividade vivenciaram-nas como voluntários. No município de Santarém, o MEB incorporou, na década de 1960, noções de educação popular em saúde. Essas noções surgiram na esfera do campo religioso da ação pastoral da Igreja católica através das pastorais da Saúde e da Criança, que treinaram membros das próprias comunidades⁷ — pastorais que, nos últimos anos, reduziram sensivelmente sua presença nas comunidades. Na década de 1990, a Igreja da Paz também treinou congregados nas práticas de atendimento à saúde, muitos dos quais continuam atuando como ACSs em diferentes comunidades. Esse vínculo com uma instituição religiosa ou a dimensão religiosa mantêm-se presente no cotidiano, independente da confissão a que pertencem aqueles que atuam na área da saúde comunitária (DAVID, 2001, p.224).

Em 1976, a Fundação Esperança começou a atuar em Santarém, nas áreas de organização comunitária e políticas de saúde pública. Então vinculada à Igreja católica,

⁷ Nogueira, Silva e Ramos (2007) informam que em outras regiões do país os ACSs passaram por experiência voluntária anterior em outras instituições, como, por exemplo, a Pastoral da Criança. David (2001, p.218) coloca que a formação e utilização de ACSs começaram, “no Brasil, de iniciativas de organizações religiosas, católicas [...]” no âmbito das Comunidades Eclesiais de Base (CEBs).

priorizou a área da saúde, capacitando agentes locais para trabalhar como promotores de saúde. Posteriormente, os princípios da Declaração de Alma-Ata passaram a orientar sua atuação, como relatou um dos seus diretores, e, assim, foram escolhidas pessoas que exerciam alguma atividade de liderança nas comunidades e que tivessem facilidade de comunicação. Foram selecionadas, especialmente, pessoas que também já exerciam alguma prática de cura, como é o caso de Laurelino e Gracir.

Alguns ACSs relataram ter iniciado suas atividades na área de saúde segundo o modelo biomédico, ingressando como voluntários na Igreja da Paz, na Fundação Esperança ou no PSA, onde fizeram cursos de capacitação. Vários participantes dessas capacitações deixaram de atuar como promotores de saúde ou monitores de saúde, mas continuam aplicando os conhecimentos obtidos, pois, em caso de emergência ou de doença de algum membro da comunidade, são chamados para ajudar no diagnóstico, aplicar injeção e realizar curativos.

A narrativa de Neuton, ACS de Piquiatuba que é congregado da Igreja da Paz, dá um exemplo do itinerário de “capacitação” dos ACSs:

Passei, acho que uns dois anos, fazendo treinamento pela Igreja da Paz, logo que a Igreja entrou. Depois chegou o PSA; aí, quando o PSA chegou também, eles foram pra lá, pro Tapajós, aí começaram como monitor de saúde. Nessa época eu também já trabalhava na Igreja, [e] também foi pro PSA. Passei acho que mais de dez anos junto com o PSA, sempre fazendo treinamento também como monitor de saúde, trabalhando já como monitor de saúde. Trabalhava voluntariamente mesmo, assim, só mesmo pegando experiência. Depois, quando Belterra tornou cidade, aí ela... fui chamado pra fazer uma prova lá, pra ser agente de saúde. Eu tava, nessa época, aqui em Santarém, fazendo um treinamento pelo PSA. Aí eles me levando lá, pra fazer também junto, porque vieram quatro lá de Piquiatuba, comigo eram cinco; pra gente fazer as prova pra ver quem passava pra trabalhar. Eu, nessa época, fiz a prova e passei. Aí foi chamado pra trabalhar, e comecei a trabalhar. Passamos seis meses de experiência trabalhando ainda como serviço voluntário, depois a gente passou a ser contratado pela prefeitura. Hoje tou com oito ano trabalhando como agente de saúde, mas já trabalhava há muito tempo lá, pela Igreja, e depois pelo PSA; e depois, agora, pela Secretaria de Saúde. Fazia parte e até hoje faço parte da Igreja da Paz.

Chama atenção o fato de Neuton também ter sido “atacado por um bicho” quando jovem. Embora não tenha feito referência à descoberta do “dom de curar”, é possível que tenha passado pelo tratamento de “desinvocação”, no qual pode ter descoberto o “dom para trabalhar com saúde”, como parece ser generalizado entre os especialistas de cura e entre muitos ACSs que atuam na região do baixo Tapajós. De forma análoga aos especialistas de cura tradicionais, embora não recorram aos espíritos guias ou às orações, os ACSs “foram pacientes, que aprenderam primeiramente as medicinas e procedimentos curativos de uma

enfermidade determinada enquanto estavam sendo tratados dela” (TURNER, 1980, p.391). Ter o “dom” parece ser uma explicação para uma maior ou menor dedicação ao “trabalho”, pois “tem ACS que não tem tanto amor quanto outros”.

Os próprios ACSs são fontes importantes para compreender como eles articulam as concepções locais sobre saúde e doença com aquelas fornecidas pela biomedicina. Eles vivenciam a experiência híbrida, portanto ambígua, de atuar segundo o modelo biomédico simultânea ou alternadamente com as concepções e práticas terapêuticas tradicionais; atuam transitando entre as perspectivas cosmológica e científica sobre saúde, doença e cura, e, na sua atuação, “múltiplas visões de mundo podem coabitar sem se contradizer” (DESCOLA, 1999, p.122). Analogamente ao xamã, cabe ao ACS, em certas circunstâncias, “interpretar o inusitado, conferir ao inédito um lugar inteligível, uma inserção na ordem das coisas” (CARNEIRO DA CUNHA, 1999, p.227), uma vez que, por sua trajetória pessoal de doença, tratamento, seleção, capacitações, viagens, contato com diferentes agentes, ele tem a possibilidade de olhar de diferentes maneiras (VIVEIROS DE CASTRO, 1996). Embora isso, muitas vezes, dê alguma “dor de cabeça”.

Considerando os vínculos dos ACSs com a Igreja da Paz, com o PSA e com a Igreja católica, pode-se dizer que, embora orientados e capacitados para atuar no âmbito do modelo biomédico, eles transitam na confluência de “discursos concorrentes, que disputam sentido no campo da saúde” (GARNELO, 2001, p.243). Também é possível dizer que “essa polissemia discursiva dos atores sociais [...] [remete a] diferentes formas de entendimento da questão saúde”, configurando um mercado simbólico onde o moderno e o tradicional disputam poder para “legitimar sua própria visão de mundo e práticas sociais” (GARNELO, 2001, p.244).

Nas comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós, os ACSs possuem papel destacado, sobretudo por controlarem bens simbólicos que lhes conferem poder e prestígio (a guia de encaminhamento para consultas nos Postos de Saúde de Belterra ou Santarém, por exemplo). Além disso, fora as atividades relacionadas diretamente à área de saúde, envolvem-se em atividades da vida comunitária — isso quando não entram em conflito com moradores ou lideranças porque não realizam determinados procedimentos. Esse envolvimento é uma das exigências para serem mantidos no cargo, como se pode verificar na série de atribuições que lhes é conferida pelos “regulamentos” das secretarias municipais de Saúde de Belterra e Santarém.

Durante a oficina Saúde Reprodutiva, os ACSs de Aveiro, Belterra e Santarém me mostraram uma folha com o timbre deste último município para que eu visse a “quantidade de trabalho” que deviam desenvolver e, “mesmo assim, não eram reconhecidos”. Isto é,

consideravam que a remuneração que recebem não corresponde ao volume de trabalho que realizam. Embora longa a lista de atribuições — 23 —, é imprescindível transcrevê-la, de modo a permitir uma visão do trabalho que lhes é exigido. São as seguintes: 1. reconhecer a área de atuação; 2. cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência; 3. estimular continuamente a organização comunitária; 4. participar da vida da comunidade, principalmente através das organizações; 5. estimular a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população; 6. informar os demais membros da equipe de saúde, da disponibilidade, necessidades e dinâmica social da comunidade; 7. realizar ações de saúde, de acordo com sua capacidade, através de visitas domiciliares, reuniões de grupos ou outras modalidades; 8. acompanhamento de gestantes e nutrízes; 9. incentivo ao aleitamento materno; 10. acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de zero a cinco anos; 11. promoção da cobertura vacinal na sua área de atuação; 12. controle de doenças diarreicas; 13. controle de infecção respiratória aguda (IRA); 14. orientação quanto às alternativas alimentares; 15. utilização da medicina popular; 16. promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente; 17. registrar nascimentos, óbitos ocorridos, doenças de notificação compulsória e desenvolver ações de vigilância epidemiológica; 18. atuar no controle de endemias locais; 19. realizar ações de proteção à saúde do adulto e do trabalhador; 20. encaminhar às unidades de referência os casos que não puderem ser resolvidos na comunidade; 21. orientar a comunidade para a atualização adequada dos serviços de saúde; 22. fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde; 23. registrar as atividades desenvolvidas no seu trabalho, encaminhando o relatório à coordenação municipal do programa.

Tais atribuições correspondem, em linhas gerais, às indicadas na Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, do MS, e ao conteúdo do programa do Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde elaborado pelos coordenadores nacionais do Pnacs, e servem como roteiro aos Pacs municipais (SILVA; DALMASO, 2002a). Mais que indicar atividades a serem realizadas, o elenco de atribuições tem um significado mais amplo: segundo Silva e Dalmaso (2002a), o programa, ao organizar o trabalho, definindo conteúdos e formas de agir, estabelece também o modo de interação do ACS com as famílias. Entretanto, isso ocorre de acordo com o modelo biomédico de atendimento individual, embora seja atribuição do ACS desenvolver ações de caráter coletivo (BORNSTEIN; STOTZ, 2007).

Os ACSs são contratados e supervisionados pelo poder público municipal através da Secretaria Municipal de Saúde, e atuam no âmbito do Programa Saúde na Floresta, que integra o Programa de Saúde Comunitária do PSA. Segundo dados obtidos no sítio eletrônico

do PSA, este visa implementar um conjunto de infra-estruturas de higiene e saneamento básico em 143 comunidades ribeirinhas do Arapiuns e do Tapajós, entre as quais Prainha do Tapajós, Prainha, Itapaiuna e Paraíso. Taquara inicialmente recusou sua presença, por estar reivindicando o atendimento pela Funasa, uma vez que seus moradores se consideram indígenas. O Programa Saúde na Floresta, iniciado em agosto de 2003, é financiado pelo BNDS (CEAPS/PROJETO SAÚDE & ALEGRIA, 2006).

Entretanto, cumprir o conjunto de atribuições que lhe é conferido pelo poder municipal e pelo PSA exige dos ACSs um esforço pessoal e familiar muito grande, pois têm que dar conta das suas atividades como trabalhadores da saúde, atender a própria família, cuidar das suas roças, participar das reuniões comunitárias, dos cursos de capacitação e dos encontros mensais com o coordenador do Pacs no município. Recorrentemente, eles comentavam que cuidavam da saúde dos outros mas não tinham tempo para cuidar da própria e a da família. “Para trabalhar com saúde é preciso ter saúde”, diziam. Eles vivem o dilema de serem comunitários, usuários do sistema e atuarem na área da saúde. Essa situação implica vulnerabilidade a sofrimento e a riscos⁸ decorrentes do cotidiano de trabalho. Os ACSs vivenciam uma série de situações contraditórias na sua atividade cotidiana, e “as tensões envolvidas no processo de trabalho e as respectivas ações e desempenho profissional certamente afetam a [sua] qualidade de vida” (MARTINES; CHAVES, 2007, p.28).

Um problema destacado por todos foi o fato de, em muitas ocasiões, custearem o próprio deslocamento, seja na própria comunidade, seja de uma comunidade para outra, quando atendem mais de uma — vários são os casos em que um ACS atende até três localidades. Esses deslocamentos requerem a posse de uma canoa quando precisam atravessar um igarapé ou um barco com motor rabeta no período de cheia. No caso de não possuírem, precisam pedir emprestado e, quando não recebem a sua cota mensal de combustível, têm que custeá-lo pessoalmente.

Como não há cronograma de visitas, e talvez isso nem seja possível devido à dinâmica da vida cotidiana, às características ambientais, aos compromissos pessoais e profissionais dos ACSs, muitas vezes as visitas domiciliares não ocorrem com regularidade⁹. Frequentemente, as famílias a serem visitadas encontram-se trabalhando no “centro” ou em

⁸ É de conhecimento de um grande número de ACSs o caso de uma agente que foi vítima de estupro quando percorria o “ramal” entre uma comunidade e outra para realizar as visitas domiciliares.

⁹ Alguns profissionais da saúde admitem que os dados registrados nos formulários não expressam a realidade. Suspeitam que sejam preenchidos sem que as atividades tenham sido realizadas apenas para serem entregues ao supervisor, evitando assim cobranças ou reclamações.

viagem à cidade ou outra comunidade. Estar “pro centro” parece ser uma forma velada de indicar a recusa em receber a visita do agente ou de qualquer outro visitante indesejado.

Os ACSs reclamam que os moradores lhes cobram o pagamento da passagem dos barcos de linha que os levam a Santarém ou à comunidade de Aramanaí, onde pegam ônibus ou a ambulância para Belterra, para realização de consultas ou atendimentos de emergência. Seu salário é visto, pelos comunitários, como destinado ao pagamento do transporte e à compra de remédios, pois entra na lógica da reciprocidade entre parentes, compadres ou vizinhos residentes nas comunidades onde atuam.

A aceitação da intervenção do ACS na vida familiar está condicionada, em grande medida, às suas relações de parentesco com as diferentes famílias que compõem a comunidade, e conflitos interfamiliares implicam em rejeição ou críticas ao seu trabalho. Tais conflitos entre famílias podem ocorrer por diversos motivos, mas o ACS acaba por ser alvo da desavença e o seu cargo passa a ser disputado. Desavenças ou disputas com lideranças comunitárias também são apontadas como obstáculo para a realização do seu trabalho. Uma liderança questionada pode estimular seus parentes a mobilizar esforços para afastar um ACS, acusando-o de negligência, por exemplo. Também a religião do ACS ou seus vínculos com as práticas tradicionais interferem nessa aceitação, pois, segundo explicou uma ACS, a “aceitação das orientações depende da religião da pessoa da comunidade”. Isso não apenas em relação aos procedimentos terapêuticos ou às campanhas que envolvem o uso de preservativo. Joselito, ACS de Paraíso, designado para atender também Tapuama e Jatuarana, encontrava dificuldades para realizar o trabalho nesta última, onde os moradores são, em sua maioria evangélicos. Outra razão para evitarem suas visitas ou dificultarem seu envolvimento em atividades comunitárias deve-se ao fato de uma das filhas do chefe da família extensa que constitui a comunidade não ter sido aprovada na seleção. Essa família mantém a expectativa de uma oportunidade para assegurar uma vaga no programa para um dos seus membros.

Mas suponho que outras razões se acrescentem a essa: além de ser “filho particular” de Laurelino Cruz, na adolescência ele foi “atacado por um bicho”, e talvez a comunidade, cujos moradores são evangélicos, rejeite-o também por esse motivo, uma vez que a “invocação do bicho” pode indicar um pacto da pessoa com o demônio, pois, para eles, os “bichos” e “encantados” integram a legião de demônios que foi expulsa do Paraíso. Parece que a explicação de Murphy (1958 apud ALMEIDA, 2001) para as hostilidades contra os feiticeiros ou pajés entre os Munduruku se mantém atualizada entre as comunidades tapajônicas. Ou seja, segundo o autor, é “delicado o equilíbrio existente entre crenças religiosas e as relações internas no âmbito das aldeias. É sabido que a posse de um poder hereditário, como o de ser

filho de um pajé, é condição suficiente para ser suspeito potencial” (MURPHY, 1958 apud ALMEIDA, 2001, p.10).

Outro aspecto relacionado à aceitação do trabalho dos ACSs, relatado pela agente de Boim durante um encontro que tivemos no barco de linha, refere-se ao fato de que, segundo ela, “o pessoal do interior quer mais a parte curativa” e, por isso, os comunitários evitam as repetidas visitas domiciliares dos agentes, além de reclamarem que estes não fornecem remédios: “Querem mais remédio que prevenção”. Devido a essa resistência, muitos ACSs ficam constrangidos e não querem mais realizar as visitas domiciliares em algumas casas.

Mensalmente, os ACSs precisam viajar à sede do município (Belterra) para participar das reuniões nas quais devem entregar obrigatoriamente, aos supervisores do Pacs nos municípios aos quais estão vinculados, os formulários (protocolos padronizados) das atividades realizadas no mês anterior. Tais formulários contêm informações relativas às visitas domiciliares, casos de doenças surgida nas comunidades, sobretudo entre crianças de zero a cinco anos, participação em campanhas de vacinação, oficinas de capacitação e outras atividades relativas à vida comunitária. Há, por parte dos ACSs, grande preocupação com o preenchimento dos dados exigidos no relatório, pois a sua não-observância pode implicar em cobranças ou reclamações públicas durante as reuniões e até o seu afastamento do programa.

Silva e Dalmaso (2002b, p.74) avaliam que o “preenchimento dos dados diários de produção e a contabilização mensal conformariam o seu ritmo de trabalho e o conteúdo básico das visitas”. Além disso, de forma semelhante ao observado por Langdon et al. (2006, p.2642) entre os agentes indígenas de saúde Kaingang da TI Xapecó, de Santa Catarina, os ACSs da região do Tapajós também não visualizam os formulários como “parte do sistema de informação em saúde”. Esses instrumentos de registro de dados são interpretados como mecanismo de “controle por parte do resto da equipe [de saúde] e do gestor” (LANGDON et al., 2006, p.2642)¹⁰. É a “fiscalização do trabalho”, como os consideram os ACSs com os quais conversei.

Cardoso (2005, s.p.), tendo como referência o contexto alto-xinguano, aponta que a organização padronizada das ações em saúde obedece “aos parâmetros da objetividade e da racionalidade” que presidem não só o gerenciamento do modelo mas também a “eficácia clínica e epidemiológica” dele esperada, o que também é válido para a região do baixo

¹⁰ Esses formulários constituem a base do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), e “permitem a avaliação da produtividade baseada em ações individuais e avaliação de indicadores de saúde”, segundo Bornstein e Stotz (2007, s.p.). Esses autores chamam a atenção para um aspecto falho nos relatórios: contemplam as atividades de caráter biomédico e individuais, mas são omissos em relação às ações coletivas, uma vez que não integram os instrumentos de informação.

Tapajós. Por outro lado, a autora observa a “dificuldade da gestão local em incorporar preceitos e intervenções terapêuticas [...] ao planejamento organizacional e ao atendimento clínico padronizado que orientam as ações em saúde” (CARDOSO, 2005, s.p.).

As viagens mensais a Belterra, para reuniões na Secretaria de Saúde, obrigam os ACSs a ausentar-se de casa por um período mínimo de três dias. Tais encontros são designados por eles como “entrega da produção”, numa explícita analogia ao sistema de aviamento, quando a produção de borracha era entregue no barracão pertencente ao seringalista, oportunidade na qual saldavam parcial ou integralmente a dívida contraída com a compra de “mercadorias”. As reuniões na Secretaria de Saúde são coordenadas pelo enfermeiro supervisor do Pacs, e delas participa um(a) enfermeiro(a) ou técnico(a) em enfermagem do PSA.

A enfermeira coordenadora do Pacs de Belterra, quando a entrevistei, demonstrou completo desconhecimento dos princípios orientadores desse programa, alegando que estava no “cargo” havia menos de um ano. A mudança freqüente de coordenadores implica descontinuidade das avaliações e perda da memória sobre as atividades realizadas. A sua rotatividade explica-se pelo fato de que esses profissionais podem mudar de cidade ou mesmo de estado em busca de melhores oportunidades de emprego, ou ser trocados por motivações político-partidárias.

No entanto, nem sempre são realizadas as reuniões para a “entrega da produção”. Em geral, cada ACS entrega seus relatórios em momentos ou mesmo em dias diferentes e, por isso, a avaliação das atividades e a reflexão sobre problemas enfrentados não ocorrem regularmente, como pude observar (e confirmar pelas falas dos ACSs). Num dos dias marcados para a “entrega da produção”, desloquei-me de Santarém a Belterra a fim de participar da reunião mensal. Para minha surpresa, não houve. Alguns ACSs entregaram o formulário no dia anterior, alguns não compareceram e outros, fiquei sabendo posteriormente, apareceram no outro dia. Encontrei apenas Vítor, que tentava obter a requisição para a sua cota mensal de combustível antes do encerramento do expediente da Secretaria.

Outra situação enfrentada pelos ACSs que atuam nas comunidades existentes no perímetro da Flona, que os obriga a ausentar-se de casa por alguns dias, é o fato de que recebem o cheque referente ao seu salário em Belterra mas precisam ir a Santarém para sacar o dinheiro, pois não existe agência bancária na cidade sede da Secretaria de Saúde à qual estão vinculados.

Entre as principais preocupações indicadas pelos ACSs estão as limitações impostas às suas atividades, uma vez que são proibidos de desenvolver algumas práticas terapêuticas tidas como exclusivas de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem ou auxiliares de

enfermagem, como, por exemplo, aplicação de injeção, suturas e curativos. Tais procedimentos são demandados com muita frequência pelos comunitários, especialmente as suturas, devido a “golpes” com facão ou machado.

A sua relação com os profissionais de saúde com formação escolar é tensa, em virtude do corporativismo destes últimos. Observei, entre os profissionais de saúde do PSA e das secretarias municipais de Saúde, atitude de desdém pelo ACS, e atitude submissa deste em relação àqueles. Em várias ocasiões, ouvi os técnicos em enfermagem criticarem os ACSs pela sua falta de compromisso com os objetivos do programa, seja por terem dificuldade de compreender o conteúdo das explicações devido à baixa escolaridade, seja, contraditoriamente, pelo seu envolvimento com a dinâmica cotidiana da vida da comunidade, com seus compromissos e conflitos. Pareceu-me que os profissionais de saúde estavam voltados apenas aos objetivos mais imediatos, contábeis ou diretamente relacionados ao trabalho em saúde de uma perspectiva biomédica, sem considerar as concepções e práticas terapêuticas tradicionais. David (2001, p.225) afirma que entre esses profissionais há “dificuldade em aceitar as formas populares de enfrentar e resolver problemas de saúde”, e que na sua relação com os ACSs ocorre um embate entre o saber popular e o científico.

Para Silva e Dalmaso (2002b, p.76), historicamente “sempre ocorreu uma disputa em termos de jurisdição, de espaço de atuação do ACS com o pessoal de enfermagem, mesmo que ele nunca tenha atuado sob essa jurisdição”. Em relação à legitimidade profissional, Silveira (2004, p.118) verifica sua desqualificação “perante o sistema de saúde e, por extensão, perante a própria comunidade” pelo fato de não terem base no ensino formal em saúde. Como não realizam uma série de procedimentos, são considerados “profissionais” pouco habilitados também pelos usuários. O ACS encontra-se numa situação liminar, e, por não pertencer plenamente a nenhuma das duas esferas, representa perigo para as duas. No contexto do baixo Tapajós, essa situação causa tensão entre os ACSs, uma vez que transitam entre dois universos cognitivos: a lógica cosmológica e a lógica científica. Num esforço de tradutores, eles tentam estabelecer a comunicação entre dois sistemas terapêuticos.

Muitas vezes, eles se recusam a realizar determinados procedimentos porque temem ser processados, pelos pacientes ou seus familiares, em caso de agravamento de algumas doenças, já que os comunitários os vêem como responsáveis pela saúde quando se trata de doenças pertencentes aos médicos. Por outro lado, exigem que eles realizem determinadas atividades, criticando-os quando se recusam a aplicar injeção ou fornecer remédios, por exemplo.

Em 2006, após um dos encontros mensais com o enfermeiro que coordena os ACSs da região do baixo Tapajós que está sob jurisdição de Santarém, houve uma reunião com o presidente do Sindicato dos Profissionais de Saúde¹¹ desse município para tratar da realização de um concurso público, determinado por ordem judicial, para regularizar o vínculo empregatício da figura do ACS com a prefeitura (verifica-se aqui a intervenção do sistema jurídico no sistema de saúde, ao exigir a contratação via concurso público). Uma das questões levantadas pelos ACSs presentes referia-se ao fato de que, nesse novo processo de seleção, os comunitários poderiam ser reprovados, uma vez que ele se pautaria em regras definidas por outros critérios que não os da participação comunitária, podendo, assim, entrar pessoas que “desconhecem a convivência comunitária”. Preocupados com seus empregos, os ACSs usam, como argumento para a sua permanência no programa, o fato de serem membros das comunidades e participarem da vida comunitária, princípios axiais do Pacs e do PSF.

Como o regime de trabalho é regulado por um contrato temporário realizado anualmente, eles se preocupam com a possibilidade de perder o emprego, pois não têm segurança quanto à prorrogação dos contratos ou se serão aprovados num concurso realizado segundo outros parâmetros que não os do Pacs e do PSF. Aqui, a questão levantada por Nogueira, Silva e Ramos (2007) continua sem resposta, mesmo depois da vigência da Lei 10.507/2002: “Como fazer com que o agente comunitário [de saúde] seja contratado pelas prefeituras como servidor efetivo, sem transformá-lo em um burocrata sem vínculo com a comunidade?”.

Durante a reunião, em diferentes momentos da sua fala, o presidente do sindicato comentou que os ACSs não devem se “posicionar” como comunitários, mas como funcionários públicos. Isso porque as pessoas estarão vendo, neles, a prefeitura. Em outro momento, mas com o mesmo sentido, o médico que coordenava o Programa Saúde na Floresta disse que os agentes não deviam se envolver em brigas entre parentes ou privilegiar aqueles com os quais mantinham relações de parentesco ou vizinhança, mas atender a todos indistintamente. A idéia sugere que, como defende Almeida (1994, p.270) para as reservas extrativistas, é “necessário desenvolver instituições de poder local capazes de atuar com equidade, acima das redes de parentesco, vizinhança e clientelismo internas”. Ou seja, ao considerar que os ACSs estão acima dos conflitos locais, desconsideram as idéias e os valores que orientam a sociabilidade existente entre os membros da comunidade.

¹¹ Em 2004, os ACSs de Santarém fundaram uma associação para reivindicar coletivamente melhorias nas condições de trabalho, fornecimento de materiais e equipamentos e custeio regular das despesas com deslocamento — algo somente possível após seu reconhecimento como categoria profissional, que se deu com a promulgação da Lei nº 10.507/2002 (SOUZA, 2003), como já coloquei.

ACS da Prainha do Tapajós

Encontrei Jocenita pela primeira vez em maio de 2005, durante a oficina Saúde Reprodutiva, ocasião em que ela me convidou para visitar sua comunidade. Posteriormente, a vi, nesse mesmo ano, durante uma das visitas da equipe de saúde do PSA a Prainha do Tapajós, quando ali foi identificado um surto de coqueluche. Voltei a encontrá-la em Santarém, em 2006, logo após minha chegada a essa cidade, ocasião em que ela voltou a me convidar para realizar meu “estágio” na Prainha do Tapajós.

Não tê-la referenciado com frequência ao longo deste trabalho não significa que ela não tenha, num certo sentido, contribuído para a sua elaboração. Tive poucas oportunidades para gravar entrevistas com ela, devido aos seus inúmeros compromissos diários, entretanto suas informações apareceram em nossas conversas durante as caminhadas entre uma comunidade e outra. Nas várias visitas domiciliares em que a acompanhei, pude observar seu carinho nos cuidados com as pessoas, especialmente os idosos.

Jocenita nasceu e reside na Prainha do Tapajós, é filha de Johnson Ribeiro, sobrinha de Arino Farias, de Domingos Ribeiro e de Laurelino Cruz. Integra uma parentela com membros residindo em diferentes comunidades e com relações junto ao poder público municipal de Belterra. Quando a prefeitura dessa cidade implantou o Pacs, em 1997, e abriu o processo de seleção para ACS, seu pai, que era o “presidente” da Prainha do Tapajós (tendo sucedido ao irmão, Domingos), procurou o prefeito para interceder em seu favor, para “arranjar uma colocação”.

Antes de “entrar” como ACS, foi “ajudante” de Aílton — um morador que atuou como monitor de saúde voluntário pelo PSA e participou de alguns “treinamentos” que este realizou. Aílton chegou a iniciar um curso de auxiliar de enfermagem em Santarém, que abandonou por falta de condições de custeá-lo. Embora não seja considerado um especialista de cura, é sempre chamado quando alguma pessoa é vítima de “golpe” e precisa de sutura, uma vez que é um dos poucos na comunidade com habilidade para realizá-la. Ele ainda atua no “trabalho da saúde”, como membro da Clis da Prainha do Tapajós, e “ajuda” Jocenita. Em outras palavras; “trabalha em parceria porque teve treinamento do PSA”, e, com ele, Jocenita aprendeu “muitas coisas”.

Ela me contou que foi “atacada de bicho” quando era adolescente e que, no tratamento realizado por Laurelino, este falou, durante o “trabalho” terapêutico de “desinvocação”, que ela tinha o “dom” para “trabalhar com saúde”, devendo, portanto, desenvolvê-lo, sob pena de

algum dia poder voltar a adoecer. Anos depois Jocenita foi novamente atacada por um “espírito”, que lhe disse para dar continuidade ao trabalho da avó, dona Santinha, benzedeira que também “defumava” (era curadora), era parteira e puxadora, que pretendia fazer da neta sua “herdeira”. Como passava mal e não conseguia dormir, os pais experimentaram diferentes processos terapêuticos. Primeiro foram ao Posto de Saúde em Santarém, onde ela recebeu “só remédio pra dormir”. Não apresentando melhoras, foi levada a uma curadora, também nessa cidade, que a orientou a “trabalhar no lugar da vovó”. Mesmo com esses dois tratamentos não melhorou, “só chorava e emagrecia”. Ficava o tempo todo ouvindo a voz da avó dizendo “que ela queria que eu ficasse pra trabalhar pra ela”. Então dona Dalgisa levou-a novamente a Laurelino, que, dessa vez, fez um “tratamento prolongado”, e voltou a repetir que ela devia continuar o trabalho da avó, seguir seu “dom”, caso contrário voltaria a adoecer.

Pode-se apreender, a partir dos relatos de Jocenita, que ela foi levada (“descoberta”) a “trabalhar com saúde” a partir de duas motivações complementares, que se situam no plano cosmológico por transcenderem razões estritamente monetárias ou de prestígio que o cargo representa: o desejo da avó em transmitir-lhe os conhecimentos e o “dom para trabalhar com saúde”, indicado pelos curadores que a trataram. Esse caso mostra como a decisão de ingressar numa atividade vinculada a uma política pública de saúde pode estar orientada por valores e idéias locais fornecidos por esquemas culturais pré-existentes (SAHLINS, 1999).

Dona Santinha, impedida de realizar práticas de cura pelos filhos “convertidos para a Igreja da Paz”, pretendia que Jocenita continuasse o seu “trabalho”; e esta chegou a aprender orações de “puxar” e benzer com aquela. No final da vida, dona Santinha dizia que a doença de Jocenita era um “ataque do [seu] espírito” cobrando para “não parar de trabalhar”. Era sua intenção “deixar” seus “espíritos” para a neta. O verbo “deixar”, neste caso, indica que o “espírito” é um bem passível de ser transmitido via herança.

Jocenita não “puxa”, não benze nem “defuma”, mas encaminha as pessoas a esses especialistas de cura quando verifica que a “pressão e a temperatura estão normais”, após medi-las com aparelhos digitais. Procede assim por respeitar as práticas terapêuticas “tradicionais do povo” — mesmo estas sendo condenadas como “tabus” nos cursos de capacitação dos quais participou nos últimos anos. Interpreto que a decisão de não atuar na área de saúde segundo o “jeito tradicional” se deu não porque o desqualifique ou não reconheça a sua eficácia, mas porque há, na comunidade onde mora e nas vizinhas, vários curadores, benzedores e puxadores mais velhos, inclusive sua mãe, seu tio e os filhos de Laurelino, que realizam esse “trabalho” e têm autoridade sobre ela.

Durante a pesquisa de campo, ela atravessava um conflituoso processo de separação conjugal, que a levou a brigar com a ex-sogra e as ex-cunhadas. Estas passaram a hostilizá-la e a recusar as suas visitas domiciliares mensais, a questionar seu compromisso com o trabalho e a colocar em dúvida seus conhecimentos, embora Jocenita tenha feito uma sutura na perna de Samuel, seu ex-cunhado. Na família do ex-marido, Salmo Santos, a atividade passou a ser realizada por Vítor, de Taquara. Algumas pessoas relacionadas a Salmo chegaram a sugerir sua substituição. Numa ocasião, ela comentou comigo que iria pedir às famílias que estavam recusando suas visitas que escrevessem uma carta dizendo que queriam ser atendidas por outro ACS, que ela entregaria na Secretaria de Saúde, para, depois, não ser acusada de não estar trabalhando.

Até 2004, Jocenita era a ACS de Taquara, mas, como ao todo eram muitas as famílias que atendia, pois era também a ACS de Prainha e Itapaiuna, além da Prainha do Tapajós, isso a obrigava a deslocamentos constantes entre as comunidades, e lhe trazia sobrecarga de trabalho devido as distâncias percorridas a pé ou de canoa. Nem sempre ela conseguia visitar todas as famílias, deixando de cumprir com suas atribuições ou de preencher regular e adequadamente o formulário de visitas que deve ser obrigatoriamente entregue nas reuniões mensais ao coordenador do Pacs do município, conforme estabelece o “regulamento”. Em razão das dificuldades que enfrentava, ela fez um “acordo” com as lideranças de Taquara e Prainha do Tapajós, e ficou combinado que, numa nova seleção para “expansão” do quadro de ACSs de Belterra, deveria haver a designação de um agente para Taquara. Segundo seu pai, tal “acordo foi reconhecido lá em Belterra”. Vítor foi indicado¹² por seu sogro, Assis, para fazer a prova de seleção (na qual foi aprovado) e ocupar a “colocação”¹³.

Vítor mudou para Taquara entre 2000 e 2001 a fim de realizar um trabalho de resgate da “língua indígena”, depois que os moradores dessa comunidade começaram a reivindicar a identidade indígena e a transformação da sua área em “reserva indígena”. A relação de parentesco estabelecida a partir da união com a filha de uma liderança foi condição para a sua escolha como ACS, a qual é outro exemplo de como arranjos internos estabelecidos segundo a lógica política local orientam as escolhas relacionadas à ocupação de “colocações” (cargos) junto ao poder público ou em projetos implementados por outros agentes.

¹² Silva e Silva (2007) verificaram que também entre os ACSs que atuam em seringais de Xapuri, no Acre, as relações de parentesco e forças políticas locais influenciam nas escolhas de quem vai candidatar-se à seleção. Fato também observado por Langdon et al. (2006) entre as aldeias da TI Kaingang de Xapécó, em Santa Catarina.

¹³ Na Amazônia, a categoria colocação expressa uma unidade socioespacial situada no interior da floresta e abrange áreas de seringa nativa, mata virgem, capoeiras, roça e habitação do seringueiro. Durante o ciclo da borracha, esta área era destinada temporariamente ao trabalhador pelo seringalista, “patrão”, para nela exercer atividades extrativas (WAWZYNIAK, 2000).

Com a contratação de Vítor, Jocenita deixou de realizar as visitas domiciliares em Taquara. Não foi possível identificar detalhadamente como foram definidos os critérios para a distribuição das famílias entre os dois, mas alguns aspectos merecem destaque, pois oferecem pistas. Vítor, além das famílias de Taquara, atende também Prainha, algumas famílias do Martanxim e da Prainha do Tapajós — situação que o obriga a longos deslocamentos a pé ou de bicicleta, durante o verão, e de barco, no inverno. Em caso de emergência entre essas famílias, Jocenita continua a ser chamada para realizar o atendimento e providenciar o encaminhamento para o Posto de Saúde. As famílias atendidas por Vítor nas localidades são, em sua maioria, constituídas por congregados da Igreja da Paz. No caso de Prainha, as razões podem ser explicadas pelo conflito entre as famílias. Na Prainha do Tapajós, Jocenita também não realiza as visitas domiciliares entre os congregados da Igreja da Paz, alguns dos quais são seus parentes pelo lado paterno, e aos irmãos e irmãs do seu ex-marido.

No conjunto de atividades desenvolvidas pelos ACSs que atuam na região do baixo Tapajós, verifica-se, parcialmente, um problema apontado por Benevides (2001, p.202) para outro contexto etnográfico: a excessiva normatização do cumprimento de protocolos burocráticos, a verticalização das decisões e as exigências técnicas tensionam o contato dos agentes com a população. É comum que os comunitários recusem ou evitem as visitas domiciliares dos ACSs por considerar que estes repetem sempre as mesmas orientações e os mesmos procedimentos. Jocenita relatou, referindo-se às orientações que precisa “repassar”, que “as pessoas reclamam dizendo que a gente só quer falar, falar”. Isso configura uma reação de insatisfação decorrente da atuação dos agentes em muitos momentos marcada pela influência sanitarista, cobradora de resultados higiênicos e de saúde.

Depois de começar a trabalhar como ACS, Jocenita realizou vários cursos de capacitação. Ela conserva cuidadosamente, numa pasta, os certificados desses cursos, e tomou a iniciativa de me mostrar cada um deles. Também guarda as apostilas distribuídas durante os treinamentos, que consulta quando tem dúvidas ou para manter-se informada. De forma análoga aos livros de Laurelino, as apostilas lhe conferem reconhecimento, por ser “formada” para prevenir “doença de médico” — ainda que isso seja carregado de ambigüidades, pelo fato de que a crença na eficácia do tratamento realizado por quem possui o “dom” prevalece sobre a do que é feito por quem tem formação. Ela também me mostrou um álbum de fotos tiradas durante os cursos, treinamentos e encontros dos quais participou, e contou que, nos encontros, além de trocar experiências e discutir soluções para os problemas enfrentados, os ACSs “recuperam o entusiasmo”. Nessas ocasiões, eles têm a oportunidade de “lavar a roupa suja”, “chegam desanimados, cansados. Depois, como uma família reunida, todo mundo se

motiva pra voltar ao trabalho”. A seguir, com base nos certificados que ela me mostrou, apresento a relação de eventos de capacitação dos quais participou, bem como das agências que os promoveram.

Eventos de capacitação	Promoção	Duração	Ano
Oficina Saúde Reprodutiva	PSA	40 h	2005
Introdução ao Cooperativismo	ProManejo	16 h	2005
Oficina de Capacitação de Parteiras Tradicionais	PSA	30 h	2004
Elaboração de Projetos Sociais	PSA, Fund. Ford	40 h	2004
Oficina de Política Públicas de Saúde	PSA, Fund. Ford		2004
Curso de Monitoramento e Avaliação de Projetos Sociais	PSA, Fund. Ford	30 h	2004
Oficina de Primeiros Socorros	PSA, ProManejo, KfW	16 h	2004
Oficina de Higiene, Saneamento e Construção de Pedras Sanitárias	PSA, Fund. Ford, BNDES/Projeto Saúde na Floresta	24 h	2004
Oficina de Epidemiologia	PSA, Sems, Fund. Ford, ProManejo, Terre des Hommes, Konrad Adenauer	24 h	2003
Oficina: O Meio Ambiente Começa no Corpo da Gente.	PSA, Sems (Santarém, Belterra, Aveiro), STR, CNS/Tapajoara		2003
Seminário de Políticas Públicas	PSA, Sems (Santarém, Belterra, Aveiro), STR, CNS/Tapajoara		2003
Oficina: Saúde Materno Infantil – Vamos Cuidar da Saúde de Nossas Crianças	PSA Terre des Hommes, Fund. Ford, KfW	24 h	2003
Treinamento de Planejamento Familiar	Prof. de Belterra, Fund. Esperança, Pastoral da Criança	20 h	2002
Treinamento de Alimentação Complementar	Prof. de Belterra, Fund. Esperança, Pastoral da Criança	20 h	2002
Treinamento de Aleitamento Materno	Prof. de Belterra, Fund. Esperança, Pastoral da Criança	20 h	2002
Treinamento de Higiene	Prof. de Belterra, Fund. Esperança, Pastoral da Criança	16 h	2002
I Oficina para Agentes Comunitários	PSA, Prof. de Belterra	32 h	2002
Treinamento de Pneumonia	Prof. de Belterra, Fund. Esperança, Pastoral da Criança	16 h	2002
Beneficiamento Primário de Plantas Medicinais	Serviço Nacional de Aprendizagem Rural	40 h	2002

De acordo com os conteúdos indicados no verso dos certificados, verifica-se ênfase no modelo biomédico, com destaque para as informações sobre anatomia humana, especialmente sobre o sistema reprodutivo. Higiene, nutrição e DSTs são outros temas abordados nos cursos, oficinas, seminários e treinamentos.

Merece destaque, entre os tópicos do conteúdo programático dos cursos, o referente a “tabus”. Jocenita havia me contado que durante as capacitações os instrutores recorrentemente condenavam as práticas terapêuticas tradicionais. Entretanto, eu não imaginei que o assunto estivesse formalizado nos conteúdos programáticos, como pude verificar nos certificados: “Tabus alimentares”, “Tabus — aleitamento materno”, “Costumes e hábitos”, “Tabus alimentares durante a pneumonia”, “Tabus no uso do preservativo”. A condenação dos tabus pelas agências é contraditória com o discurso de valorização da “cultura do caboclo ribeirinho”.

De acordo com Jocenita, as orientações “repassadas” pelos profissionais de saúde que ministravam os cursos “é pra dizer que as regras dos antigos não funcionam: ‘Podem comer de tudo. Isso é tabu da antiguidade’”. Ou seja, nos termos dos profissionais de saúde que ministram os cursos, os ACSs devem “lutar contra as histórias da vovó”. Essas orientações também estão presentes no conteúdo das apostilas distribuídas durante os cursos. Quando confrontados com situações nas quais as pessoas se valem das práticas ou concepções tradicionais, são orientados a dizer: “Não existe isso. Isso é tabu”.

Durante a oficina Saúde Reprodutiva, uma enfermeira ministrante explicou que “se o tabu não é quebrado, trazem problemas sérios para quem trabalha na área da saúde”. Isso porque os ACSs, por mais empenhados que sejam, devido aos “tabus e preconceitos” não conseguem alcançar os objetivos definidos pelo modelo biomédico. É preciso, segundo ela, “transformar hábitos nas comunidades” — algo já preconizado por Wagley (1988) no final da década de 1940, quando diagnosticou a substituição crescente das explicações mágicas pelas científicas.

Tomaz (2002, p.86), pensando na formação biomédica, analisou os cursos de formação dos ACSs e chama a atenção para a indefinição de atribuições claras sobre as atividades que eles devem realizar, levando-os a participar de diversos “micro-treinamentos fragmentados dados por diferentes programas, fora do contexto e sem seqüência lógica”. Esses cursos de formação constituem espaço onde se revela a contradição e o conflito entre o saber tradicional e o científico, entre a racionalidade da biomedicina e a “irracionalidade” das práticas terapêuticas tradicionais (DAVID, 2001). Essas idéias, mesmo contrárias às concepções e práticas terapêuticas locais, foram incorporadas ao discurso de alguns ACSs. Uma ACS, explicando sobre as dificuldades do trabalho, disse que “não é fácil trabalhar com prevenção em comunidades que mantêm determinados tabus”.

Entretanto, Jocenita é parente de vários especialistas de cura e foi submetida ao tratamento de uma “doença que não pertence aos médicos”, oportunidade na qual descobriu

ter o “dom de trabalhar com saúde”. Quando falou sobre as orientações para desfazer os “tabus” nos quais os comunitários acreditam, ela salientou: “Eu sou uma que creio nisso. Não posso desfazer o que os antigos fizeram”. Ao se eximir do julgamento moral acerca das concepções e práticas terapêuticas tradicionais, ela possibilita a “ampliação do leque de alianças em defesa dos processos que promovem a vida” (BUCHABQUI; CAPP; PETUCO, 2006, p.34). Além desse aspecto, a sua participação no itinerário terapêutico revela que existe “um fluxo de conhecimento entre discursos biomédicos e etnomédicos” (FOLLÉR, 2004, p.143), isto é, agindo assim ela evita afetar sua relação com a comunidade, o que aconteceria se apenas reproduzisse mecanicamente os discursos dos técnicos de fora (FERNANDES, 1992).

Crença e respeito se revelaram por ocasião da visita que fizemos a Taquara juntamente com sua mãe, à procura de Guilherme, para ele “rezar na cabeça” da Jocenita, que estava sentindo “um peso no corpo”. Como eu pretendia ir a essa comunidade, ela e dona Dalgisa me convidaram para acompanhá-las, numa sexta-feira. Ao chegarmos a casa dele, Jocenita tomou-lhe a benção, dona Dalgisa me apresentou e saiu para conversar reservadamente com ele. Ao retornarem, Guilherme permaneceu algum tempo conversando conosco; depois saiu, chamando Jocenita para acompanhá-lo. Quando voltaram, receitou-lhe um banho e um chá, e pediu que viesse na sexta-feira da semana seguinte. Coincidentemente, no dia marcado eu fui a Taquara com Vítor. Lá chegando, Guilherme me perguntou se Jocenita não estava conosco. Quando respondi que não, sua mulher comentou: “Vai ver ela está nos tempo dela. Não pode atravessar o igarapé”. Posteriormente, soube ter sido esse o motivo, “porque a mulher, nos tempo dela, precisa se guardar”.

Outro episódio que indica existir um “trabalho” conjunto ou complementar entre a ACS e os especialistas locais de cura ocorreu durante a 1ª Olimpíada da Escola Santa Filomena. Jocenita participou como aluna, torcedora dos filhos (também alunos), atleta e ACS, “para qualquer eventualidade” prestar os primeiros socorros. Com ela também participou Lino, na condição de puxador e benzedor, caso algum dos competidores se “desmentisse”. Em várias ocasiões, durante os jogos, quando algum dos competidores contundia-se, observei Jocenita e Lino dirigindo-se até ele, para atendê-lo. Mais de uma vez, Lino massageou atletas para atenuar dores dos “baques”. Inclusive, após as competições, procurada em sua casa, dona Nanda “puxou” dedos das mãos “desmentidos”.

Em Itapuiuna, Jocenita trabalhava em “parceria” com uma das filhas de dona Gracinha. Essa “suplente”, uma “auxiliar” não-remunerada e não-“capacitada”, realizava visitas domiciliares, acompanhava a pesagem das crianças e verificava a pressão arterial dos

hipertensos e idosos na companhia de Jocenita. Quando a ACS “efetiva” não podia estar presente, era a “suplente” quem realizava os cuidados até aquela chegar. A aprendizagem dessa “auxiliar” ocorria quando acompanhava a ACS, que lhe explicava os procedimentos a serem realizados. Havia a intenção de incluí-la no programa de Belterra assim que a Secretaria de Saúde desse município aprovasse novas contratações. Isso garantiria um ACS residente na comunidade e aliviaria o trabalho de Jocenita, especialmente em casos de emergência, quando é preciso realizar um atendimento ou providenciar ou acompanhar uma remoção. Durante minha estada em campo, dois casos de remoção exigiram que ela se deslocasse para outra comunidade.

Num deles, Jocenita foi chamada à comunidade de Paraíso para atender a uma chamada pelo rádio, na qual iria receber instruções da sede do PSA, em Santarém, sobre a remoção de Catarino, de 73 anos, residente em Martanxim, para o Posto de Saúde de Belterra. O recado só chegou no início da noite e, no dia seguinte, ela precisou sair cedo, para atender o rádio. Como a lancha viria buscá-lo no Martanxim ainda no período da manhã, foi obrigada a retornar rapidamente para orientar a família do doente e acompanhar os preparativos para a viagem. Em outra ocasião, Jocenita foi procurada pelos familiares de um garoto que havia ferido gravemente a mão na serra do caititu. De barco, ela foi levada a Itapaiuna para prestar os primeiros socorros e acionar a lancha do PSA em Santarém, para que viesse buscá-lo, bem como a ambulância de Belterra para esperá-lo em Aramanaí, de onde seria levado ao Posto de Saúde de Belterra.

Nesses longos e, algumas vezes, demorados deslocamentos, ela deixava os filhos com a mãe e era obrigada a faltar às aulas na escola da Prainha do Tapajós, onde cursava a 8^o série do ensino fundamental. Além disso, freqüentemente não tinha tempo para realizar os trabalhos domésticos. Cuidar dos filhos, freqüentar a escola, realizar visitas domiciliares, participar das reuniões comunitárias e atender chamados de emergência em três localidades era parte do seu cotidiano. Quando precisa ausentar-se de casa para realizar as visitas domiciliares, conta com a ajuda da mãe, que fica com seus filhos, mas quando esta viaja Jocenita os deixa com a irmã, professora da escola, ou algum outro parente, uma das suas tias maternas, por exemplo. Saulo também fica regularmente com os filhos para que ela possa viajar. Assim, para cumprir suas atribuições de ACS, ela aciona sua rede de parentesco — algo que não é registrado e contabilizado pelo programa.

Numa ocasião acompanhei Jocenita numa visita às famílias residentes em Itapaiuna, mas não encontramos quase ninguém nas casas, pois as pessoas tinham ido para o “centro” trabalhar em suas roças ou fazer farinha. Esse foi um dia, como tantos outros, perdido, porque

ela teria de retornar em outro dia para realizar as atividades. Do ponto de vista da “produtividade” individual, avaliada a partir do formulário, ela vai atender as exigências, entretanto esse dia não será computado nas estatísticas como esforço realizado e dispêndio de tempo.

Nesse dia, a visita a uma senhora de 85 anos, residente em Itapaiuna, nossa caminhada foi interrompida porque caiu uma forte chuva. Ao chegar a essa comunidade, nova pancada de chuva, e precisamos aguardar o tempo melhorar para realizar a visita, e, depois, para retornar. No retorno a Prainha do Tapajós a chuva nos apanhou no caminho. Em outras circunstâncias, a chuva não seria problema, se ela “não estivesse nos tempos dela” ou não precisasse cuidar para que os formulários não molhassem. Sua preocupação com os papéis era evidente. Convém observar que Jocenita, por iniciativa própria, além dos formulários, registra as informações em um caderno grande, de capa dura, onde constam o nome, a idade e o peso (no caso das crianças) das pessoas atendidas por ela ou por sua “assistente”, no caso de Itapaiuna.

Embora alguns façam críticas ao seu trabalho, sobretudo pelo fato de não fornecer remédios ou aplicar injeção, ela é procurada com muita frequência, de modo especial quando se trata de ferimento ou agravamento do estado de alguém já em tratamento médico. Exemplo dessa situação ocorreu com ex-seu sogro, Beijinho, de 82 anos, que desmaiou na estrada para o “centro”. Embora sua mulher e suas filhas estivessem brigadas com Jocenita, esta foi chamada por um vizinho, para verificar a pressão e os batimentos cardíacos de Beijinho. Ele havia tido uma queda de pressão, resultado da interrupção do uso dos remédios receitados pelo médico. Como usa medicamentos controlados, foi preciso “emprestar” alguns comprimidos de uma vizinha, que toma o mesmo.

Outra situação na qual ela se viu obrigada a desrespeitar os limites impostos pela hierarquia dos profissionais de saúde aconteceu poucos dias antes da minha chegada a Prainha do Tapajós, em setembro de 2006, quando Samuel sofreu um “golpe” de machado em uma das pernas, que causou um corte profundo. Como o ferimento era grave e exigia providências imediatas, Jocenita estancou o sangramento e fez uma sutura com linha e agulha de costura. Dias depois, quando o ferimento estava cicatrizado, ela retirou os fios.

Por força das circunstâncias, ela teve que realizar procedimentos que não lhe são permitidos, mas para os quais é procurada pelos membros das comunidades. Entre os procedimentos requeridos por eles, Jocenita, como outros ACSs, salienta a aplicação de injeções, muitas vezes receitadas pelos médicos. Sobre esse impedimento, Jocenita explicou: “O ACS não pode aplicar uma injeção porque não tem capacitação. É proibido por lei. Não pode fazer nada que um auxiliar de enfermagem faz”. Embora existam tais restrições e temam

ser “processados” judicialmente em caso de agravamento da doença, os ACSs, no seu cotidiano, atuam com maior liberdade e autonomia. Mesmo submetidos ao controle e ao modelo da biomedicina, eles não hesitam em procurar “caminhos e estratégias que julgam importantes para lidar com o sofrimento e os problemas de sua gente” (DAVID, 2001, p.229).

Com a entrada em operação do barco Abaré, do PSA, uma nova atividade ampliou o leque de trabalho dos ACSs do Tapajós: foi-lhes atribuída a responsabilidade de organizar e orientar a triagem das pessoas para as consultas realizadas nas comunidades por ocasião da visita do barco. Decidir sobre quem será ou não atendido é uma situação embaraçosa e geradora de conflitos, uma vez que pode resultar em ruptura de relações internas de reciprocidade. Para o ribeirinho, ser excluído da consulta realizada na própria comunidade é motivo de descontentamento, especialmente por critérios estabelecidos externamente e aplicados por alguém da própria comunidade. Como o ACS está na “ponta”, isto é, interage diretamente com a comunidade, da qual é membro, é ele quem sofre retaliações, cobranças, críticas, acusações e, inclusive, ameaças que os outros profissionais da equipe de saúde nem sempre compreendem ou que desqualificam. Esse conflito resulta de uma situação na qual as “ações padronizadas em saúde” colidem tanto com o “princípio de participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde quanto com o pressuposto da integração dos sistemas terapêuticos” (CARDOSO, 2005, s.p.).

Durante as visitas do Abaré ocorridas entre abril e maio de 2007, os ACSs da Prainha do Tapajós, Itapaiuna e Paraíso não se encontravam nas comunidades, para não ter “dor de cabeça”¹⁴ com a triagem. Ausentar-se para evitar “dor de cabeça” não significa negligência, descomprometimento ou descaso, como se poderia pensar, porque a dor de cabeça resulta das preocupações com as exigências do seu dia-a-dia e com os preparativos para a visita do barco e a realização das consultas. Silva e Dalmaso (2002b) observam que os ACSs consideram como “muito pesado” tudo aquilo que se situa no campo das contradições sociais que eles enfrentam no seu cotidiano de trabalho. Jocenita e outros ACSs se queixam de “dor de cabeça” quando são colocados na condição de intermediários entre a comunidade e os profissionais de saúde, sobretudo naquelas situações em que lhes são atribuídas responsabilidades conflitantes com o modelo terapêutico local. Jocenita é cobrada tanto pelos comunitários, que querem fazer as consultas, quanto pela equipe médica, que cobra uma racionalidade segundo o modelo clínico biomédico (MARTINES; CHAVES, 2007) na organização dos atendimentos.

¹⁴ “Dor de cabeça” foi uma justificativa apresentada por várias pessoas que desistiram de ocupar cargos de liderança junto à comunidade, principalmente aqueles criados pelos agentes modernizadores.

Ela também sofre pela série de demandas e críticas nas suas atividades cotidianas. Críticas que, muitas vezes, transcendem a sua responsabilidade, como a de sua ex-sogra, sobre a sujeira da praia, especialmente do óleo derramado pelos barcos que atracam no “porto” da Prainha do Tapajós: “Ninguém toma qualquer providência porque a comunidade não tem mais agente de saúde”. Tais cobranças devem-se, em certa medida, às expectativas criadas pelos profissionais de saúde quanto à abrangência do trabalho dos ACSs.

A angústia da Jocenita ficou evidente durante a visita de uma equipe de médicos do PSA à comunidade Prainha do Tapajós, em 2005, quando foi identificado o surto de coqueluche entre as crianças. A ela foi atribuída a responsabilidade de ministrar, durante a noite, os medicamentos receitados. Sua expressão de temor ficou patente enquanto os médicos lhe explicavam os procedimentos. Ela passou a noite acordada, percorrendo as casas para garantir que todos os “pacientes” recebessem as doses indicadas nos horários prescritos, enquanto os profissionais de saúde da equipe permaneceram no barco, onde discutiram e avaliaram os procedimentos a serem adotados e depois foram dormir.

Na manhã seguinte, durante a avaliação do trabalho realizado durante a noite, ela cobrou maior participação da comunidade e dos membros da Clis no acompanhamento dos casos suspeitos ou constatados, de modo a não ficar sobrecarregada com tantas responsabilidades. Não fez, contudo, qualquer referência à ausência dos médicos, enfermeiros ou técnicos em enfermagem que integravam a equipe. Ela me disse, num momento, com relação à preocupação decorrente da responsabilidade: “a cabeça fica quente e dói”, sintoma semelhante ao de “mau-olhado de bicho”. Silva e Dalmaso (2002b, p.81) e Martines e Chaves (2007)¹⁵ indicam que tensão, ansiedade, solidão, angústia, frustração e desamparo entre os ACSs ocorrem quando eles se sentem pressionados pela equipe de saúde e pela comunidade. Tais sentimentos surgem porque se sentem impotentes para realizar satisfatoriamente as atividades que lhes são cobradas.

A figura do ACS aparece no contexto de um programa internacional de atenção primária à saúde implementado pelos Estados nacionais; entretanto, na sua atuação em nível local ele precisa observar e respeitar o modelo terapêutico tradicional e a lógica política interna à comunidade. Ele atua como mediador entre dois sistemas tidos pelos profissionais de saúde como conflitantes, condição que lhe provoca uma contínua tensão para cumprir suas

¹⁵ Martines e Chaves (2007, p.429) indicam oito categorias de vulnerabilidade ao sofrimento entre os ACSs de uma forma geral: “1) a idealização da própria prática; 2) a vinculação empática disfuncional com o usuário; 3) o registro de informações e burocracia como obstáculos; 4) o distanciamento entre o projeto proposto e sua implantação; 5) o deslocamento da responsabilidade sobre as limitações da resolutividade do PSF; 6) a dimensão de precariedade do modelo de supervisão; 7) relações intra-equipe inadequadas, relacionamento interpessoal conflitivo e 8) compreensão equivocada do trabalho interdisciplinar”.

atribuições (sobretudo apresentar resultados estabelecidos nos objetivos indicados na política pública) e atender as demandas comunitárias.

VII DESCOBERTA E CURA DO PACIENTE

Neste capítulo abordo o itinerário terapêutico dos ribeirinhos do baixo Tapajós, salientando a “descoberta” da doença através da oração e a concepção de que a fé é condição para a cura; os primeiros cuidados em nível familiar e local; o deslocamento fluvial como um momento da trajetória; e a noção de remédio. Também descrevo algumas formas de tratamento e alguns testemunhos de cura divina e, finalmente, faço uma reflexão sobre a idéia de que a biomedicina é o último recurso que eles têm.

Entre os ribeirinhos, o traçado do itinerário terapêutico começa com o “descobrimento do paciente”, expressão que significa que o diagnóstico é realizado inicialmente por um especialista de cura; em sendo constatado que a doença não lhe pertence, ou se não pode ser tratada pelo ACS, o doente é encaminhado para o médico. Consideram ser fundamental a “descoberta da doença”; 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.

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 Langdon (2003), 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.

Tal atitude revela que os ribeirinhos recorrem a uma pluralidade de opções terapêuticas, uma vez que “parece não haver incongruência entre sistemas terapêuticos” (CARDOSO, 2005, s.p.), diferentemente dos profissionais de saúde, que os vêem como mutuamente exclusivos. 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” (LANGDON, 2004, p.45). É ilustrativo desse contexto o itinerário terapêutico de dona Madalena, uma mulher de aproximadamente sessenta anos, residente na Prainha do Tapajós, até o seu falecimento. Além do que presenciei, posteriormente busquei outras informações sobre seu itinerário, inclusive com a médica que a atendeu no Posto 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, na noite anterior ao meu embarque para Prainha do Tapajós, estive no barco para combinar a viagem e perguntar sobre o seu estado de saúde, e fiquei sabendo que continuava grave. Na manhã seguinte, quando cheguei ao cais para embarcar, alguns moradores da Prainha do Tapajós me contaram, consternados, que ela havia falecido durante a madrugada¹. Seu corpo seria levado até a comunidade no Golfinho do Tapajós, um grande barco a motor que começou a fazer a linha Santarém–Paraíso no final de 2006. Decidi viajar nele, embora a maioria das pessoas conhecidas estivesse no Xavier Colares. Por volta do meio-dia, horário da partida, o comandante informou que a família havia decidido levá-la de carro até Pini, pois de Santarém é possível chegar a essa comunidade pela estrada recentemente aberta, e de lá um barco menor a conduziria até Prainha, para ser velada. Quando pensei em também viajar no Xavier Colares, já não era possível, pois, àquela altura, ele já estava lotado.

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, antes disso, as referências a ela consistiam no fato de ser uma das duas mulheres de Moreno Patrocínio. 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 varanda da casa da mulher “legítima” de Moreno.

¹ Posteriormente, soube que praticamente todos os moradores da Prainha do Tapajós, Prainha, Taquara e Itapaiuna que se encontravam em Santarém passaram a noite no hospital.

Dona Madalena residia numa casa localizada no “centro”, onde Moreno passava alguns dias da semana. Foi congregada da Igreja da Paz até ser “expulsa por viver em pecado”, segundo alguns comentários. No seu velório, além dos moradores de Prainha, compareceram moradores do Martanxim, Prainha do Tapajós e Itapaiuna, entre os quais Arino Farias, ministro da Eucaristia da capela católica da Prainha do Tapajós, e Clóvis, que também é pastor da Igreja da Paz nessa comunidade. Enquanto estava sendo velada, os dois leram alternadamente trechos da bíblia, “puxaram” orações e cantos religiosos, encomendando sua alma. Lembro de Arino Farias ter falado que ninguém ali tinha o direito de condená-la, que isso só “cabia a Deus”.

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 dona Dalgisa, sua comadre. 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 negam que ela tenha procurado uma alternativa terapêutica condenada pelos congregados. 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 teve mais jeito”. Devido a sua idade, procurou se valer dos “recursos” terapêuticos que lhe eram familiares e nos quais depositava confiança.

No Posto de Saúde de Belterra, diagnosticaram o seu problema: câncer. Como o Posto 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.

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.

Ouvi, recorrentemente, os comunitários falarem sobre o temor de morrer longe do lugar onde nasceram e onde residem irmãos, filhos e netos. Eu havia observado o medo de ir para o hospital durante as horas em que permaneci na casa de Catarino, no Martanxim, enquanto acompanhava Jocenita, quando ela foi acionada pelo PSA para preparar a sua remoção, de lancha, até a comunidade de Aramanaí, de onde seria transportado por uma ambulância até o Posto de Saúde de Belterra. Esse velhinho entrou em desespero ao ser informado sobre a necessidade de ser removido para o hospital a fim de colocar uma sonda e tratar de uma infecção urinária (identificada no exame clínico realizado por ocasião da passagem do Abaré na comunidade). Ele se recusava a se afastar de casa, pois temia não voltar vivo. Chorando, abraçava sua “filha de criação” (filha de uma das suas enteadas), 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 parentes² — decisão que suscita, entre os profissionais de saúde, atitude preconceituosa, pois a consideram sinal de ignorância do caboclo ribeirinho, que acredita em “tabus” ou pauta suas decisões seguindo valores conflitantes com a orientação biomédica.

Como já apontei, aos primeiros sinais do “ataque” de uma doença, a pessoa busca, na esfera doméstica, identificar de que “tipo ela é”, recorrendo aos cuidados disponíveis nessa esfera, especialmente aos mais velhos. Dependendo da reação ao tratamento caseiro, a pessoa vai sendo encaminhada a outros agentes, cada vez mais especializados e com maior poder para tratar doenças “complicadas”. Na casa da dona Lira, quando alguém fica doente ela trata com “remédio caseiro” e algum “comprimido”, dependendo da queixa da pessoa. Segundo ela, quando não se pode “dar jeito em casa” então procura outro “recurso”: um benzedor, um curador ou “médico mesmo”.

² Durante a pesquisa de campo na Prainha do Tapajós, verifiquei que muitas pessoas residentes em Santarém ou em outras cidades planejam retornar a ela depois de se aposentar. Algumas delas estiveram lá na Iluminação, em 2006, e me disseram que, em alguns anos, as comunidades da Flona serão constituídas por velhos e crianças. Caso isso ocorra, é de se supor que as concepções tradicionais se mantenham, uma vez que caberá aos avós cuidar das crianças, na categoria de “filhos de criação”, tendo, assim, oportunidade de transmitir-lhes muitos dos conhecimentos, valores e concepções dos “antigos”.

É comum, em caso de emergência, mobilizar, simultaneamente, mais de um especialista de cura. Isso porque, como explicou Jocenita, “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 (FOLLÉR, 2004).

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. Chagas, por exemplo, não trabalha em “parceria” com o ACS de Taquara; segundo ele, cada um tem seu próprio “jeito de trabalhar”. Entretanto, há uma negociação na qual o ACS depende da orientação dada 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.

O ACS é mobilizado para “tirar febre” e para “tirar pressão”, e, caso a temperatura e a pressão estejam normais, a pessoa é encaminhada para os especialistas de cura, mas, geralmente, eles são procurados diretamente pelas pessoas. Se eles dizem que a doença pertence ao médico, o ACS é procurado para fornecer a “guia de encaminhamento” para a pessoa ser atendida no Posto de Saúde de Belterra (acreditam que o atendimento no Posto é rápido quando se vai com o “encaminhamento”, porque, lá, os enfermeiros “têm certeza que a pessoa é assistida pelo ACS da comunidade”). Recorrem aos médicos quando, em nível local, o tratamento não surte efeito, pois o ribeirinho não depende “muito do doutor médico; só quando o caso é muito grave o jeito é correr atrás de médico”.

Assim, aos primeiros sinais da “entrada” ou “ataque” da doença, o ACS parece ser quem menos interfere nas decisões que são tomadas então. Isso porque antes de procurá-lo as pessoas seguem suas próprias orientações: procuram os mais velhos no âmbito doméstico, depois recorrem aos benzedores, curadores ou puxadores. A ida ao médico, como vimos, é uma orientação do curador, quando verifica que a “doença não lhe pertence” ou quando, em nível local, “não tem mais recurso”.

Fé e oração no itinerário terapêutico

Para os ribeirinhos, a fé nos procedimentos terapêuticos e nos agentes de cura que os prescrevem e/ou realizam é condição da eficácia do tratamento. Algumas expressões generalizadas e recorrentes confirmam essa idéia: “o que cura é a fé”; “se tiver fé, rapidinho que cura”; “a fé que curou ela [a pessoa]”; “o que vale é a fé de quem se trata”; “com fé no remédio, a ferida sara”. Ao dizerem, recorrentemente, que “o que vale é a fé”, estão indicando que a crença é mais poderosa para a cura que as propriedades terapêuticas dos princípios ativos dos “ingredientes de remédio” (de “farmácia”, do “mato” ou da “terra”) ou os conhecimentos do médico ou do curador, os quais, por si só, não são garantia de eficácia. Em comum, observa-se a crença de que a cura se dá pela fé, tanto de quem reza quanto de quem está sendo rezado; de quem “puxa” e de quem está sendo “puxado” — nesse caso, deve-se ter “fé na mão do puxador”.

Há unanimidade quanto ao poder da “descoberta da doença” através da oração. Como dizem, “tudo reza antes pra saber que doença é”. Outra expressão comum é a de que “através da oração [se] conhece a doença”, pois aquela é “uma coisa muito profunda”. Isto é, aquele que reza precisar ter fé na própria oração, bem como conhecimento sobre as diferentes “qualidades de doenças”. Sobre o lugar da oração no diagnóstico e no tratamento da doença, Chagas me forneceu a seguinte explicação: “Vai rezar a pessoa com aquela fé e descobre o tipo de doença. É um tipo de estudo que a gente faz. Tem que lutar com a memória pra saber o que recebe na oração que vai fazer. Lá, vai saber [também] qual é o remédio que serve pra aquela doença”.

A oração também identifica se o caso “pertence” ao curador ou ao médico. Antes de iniciar a consulta, o curador ou benzedor “faz” a oração para descobrir se a doença lhe pertence ou não. Se lhe pertence, será também através da oração que ele saberá qual o remédio a ser prescrito, “ensinado”. Quando o curador é sacaca, além da oração, também os “bichos”, que se “invocam” nele enquanto está “no trabalho cuidando de uma pessoa”, descobrem qual doença está se “apoderando” dela, especialmente se quem o procurou tiver sido atacado de “mau-olhado de bicho”. Nesse caso, seja doença de médico, seja de “cigarro”, “são os espíritos que dizem”, através da reza. Laurelino, pela oração, “invocava o espírito e o espírito decidia” qual era a doença que afetava a pessoa.

Quando o rezador descobre, “na oração”, que a doença que atacou a pessoa exige poderes ou conhecimentos maiores que os seus, ele a orienta, ou aos seus familiares, para

procurar outro especialista, muitas vezes em outra localidade³. Dona Maria das Neves me explicou sua atitude, nesses casos, através de um exemplo: um dia, ela foi procurada em sua casa por uma mãe, cuja filha, que trazia com ela, estava sentindo dores. Na oração, dona Maria “viu” que a menina estava “assombrada”. Mandou, então, a mulher procurar outro rezador, dizendo: “Não é pra mim”. E concluiu: “Quando não dá pra mim, eu mando pra outro rezador”.

A oração (reza) proferida é um ato terapêutico que, além de possuir poder de cura, define a escolha, fortalece e acompanha outros procedimentos terapêuticos: reza-se para facilitar o parto e para curar diferentes doenças como a “desmintidura”, o “quebranto”, a “esipla”, a “palpitação”, etc. Dona Gracinha detalhou sua explicação: “Vai rezando, vai puxando até chegar na desmintidura; porque tem oração pra curar desmintidura”. Uma dessas orações me foi “ensinada” por ela: “Nossa Senhora do Conserto, conserta esse osso deslocado, esse nervo torcido, carne rasgada”. O puxador repete a oração enquanto massageia o lugar dolorido, durante a “puxação”: “Vai puxando e vai rezando até agasalhar a articulação no lugar”. Conclui e “fecha o tratamento em nome do Pai, do Filho e do Espírito Santo”. Quando o tratamento não resulta em alívio na primeira vez, repete-se a ação, “porque tem desmintidura que tem que puxar duas vezes, que é pro osso chegar no lugar”.

Dona Felismina me explicou que há oração e benzimento para a parturiente ter um bom parto, para dar-lhe força e coragem. Reza-se para desenrolar a criança “quando está com o umbigo no pescoço” e tem uma “reza própria [diferente das outras] pra ajeitar a criança” quando não está na posição correta, com a “cabeça pro nascedor”. Segundo ela, “ajudado pela reza, é rápido pra virar a criança”.

Reza-se, também, para “fortalecer” ou “magnetizar os remédios do mato”, da “terra” ou da “farmácia”, de modo a aumentar sua eficácia terapêutica: “Reza em cima e dá pra pessoa”. Nesse sentido, tendo fé, as palavras ou expressões proferidas possuem poder capaz de ampliar as propriedades terapêuticas dos “remédios”. Pode-se concluir que os ribeirinhos acreditam que a oração é capaz de imprimir mudanças na ordem natural a partir de uma interferência de caráter espiritual.

Cada curador, benzedor, parteira ou puxador tem sua própria oração, aprendida daquele que lhe transmitiu os saberes terapêuticos ou revelada pelos “espíritos”. Como disse uma benzedeira: “cada um tem um jeito de fazer a oração”. Ao longo da vida, com base na

³ Observei esse procedimento em 1994, quando o maquinista do barco no qual eu viajava foi “atraído” pelo Boto, no rio Arapiuns (WAWZYNIK, 2003). Em seu itinerário terapêutico, ele procurou especialistas de cura em Santarém.

“experiência do trabalho” e na fé, cada especialista de cura reelabora sua oração segundo uma releitura individual. De acordo com Lino, essas variações ocorrem porque “a pressão mesmo vai criando”; as orações mudam ao longo da vida do especialista “dependendo da fé que [o curador] vai fazendo com Deus”. A idéia de oração aqui exposta revela algo já analisado por Mauss (1979) em seu estudo sobre a prece. Segundo ele, na prece estão contidos ação e pensamento, e há uma individualização à medida que cada crente cria sua fórmula de solicitações a uma entidade divina, sem, contudo, deixar de ser social por estar relacionada a outros fenômenos coletivos.

Dona Gracinha também me “ensinou” a sua oração para quebrante e “mau-olhado”. Na verdade, conforme salientou, é uma oração “pra benzer qualquer doença”:

Jesus, que andava no mundo benzendo os cegos, os aleijados, os cochos, os leproso, assim eu benzo a cabeça, o corpo, qualquer doença que tiver no corpo da criatura. Vou benzendo. Que não sou eu que benzo; quem benze é Jesus e Nossa Senhora, me acompanha. Com Deus Pai, com Deus Filho, com Deus Espírito Santo eu benzo em cima da cabeça dessa criatura.

Entre os comunitários, recorre-se à oração independentemente da confissão religiosa ou da especialidade terapêutica. Exemplo disso é um acontecimento relatado pela mulher de Elias Serrão, dona Raimunda, congregada da Igreja da Paz que, em anos anteriores, fez um curso de capacitação de auxiliar de saúde para atuar no serviço social da Igreja. Por essa razão ela também é muito procurada por algumas pessoas, em caso de ferimentos. Sobre o poder de cura da oração, ela contou que um dia foi procurada por um pai, que trazia um menino com o “testículo perfurado”. Ao ver o ferimento, verificou que exigia maiores cuidados e ela não dispunha, naquele momento, dos “recursos necessários”, tinha apenas alguns comprimidos de dipirona. Para não deixar o pai “desamparado”, perguntou-lhe se poderia orar pela cura do ferimento e pela recuperação do menino. Com a sua permissão, ela invocou o Espírito Santo e orou. Finalizou sua oração dizendo: “o Senhor já fez sua obra”. Pai e filho foram embora e, depois de três dias, retornaram para mostrar que o ferimento tinha sarado.

Quando os procedimentos terapêuticos adotados em nível local não “amenizam a dor”, é preciso deslocar-se para outras comunidades ou para a cidade, à procura de “recursos”.

Barco: meio e fase do itinerário

Deslocar-se de barco, de uma comunidade para outra ou para a cidade, em busca de tratamento ocorre com frequência, como pude observar em diferentes viagens e ouvir em

vários relatos sobre a busca de tratamento médico na cidade. Na maioria das comunidades, o barco é o único meio para transportar um doente ou uma parturiente à “procura de recurso”, e é comum viajarem passageiros gravemente doentes em barcos de linha. Os comandantes de alguns barcos nos quais viajei relataram que, em algumas ocasiões, houve óbitos e que muitas mulheres grávidas já deram à luz no salão do barco⁴ durante a viagem⁵.

Mas, em caso de emergência, doença “ruim que a pessoa começa a ter passamento” ou em caso de acidente grave, se não é dia de passagem dos barcos de linha as famílias são obrigadas a fretar um barco de algum armador, da própria comunidade ou de uma comunidade vizinha, para transportar a pessoa doente até a cidade. Nessas circunstâncias, a família do doente aciona suas relações de reciprocidade, parentes ou vizinhos, para custear a viagem. Além do pagamento do frete é preciso custear o combustível, o que torna essa opção bastante onerosa.

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. Nas redes, as pessoas, deitadas ou sentadas, vão conversando. Como os passageiros residem em diferentes comunidades, as informações são socializadas ao longo do trajeto fluvial, mesmo entre aqueles não diretamente envolvidos na interlocução.

Em muitas ocasiões, durante as viagens, observei pessoas conversando sobre suas próprias enfermidades ou relatando o estado de saúde de algum conhecido; trocando informações sobre medicamentos receitados pelos médicos para uma determinada doença; indicando plantas medicinais, banhos, rezas, defumações, curadores e benzedores; comentando sobre curas obtidas, atitudes dos médicos, preços dos medicamentos, atuação dos ACSs. Enfim, é longa a lista de informações trocadas durante o tempo em que o barco se desloca em direção à comunidade ou à cidade. Notícias sobre o estado de saúde de qualquer comunitário internado em hospital circula embarcada até chegar à família dele.

Numa das minhas viagens, eu estava deitado em minha rede quando o diálogo entre duas mulheres me chamou a atenção. Remédio foi a palavra-chave para me deixar atento. Uma delas contava sobre uma conversa que havia tido com uma desconhecida em Santarém — enquanto esperava um ônibus —, que lhe indicou o uso de determinada planta, a ser

⁴ Salão é o pavimento coberto do convés, onde os passageiros viajam. Nesse espaço ficam suas bagagens, atam suas redes para descansar, fazem as refeições, conversam, os jovens flertam, etc.

⁵ Em maio de 2005, uma mulher faleceu, durante o parto, num barco de linha entre Santarém e Aveiro.

tomada como chá, pois sofriam do mesmo problema. O uso desse “remédio”, por sua vez, havia sido “ensinado” àquela por outra pessoa, para quem ele foi “um santo remédio”.

Um passageiro, sentindo algum tipo de mal-estar, pode recorrer a algum especialista de cura em viagem para que lhe faça uma massagem, uma “puxação” ou um chá. Pode pedir emprestado, a outros passageiros, um comprimido para “acalmar a dor” enquanto o barco não chega à cidade. Recorrer a “puxadores” embarcados é tão freqüente que, nas viagens que realizei durante a pesquisa de campo, observei passageiros pedindo a eles, mesmo residentes em outras comunidades, que lhes “puxassem”, alegando estar sentindo dor em algum membro do corpo. A “puxação” ocorria ali mesmo no salão do barco, entre as redes, sob os olhares dos outros passageiros. As massagens da “puxação” eram acompanhadas de comentários jocosos, sobretudo quando era um homem mais velho. Nesse caso, era comum dizerem que a “desmintidura” era resultado de um esforço feito quando ele “pegou uma fêmea mais nova”, o que sempre provocava gargalhadas.

Remédios

A noção de “remédio” abrange amplo leque de substâncias ou compostos de substâncias com propriedades terapêuticas, bem como os procedimentos realizados para a cura: chás, infusões, emplastros, banhos, defumações, dietas, resguardos, xaropes, suadouro, compressas, comprimidos, injeções. Alguns possuem tanto função curativa quanto preventiva, e são ministrados após o diagnóstico de uma doença ou para evitá-la (banhos e defumações, por exemplo), dependendo do caso. No uso dos “remédios” observa-se a atuação complementar entre ACS, curadores e benzedores, especialmente na utilização de plantas medicinais, uma vez que os dois últimos “ensinam” e usam os recursos fitoterápicos da flora ou da fauna locais, ou “importados” (folhas de eucalipto, por exemplo).

Para cada doença corresponde uma “qualidade de remédio”, porque “tem doença que é da parte do remédio de farmácia e tem doença que é da parte do remédio da terra”. “Remédio da terra é quase a mesma coisa que remédio do mato”: este é retirado da “natureza da mata” e o da “terra” é cultivado nos quintais, ou pode ser encontrado ao longo dos caminhos. “Remédio da terra não tem mistura, vem direto mesmo”. Uma planta pode ser usada isoladamente ou em composição com outros “ingredientes” como mel, leite, essências vegetais, gordura animal, cinzas de ossos triturados, sangue, sebo, etc.

“Remédios caseiros”⁶ abrangem todos aqueles confeccionados em casa, com “ingredientes da terra” (incluindo espécies da fauna e da flora, plantadas no quintal ou encontradas ao longo dos “ramais”) e “ingredientes da mata” (encontrados no interior da floresta ou comprados na cidade). Esses “remédios caseiros” freqüentemente são ministrados junto com “remédios de farmácia” (adquiridos nas drogarias da cidade, obtidos junto aos ACSs ou emprestados de algum vizinho ou parente), sobretudo a “pílula contra”. Recorrentemente, ao falar sobre remédios, os comunitários salientavam que “todo remédio é abençoado” — mesmo assim, como vimos, eles são “magnetizados” com as orações, para que tenham aumentadas as suas propriedades terapêuticas, sejam eles da “terra”, do “mato” ou da “farmácia”.

Entre os “remédios da terra” cultivados estão mucuracaá, hortelã, boldo, elixir-parigórico, cidreira, capim-santo, gengibre e pinhão-roxo. “Remédio da mata são aqueles tirados da natureza da mata”, como, por exemplo, envirataia, paricá, sucuba, andiroba, copaíba. Na mata existem muitos “remédios”, mas é preciso identificar quais são as plantas de uso terapêutico. Isso, a meu ver, pode ser interpretado como resultante de que o conhecimento delas é domínio dos especialistas, mas não exclusivamente, pois são conhecidas pela grande maioria dos ribeirinhos adultos. Recorrentemente, os moradores da Prainha do Tapajós afirmaram que os “antigos” conheciam muitas “plantas do mato” consideradas medicinais. No caso dos “remédios ensinados pelos pajés”, “só quem fica conhecendo o remédio é a pessoa que vai fazer a consulta, através da receita. Eles fazem a receita e os clientes fazem em casa”, disse Lino. Entretanto, como observei, as informações sobre as aplicações terapêuticas das plantas circulam entre os comunitários. Dona Dalgisa disse que “um vai ensinando o outro, conversando” — como no barco.

Conforme Santos (2000, p.926), na Amazônia as plantas de uso medicinal “representam um importante ponto de encontro entre permanências e rupturas culturais, permitindo a observação de diferentes tradições de uso”. Nesse sentido, continua o autor, “os saberes constitutivos das tradições populares de uso de plantas medicinais incorporam novos métodos de uso de plantas medicinais e novos objetivos para estes usos”. Carneiro da Cunha (1998, p.92) observa que, em diferentes contextos, é recorrente o “saber local se apropriando de marcas da grande ciência para batizar seus remédios caseiros” — caso do chá de elixir-parigórico que dona Nanda preparou para mim quando eu estava com dor de estômago.

⁶ A designação “remédio caseiro”, desconsiderando “remédio do mato” ou “remédio da terra”, parece ter sido introduzida pelos agentes modernizadores na área da saúde.

No quintal, espaço próximo da casa, são realizadas experimentações de cultivo e preservadas espécies da flora, já domesticadas ou em processo de domesticação, de uso alimentar, medicinal, ritual e paisagístico. Eles são considerados pelos etnobotânicos (SABLAYROLLES, 2004) e pelos moradores como “farmácias vivas”, onde também são cultivadas espécies obtidas em viagens, e revelam troca de conhecimento sobre cultivo e uso entre moradores de diferentes localidades. Assim, tais trocas possibilitam, aos ribeirinhos, experimentar soluções terapêuticas para um leque maior de doenças (ESTRELLA, 1994). Alguns quintais podem ser destruídos pelas cheias mais intensas, obrigando principalmente as mulheres a buscarem novas mudas a fim de repor seu estoque de “remédios”. Espécies não encontradas no quintal de uma casa podem ser encontradas no de outra: “Sempre tem alguém na comunidade que planta”. Os “ingredientes” não encontrados nas comunidades são adquiridos nas barracas de vendedores de “ingredientes de remédio” no cais de Santarém (folhas e casca de eucalipto, por exemplo).

Entre as plantas de uso ritual, o pinhão-roxo é uma das mais disseminadas pelas comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós; é encontrado, invariavelmente, próximo a todas as casas⁷. Trata-se de uma “planta” muito usada para defumação e benzimento, juntamente com a vassourinha e o mucuracaá. Por “puxarem muito”, estas são consideradas como os “principais [ingredientes] de uma benzeção”.

Uma ACS me contou que, nos cursos de capacitação, além dos “tabus”, também são condenados, pelos profissionais de saúde, algumas práticas terapêuticas tradicionais e compostos fitoterápicos. Segundo ela, “tem remédio da terra que é reprovado nos cursos”, como, por exemplo, o uso de copaíba no umbigo de recém-nascidos. Depois de um longo processo de desqualificação das práticas terapêuticas locais ao longo dos anos, há algumas ações por parte das organizações que atuam na área da saúde no sentido de estimular o retorno do uso de remédios caseiros pela população ribeirinha. No entanto, essas ações têm demonstrado, por um lado, desconhecimento sobre o saber médico local e do seu uso cotidiano e, por outro, buscam orientar o uso das espécies de eficácia cientificamente comprovada “de acordo com [uma] racionalidade eurocêntrica de aplicar conhecimentos da biomedicina segundo princípios científicos” (FOLLÉR, 2004, p.138).

Nas penteadeiras, perfumes e cosméticos dividem espaço com frascos de medicamentos. Remédios industrializados também são experimentados pelas pessoas após a sugestão de alguém que tenha sido curado de uma determinada doença cujos sintomas sejam

⁷ Até o final da década de 1980, plantava-se também o tabaco, mas por razões que não consegui identificar o seu cultivo foi abandonado.

semelhantes aos apresentados por elas, com a vantagem de dispensar a ida ao médico, e, nesse caso, é comum as pessoas emprestarem comprimidos umas às outras. Isso porque ir ao médico é algo que preocupa e, num certo sentido, como vimos, até amedronta.

Os medicamentos “mais procurados”, segundo os ACS, são paracetamol, cataflan, anador, benzetacil, nimendazol e tetraciclina. Para Jocenita, os comunitários “gostam demais de tomar remédio de farmácia”. Jonivaldo, um jovem universitário, “filho” da comunidade Piquiatuba, com quem conversei numa viagem de barco, me disse que a “nova geração só quer remédio de farmácia, [por ser] mais prático”. Uma questão preocupante para os profissionais da saúde consiste na observância do tratamento medicamentoso, sobretudo com antibióticos, uma vez que, ao desaparecerem os sintomas imediatos, os ribeirinhos suspendem a medicação.

Para alguns, “o comprimido é só pra acalmar a dor”, pois o que cura é o “remédio da terra”. Em doenças tidas como mais complicadas, “o remédio caseiro ajuda o remédio da farmácia”, como é o caso do reumatismo. O inverso também ocorre: o “comprimido ajuda o remédio do mato”. Em outros casos, como explicou Jocenita, o melhor “recurso” é o medicamento produzido industrialmente: “quando a dor de cabeça, às vezes, não obedece o remédio [caseiro], aí tem que apelar pra pílula”. O uso consorciado de remédios evidencia que os ribeirinhos optam por um itinerário aberto à intermedicalidade.

O consórcio de “remédios do mato” com os da farmácia segue o estilo próprio de cada especialista. Estilo revelado na explicação sobre a confecção dos remédios, quando dizem “eu faço desse jeito”. É uma prática recorrente a experimentação de diferentes “ingredientes da terra” para a composição de um “remédio”. Cada curador ou benzedor desenvolve uma combinação de ingredientes a partir daquilo que lhe é indicado na oração. Esta indica as partes da planta que serão usadas como “ingredientes”, cujas propriedades terapêuticas são conhecidas.

Na ingestão de alguns “remédios”, deve-se observar o estado no qual a pessoa se encontra. O “olho da goiaba branca”, indicada para diarreia, deve ser evitado quando os dentes da criança estão nascendo, “senão recolhe tudo”. Alguns implicam restrições ao consumo alimentar da espécie após o tratamento no qual se usou uma das suas partes como “ingrediente” ou mesmo como “remédio”. O sangue de jabuti, aplicado no tratamento de “veia quebrada da perna”, é um desses casos, porque “a pessoa não pode mais comer jabuti” senão ela volta a sofrer do mesmo problema.

Por “leite” os ribeirinhos designam o látex retirado de algumas espécies lactíferas, como a sucuba, e é ingerido puro quando em quantidades pequenas, ou misturado ao café, por

exemplo. O “leite” dessa planta é considerado como um “santo remédio”, e é usado também como fortificante. Sobre ele, Lino afirmou que é preciso “ter fé no Senhor e a sucuba vai curar. Abaixo de Deus, o leite da sucuba”. O sumo das plantas é retirado de folhas, raízes e frutos, através de maceração ou decocção.

Os óleos são extraídos perfurando-se o tronco da árvore ou moendo-se as sementes, como o de copaíba e de andiroba, respectivamente. Estas são duas espécies recorrentemente utilizadas para o tratamento de diferentes afecções. O óleo de copaíba é tirado pelos homens no interior da floresta, em lugares distantes da margem do rio; o de andiroba é extraído pelas mulheres — as sementes, coletadas pelos homens, são trituradas, formando uma pasta oleosa que é colocada no interior de uma calha inclinada, por onde o azeite escorrerá para um recipiente ajustado na extremidade mais baixa. Na sua produção, os estados corporais da mulher afetam a qualidade do “produto”: ela não pode estar menstruada ou ter tido relação sexual na noite anterior ao dia de trituração, porque isto implicará na perda da “força” do óleo. Outro cuidado a ser tomado consiste em manter a massa num lugar escuro ou escondido, de modo a evitar que alguém a veja, pois não se sabe se essa pessoa tem ou não “olho ruim”, capaz de interromper o fluxo do líquido ou contaminar sua qualidade. Ou seja, reduzir suas propriedades terapêuticas.

Há um conjunto de “remédios” produzidos com partes de animais: casco, chifre, pênis, pelo, osso, dente, couro, e, entre eles, destaca-se a banha (gordura) de alguns animais. A de tartaruga é considerada “boa pra tudo que é doença”, sobretudo para cortes, por “emendar rápido”. Essa propriedade encontra-se também na “banha de sucuriju”: “Quando pega, já tira a banha, que sabe que é bom pra aquela doença”. Dona Graça, a quem vi retirar a gordura de uma cobra⁸ que um morador havia matado num igarapé, na Prainha do Tapajós, me explicou que o “pessoal que se opera, pra sarar rapidinho, põe [uma] gotinha [da banha dela] no chá” — mas, por ser “muito pitiú”, é preciso ter estômago para tomá-la. Uma porção da banha, que eles mantêm conservada, é aquecida e friccionada sobre o ferimento, ou usada como emplastro.

⁸ Esse foi um acontecimento extraordinário, que atraiu toda a comunidade, que queria ver a “bicha”, especialmente devido ao seu tamanho: quase 5 metros.

Tratamento de algumas doenças

Neste item descrevo o tratamento de algumas doenças abordadas no quarto capítulo. Abordá-las aqui se deve à opção de reunir, num mesmo capítulo, os dados relacionados ao processo terapêutico, de maneira a tornar mais compreensível o conjunto de procedimentos adotados pelas pessoas e pelos especialistas de cura residentes na comunidade.

Quando uma pessoa sente que está “desmentida”, ela procura pelo puxador, que pode ser residente na própria comunidade ou em uma outra. Em todas as comunidades há pelo menos duas pessoas consideradas especialistas em “puxação”, um homem e uma mulher, que “puxam” o osso ou o nervo para o lugar. Dependendo das circunstâncias, ela pode ocorrer em qualquer lugar, mesmo durante as viagens de barco, como descrevi. Esse especialista local de cura 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”. O puxador, para curar a pessoa desmentida, “tem que conhecer o corpo humano”.

Para descobrir a “desmintidura”, ele vai massageando enquanto reza, até encontrar o “carocinho” do nervo montado. Enquanto dura a “puxação”, repete várias vezes sua oração. Alguns puxadores, além da oração e da massagem, repetem seguidamente o sinal da cruz, como pude observar em algumas ocasiões. A complementaridade entre reza e técnica associa-se à “fé na mão do puxador”, que pode ter a mão mais “leve” ou mais “pesada”. Dona Felismina me explicou que, para “achar a junta tem que procurar aquela dor que, quando acerta, a pessoa geme. Sabe que estrala aquele lugar”. Uma vez “descoberta a dor”, é preciso “puxar os ossos onde está machucado”. Sobre o local aplicam-se massagens, usando-se banha de animais (tartaruga, sucuriju, anta, jacaré, macaco-prego, onça preta e galinha) e óleos vegetais (mamona, andiroba ou óleo de cozinha, tanto o de soja como o de milho). Cada vez é mais freqüente o uso de gel, comprado em farmácia ou de vendedores ambulantes que circulam pelos barcos enquanto estes estão atracados no cais de Santarém.

Da mesma forma que no tratamento da “desmintidura”, recorre-se à oração para identificar se a dor sentida por uma pessoa é “carne rasgada”: reza-se durante a massagem e a “benzeção costurada”. Esse procedimento terapêutico consiste em uma “costura” do lugar “rasgado”, com linha e agulha: sobre o local, o puxador ou benzedor vai reproduzindo os gestos de alguém costurando. No caso, ele e o seu paciente acreditam, com isto, estar costurando a “carne rasgada”. Para “ajudar a costurar rasgadura” usa-se banha de sucuriju, porque esta, se cortada com terçado, volta a “se juntar”. Fricciona-se com ela o “lugar

rasgado”, e também é indicada para ser tomada pela pessoa, em gotas, depois de aquecida. De forma semelhante à “costura”, a banha pode unir a carne “rasgada”, conforme me explicou dona Graça.

Como a febre é considerada, em alguns casos, a própria da doença, e não apenas sinal dela, em qualquer casa se encontra um frasco de analgésico (dipirona, tilenol, paracetamol), para “acalmá-la”. Quando uma família não o tem, se um dos seus membros se encontra febril recorre-se à casa de um vizinho ou parente a fim de pedi-lo emprestado. Várias vezes as pessoas me perguntaram se eu tinha dipirona ou tilenol na minha bagagem.

Jocenita me contou que, em caso de uma “febre forte [...] se o remédio caseiro não amenizar a febre, então procura outro recurso, um benzedor ou médico mesmo”. Segundo ela, os remédios para “ajudar” ou “acalmar” a febre são os mais procurados pelos comunitários, tanto em comprimidos como em gotas ou injetáveis. Nos casos de febre alta, é freqüente que as pessoas adotem procedimentos como tomar injeções de antibióticos ou de anti-inflamatórios seguindo apenas os próprios conhecimentos ou a indicação de outra pessoa.

Um dos “remédios” indicados para o tratamento da “palpitação” consiste numa “composição de ingredientes” (folha de jambuzinho, pedaços de envirataia e mangarataia) fervidos em água. Após esfriar, esse chá é tomado várias vezes ao longo do dia; também foi indicada uma “garrafada”, que se compra em lojas de artigos de umbanda em Santarém — trata-se de “um remédio quimbanda feito na Bahia”⁹. A pessoa deve tomar esses “remédios até expelir o vento de baixo da palpitação”. Embora seja considerada uma doença perigosa, admitem que “qualquer pessoa que entenda de fazer remédio, faz”.

Dona Gracinha, falando sobre o “derrame”, elencou os procedimentos e os “ingredientes que compõe o remédio para essa doença”:

Por derrame a pessoa entorta a boca. Então a gente chega lá, no momento a pessoa está coisa. Aí a gente faz as fricção e benze; benze com essa fé que a gente tem. [...] Pra doença do ar tem muito remédio caseiro. Se pega cipópucá — é uma planta —, se pega esta folha do caju-branco, essa guia. É um santo remédio. Pega o vindicá. Você soca ele. Tem um por aqui que se chama rinxão; ele é coisa pra toda coisa, até pra mulher, quando ela tem bebê, se faz. Que se chama por aqui, na nossa língua, chama-se rinxão; mas não é rinxão, é jervão. [...] esse remédio que a gente ensina pras pessoa fazer. É muito santo remédio.

⁹ Embora eu não tenha encontrado qualquer pessoa que se identificasse como pertencente ao candomblé ou à umbanda, o emprego de um remédio produzido no interior de um sistema terapêutico de caráter religioso revela a abertura do caboclo ribeirinho — excetuando-se os congregados da Igreja da Paz — para diferentes alternativas terapêuticas, independentemente de sua vinculação a ele.

Ela também explicou os procedimentos terapêuticos que usa para tratar “esipla”, entre os quais estão a oração do benzimento e os “remédios caseiros”:

Eu benzo, também, esipla: ‘Esipla, esipela da branca, da negra, todas espécie vou cortar e arretirar. Esipla e esipela eu benzo com seus poderes divinos. Com que tu queres que eu te mato? Com aquele fogo que vem te queimando? Com aquele mato verde que vem te apagando? Jesus Cristo vai arrastando e cortando. Esipla, esipela, esipla, esipela, da branca e da negra’. Aí vai rezando, vai cortando; também vai cortando com a tesoura, benzendo com a tesoura. Porque a gente tendo fé em Deus, logo será aliviado. Aí a gente pega oapé do igarapé, se pega folha do mamão; ferve, aí põe em cima, passa uma banhazinha. É rápido que engilha. É rapidinho que enxuga. Tira, coloca outro. Tem a folha da maniva-do-veado, que chamam, que dá aquelas bolotas assim [mostrando com as mãos], igual maniva mesmo. Pega folha da maniva-do-veado, daí você soca aquela semente, bem. Quando tem a tapioca da mandioca, mandioca mesmo, a gente mistura, faz uma papa. Não demora você enxugar aquilo. Coloca, torna enxugar, torna colocar. É rápido. Com umas quatro vez que você faz, pronto, acabou a esipla. Quando tem... por aqui tem muito remédio caseiro.

A “reza” ou “oração de benzeção” além de diagnosticar também é considerada indispensável como procedimento terapêutico para a cura do quebrante, procedimento que é complementado com banho de ervas e “remédios”, que são “ensinados” às mães, geralmente chás de plantas como mangarataia, mucuracaá, pinhão-roxo. Enquanto murmura a “oração de benzer”, com uma tesoura sobre a cabeça vai “cortando o quebrante”. Aliás, o gesto de “cortar com tesoura” também é verificado em outros tipos de rezas sobre a cabeça das pessoas, tanto em criança quanto em adultos. No caso dos adultos, a pessoa senta num banco enquanto o benzedor, postado às suas costas, coloca a mão esquerda sobre a cabeça de quem está sentado e, com a tesoura na mão direita, vai “cortando, rezando sobre a cabeça”.

Testemunhos de cura divina

Testemunho, aqui, tem o sentido de relato público de uma experiência relacionada à cura através da fé na intervenção “da mão de Deus”. Tais testemunhos geralmente são relatados ao final dos cultos de “ministração”¹⁰, realizados pelos pastores da Igreja da Paz

¹⁰ A “ministração” ocorre depois da leitura da palavra de Deus. Durante essa fase do culto, o pastor ou ministrante abençoa as pessoas em nome de Deus, orando para que elas sejam “abençoadas de todas as formas; na saúde, no trabalho, na escola e na família”. Entretanto, não é sempre que ela acontece; ocorre quando o ministrador “sente a convicção que tem alguém doente naquele lugar”. Ou, como explicou o pastor da Prainha do Tapajós: “Então se Deus mandar ele fazer, ele faz. Então se Deus mandou, eu faço”. Terminada a “ministração”, as pessoas são convidadas para dar o seu testemunho contando o que aconteceu com elas durante o culto ou se tiveram alguma “cura operada por Deus”. Em um culto do qual participei, os depoimentos foram emocionados, levando as pessoas que testemunharam a chorar. Enquanto falavam, em

tanto na cidade quanto nas comunidades, e evidenciam o reconhecimento de ter sido a saúde restabelecida por obra da “mão divina”. Destaco a seguir alguns relatos de cura “operada pela mão divina”, a partir de itinerários terapêuticos envolvendo diferentes agentes de cura. Dois deles “testemunhados” por mim ao final do culto realizado durante um congresso da Igreja da Paz, e dois em outras circunstâncias

Um dos testemunhos foi o de uma jovem de dezesseis anos, convidada pelo pastor para falar sobre a cura de sua doença. Ela contou que na noite anterior, um pastor convidado para ministrar durante o congresso havia sido chamado a sua casa para orar por ela, pois estava sofrendo de uma grave doença: “água no pulmão”. Naquela manhã, acordou sentindo-se curada. Em suas palavras: “Deus operou um milagre em mim”, razão pela qual não precisaria mais fazer a cirurgia que os médicos estavam aventando. Iria a Santarém, conforme previsto, apenas para tirar uma radiografia: “bater uma chapa e entregar para o médico”.

Posteriormente, aproveitei uma oportunidade para perguntar-lhe mais detalhes sobre sua doença e sua cura. Ela me contou que, em fevereiro de 2007, foi ao médico em Manaus, onde residia e trabalhava como empregada doméstica na casa de uma “tia”. Numa manhã, desmaiou na casa da “patroa”, depois de sentir umas “ferradas no seio”, e acordou no hospital, onde o diagnóstico foi “água nos pulmões”. Esse “problema” já vinha se “apresentando” havia dois anos, e fazia uns meses que tinha se agravado. Ainda em Manaus, ela procurou um pastor da Igreja da Paz, que orou sobre ela. Sentiu alguma melhora e retornou para Prainha do Tapajós, onde nasceu e ainda residem seus pais: veio “pra junto do pai”.

A “água no pulmão” foi, conforme explicou, resultado de uma picada de cobra num dos dedos da mão quando foi pegar uma melancia no roçado. A cobra, uma surucucurana, estava embaixo da fruta. Na ocasião, fizeram “remédio da terra” como “contraveneno” (“leite” de caroço de manga e sumo de mangarataia), que não resultou em cura: “só deu mesmo pra chegar a Santarém”. Depois de tomar soro antiofídico na cidade e recuperar-se, mudou-se para Manaus, onde voltou a sentir dores, pois o “veneno ficou acumulado”.

Ao retornar para Prainha do Tapajós, transferiu o tratamento para um médico de Santarém, mas não observou os cuidados prescritos, e voltou a sentir dores no peito. Na véspera do congresso, orou pela sua cura. Ele descobriu, então, que ela também fora vítima de uma “obra maligna”, isto é, de um feitiço feito por alguém que a invejava. Nessa noite, após a oração e imposição das mãos pelo pastor, acordou assustada ao sentir a camiseta e a rede molhadas com a “água que saiu do meu corpo”. Ao amanhecer, sentia-se melhor e sem dor.

vários momentos, sobretudo quando citavam Jesus, o Espírito Santo ou Deus, eram interrompidas por gritos de “Amém”, “Aleluia”, “Louvado seja Jesus”.

Algumas das pessoas com quem conversei sobre sua doença disseram que essa garota, por estar adoentada, não poderia andar no sereno, mas que não atendia as prescrições quanto aos cuidados que deveria ter, pois era “ainda jovem”. Sobre ela, Jocenita comentou que, como “está em convalescença do tratamento, precisa de repouso, só que não se aquieta”. Arino, numa das vezes em que conversávamos, em frente a sua casa, sobre a construção da capela, vendo-a passar, comentou: “Parece que não está muito grave. A doença está dando uma chance pro tratamento”.

Antes da minha partida de Santarém, voltei ao cais para me despedir dos moradores da Prainha do Tapajós e de outras comunidades, que estavam no barco, e encontrei-a. Perguntei-lhe sobre o resultado do exame médico. Ela, satisfeita, contou-me que “bateu a chapa e a água tinha desaparecido dos pulmões”; e que estava planejando viajar para Fortaleza, a fim de trabalhar na casa de uma “tia”.

Outro testemunho que chamou minha atenção foi o de Elias Serrão. No galpão onde foi realizada a ministração, não consegui ouvir claramente o seu testemunho, pois falava baixo, o local onde eu me encontrava no interior do salão era distante do tablado onde ele estava e o som das louvações era alto. Ouvi apenas que ele foi “operado pela mão de Deus”, por isso não precisou fazer uma cirurgia. Essa expressão me deixou curioso e inquieto, por medo de, talvez, ter perdido a oportunidade de conhecer maiores detalhes sobre a sua cura, embora o seu “testemunho” tenha sido curto.

Como eu ainda permaneceria mais seis dias na Prainha do Tapajós, ensaiei algumas tentativas de entrevistá-lo. Passei várias vezes em frente a sua casa, mas ele não estava ou estava ocupado com suas atividades cotidianas. Três dias antes da minha partida, quando caminhava pela “estrada”, dona Raimunda, sua mulher, estava sentada à porta da casa, e eu a cumprimentei. Ela me convidou para tomar café e eu aceitei; entrei, sentei num banco e fiquei ouvindo, num misto de ansiedade e curiosidade, a conversa que Elias e a esposa do pastor João Ribeiro estavam tendo. Falavam sobre as ventanias no Tapajós e das ocasiões que passaram por situações arriscadas durante as viagens em barcos de linha ou de canoa, narrando vários episódios arriscados. Num dado momento, tomei coragem e perguntei sobre a cirurgia citada por ele em seu testemunho, e, sem hesitar, ele começou a contar a sua trajetória, desde o primeiro diagnóstico até a “cura divina”, realizada anos depois de voltar a morar na Prainha do Tapajós.

Na época do diagnóstico, trabalhava num barco de linha cujo porto de origem era Monte Alegre, cidade da margem esquerda do rio Amazonas. Inicialmente, indicando o baixo ventre, disse que sentia um “ardume no ventre”. Com o passar dos anos, começou a sentir dor

nas costas e nas pernas quando fazia esforço físico. Em Monte Alegre ele procurou um médico, que diagnosticou uma hérnia. Como ainda era pequena, fazia apenas um tratamento com comprimidos. Contudo, o médico lhe disse que, no futuro, teria que fazer uma cirurgia.

Anos depois, procurou outro médico, em Santarém, que forneceu o mesmo diagnóstico. Esse médico também lhe receitou “comprimidos” e o uso de uma cinta em torno da barriga, para minimizar o impacto do esforço físico. Então ele procurou pelo Laurelino, que lhe “ensinou uma receita”, dizendo que depois do uso do “remédio” não poderia mais ter filhos. Segundo dona Raimunda, esse “remédio” não produziu os efeitos esperados, apontando a filha que nasceu depois da consulta com o “curador”¹¹.

Outro momento da sua trajetória começou com a narrativa da história de um conhecido seu, que se curou tomando “fel de jabota”¹². Por indicação desse conhecido, ele também tomou, mas continuou a sentir dor nas “costa”. Numa das vezes em que foi a Belterra, quando precisou acompanhar dona Raimunda ao hospital para fazer uma cirurgia, procurou um outro médico, que se propôs a operá-lo gratuitamente. Porém, como sua mulher ia ser operada, decidiu não realizar a cirurgia.

Tempos depois, “aceitou Jesus” e entrou para a Igreja da Paz. Pedia para os irmãos da Igreja orarem pela melhora da sua saúde. Como não se restabelecia, decidiu ele mesmo pedir pela intervenção divina, pois queria “ser operado não pela mão do homem, mas pelas mãos de Deus”. Numa noite, entre 1998 ou 1999, quando estava quase dormindo, duas pessoas vestidas de branco “chegaram” em seu quarto e ficaram em pé, cada uma de um lado da cama. Num dado momento, sentiu o peso das mãos em sua barriga e o “ardume da faca” cortando sua carne. Ao acordar, sentiu o “ardume do corte no ventre”, e acordou a mulher para contar-lhe que havia sido operado durante a noite; explicou-lhe que “era Jesus curando”. Depois de ser operado pela mão de Deus, nunca mais sentiu dor, voltando a trabalhar normalmente em qualquer atividade. No culto realizado durante o congresso, foi a primeira vez que deu testemunho da graça que recebeu através de uma operação realizada pela “mão divina”: “Porque Deus opera, basta a gente crer e ter fé” — assim ele concluiu a narrativa do seu itinerário.

No dia seguinte, me encontrei, em sua casa, com o pastor João Ribeiro, para entrevistá-lo a respeito das curas realizadas por “operação divina”. Interessava-me compreender como a Igreja da Paz articula o sistema biomédico com essas curas. Ele iniciou

¹¹ Cabe lembrar que Elias é irmão de Olinto Serrão, com quem Laurelino buscava “recursos” quando se sentia adoentado.

¹² Fêmea do jabuti.

sua explicação contando a experiência de cura envolvendo um dos seus filhos. Anos atrás, um deles adoeceu, quando ainda era menino: “era uma febre forte. Uma febre que ia deprimindo cada vez mais”. João Ribeiro relatou que “andou” pelos hospitais de Santarém, mas seu filho não melhorava. Os médicos nunca falaram com certeza qual era a doença.

Um dia, convencido de que os métodos nos quais podia confiar tinham acabado, disse para a sua mulher: “Se ele morrer aqui, vai dar muito trabalho; vamos levar ele pra casa” — e voltaram para Prainha do Tapajós. Numa noite, foi realizado na comunidade um culto da Igreja da Paz, mas não podia levar o filho, que estava muito fraco, então foi sozinho. Na hora da “ministração”, foi buscar a cura com o ministrador, um missionário americano. “Talvez ele não tenha entendido minhas palavras” na ocasião, “mas deve ter compreendido minha aflição, e me abençoou”. Assim que o culto terminou, foi rápido para casa e, lá chegando, aproximou-se do filho, colocou as mãos sobre ele e disse: “Deus mandou a cura”. Na manhã seguinte, foi trabalhar triste, sem vontade de voltar, com medo de perder o filho. Não tinha certeza da cura porque, até então, ainda não havia “aceitado Jesus” nem estava convicto do poder da intervenção divina. Mas precisava voltar. Ao chegar a casa, surpreendeu-se ao ver o filho sentado à mesa, comendo, coisa que não fazia havia muito tempo. Concluiu seu relato dizendo: “Eu tenho pra mim que foi um milagre. Uma benção”.

Outro episódio de cura divina foi relatado por Heraldo Nobre, morador do Martanxim, e motivou sua “decisão” de “entrar” para a Igreja da Paz. Heraldo iniciou seu relato contando que, aos dez anos, saiu do Martanxim com os pais, indo residir em Macapá, Belém e, depois, no Rio de Janeiro, onde se casou. Aos quarenta anos, decidiu retornar para a comunidade e ocupar o “sítio” pertencente ao seu pai, fundador do “bairro”. Assim, separou-se da mulher e da filha de criação, que não quiseram acompanhá-lo.

Ao chegar ao Martanxim, precisou limpar a área onde iria construir sua casa e abrir uma roça. Um dia, na volta do “centro”, conduzia um carro de boi (pertencente a um dos moradores da Prainha do Tapajós), e o animal assustou-se — segundo disse, com o “cheiro da bebida”, pois estava alcoolizado —, e ele foi derrubado da carroça. Na queda, bateu fortemente o tornozelo no tronco ou na raiz de uma árvore (não se lembrava direito). Como não cuidou do lugar machucado, formou-se um grande “abscesso”, que começou a necrosar. Tentou alguns tratamentos com “remédios da terra”, mas, como a ferida não cicatrizava e estava aumentando, resolveu buscar assistência médica em Santarém.

O médico que o atendeu receitou alguns remédios, que não surtiram efeito, e, após avaliar a extensão do problema, decidiu por amputar parte da perna, a fim de evitar uma gangrena. Quando foi informado da necessidade de amputação, se apavorou — nesse

momento, interrompeu a narrativa sobre seu temor e contou que, durante o tempo em que esteve hospitalizado, recebia visitas de evangélicos que, através de conversas e leitura da bíblia, buscavam confortar os pacientes internados.

Amedrontado com a amputação de parte da perna, pediu a Deus, durante a noite, pela sua recuperação. Com grande esforço, conseguiu ajoelhar-se para rezar, e prometeu que seguiria Jesus caso fosse curado. No dia seguinte, durante a visita de rotina, o médico observou sensíveis melhoras no seu estado, e, surpreso, perguntou-lhe o que havia feito. “Acho que foi milagre de Deus”, respondeu. Foi preciso fazer apenas uma cirurgia restauradora, com “carne do próprio corpo”, retirada da coxa. Como reconhecimento e agradecimento pela “intervenção divina”, decidiu entrar para a Igreja da Paz, e tornou-se congregado.

Em algum momento de sua vida, os congregados mais velhos já se valeram de “tratamentos” realizados pelos curadores ou benzedores, inclusive com Laurelino. Quando conversei sobre o assunto com o pastor João Ribeiro (sobrinho do Laurelino), ele foi cuidadoso quanto ao assunto. Em relação a outros procedimentos terapêuticos, há aceitação, especialmente quando se trata de “desmintidura”, desde que não envolvam defumação. Durante minha pesquisa de campo, uma congregada pediu a uma puxadora que fosse a sua casa para ver sua neta, ainda de colo, que chorava muito desde que havia caído da rede. No dia seguinte, ela levou a neta à casa de uma outra mulher, que também “puxa desmintidura de criança” e é considerada mais experiente, pois a criança não havia melhorado.

Médico: “último recurso”?

Os dados etnográficos mostram que o itinerário é feito circularmente, pois, em muitos casos, inicia-se com um especialista local de cura, residente na própria comunidade; depois, busca-se tratamento com outro curador, e, se não der certo, uma consulta e um tratamento médicos, muitas vezes com internação hospitalar; se “desenganada pelos médicos”, a pessoa volta a procurar curadores. Embora reconheçam os “recursos da medicina” e digam que o médico é o “último recurso”, tem muitas “coisas que só o curador resolve”, mesmo doenças consideradas inicialmente como não-pertencentes a estes — algo apontado pela ACS da comunidade de Tucumatuba:

Então, por exemplo, no caso lá onde eu moro, tem um senhor lá, que o nome é Gracir, que ele faz tratamento com muitas pessoas. Então, às vezes, tem pessoas que a gente encaminha pro Posto ou então encaminha pra cá, pra

Santarém. Aí, essas pessoas vêm, não são aqui bem medicadas ou então não são atendidas. Volta pra lá e vão pra ele. Aí ele diz: ‘Essa doença é isso’... Por exemplo: ‘É um câncer no útero’; ‘É... o pulmão’; ‘É um problema de cabeça’. Aí ele diz que ele vai curar. E ele tem dado jeito em muitos caso. Muitos que ele já não dá mesmo, que já tá passado, ele não dá conta. Mas tem muitos caso que ele já deu conta. Aí, eu também não sei se é que ele sabe ou se é através da fé da pessoa, porque, as vezes, também a fé...

Não é, portanto, a “extrema precariedade ou inexistência de serviços de saúde” oferecidos à população que explica a busca por “recursos” entre especialistas ou a simultaneidade de opções terapêuticas, como sugere Maués (1994, p.76).

Quando a doença “não pertence ao curador”, um primeiro passo é o ACS “investigar” qual é a doença da pessoa a partir de suas queixas, para “achar uma solução”— solução, aqui, significa fornecer a guia de encaminhamento ao Posto de Saúde do município. Lá a pessoa submete-se a uma triagem, realizada por um auxiliar de enfermagem e, depois, por um enfermeiro. Somente após essa “avaliação” ela é encaminhada ao médico. Quando o diagnóstico indica uma “doença ruim”, o paciente é encaminhado ao especialista, e, nesse caso, a situação complica-se, uma vez que essa consulta pode demorar meses para ser feita. Quando a pessoa não tem como permanecer na cidade por muitos dias, ela retorna para casa, onde fica sofrendo, tentando minimizar os sintomas com “pílulas” ou “remédios”, conhecidos ou ensinados, que aplaquem sua dor. Segundo os ACSs, quando a dor ameniza os “pacientes” interrompem os tratamentos prescritos pelos médicos. Essa situação, relacionada à adesão e à observância dos tratamentos medicamentosos, preocupa os profissionais de saúde de uma forma geral, especialmente quando se trata de medicamentos de uso controlado ou anti-inflamatório. Por não observar as prescrições, pode acontecer de a pessoa retornar várias vezes ao médico, sempre reclamando do mesmo problema.

Caso não consiga marcar uma consulta com um médico especialista para logo, a pessoa “entra em desespero”, pois a “estadia [na cidade] é cara”. Em geral, os ribeirinhos não consultam especialistas, pois dependem do encaminhamento do clínico geral, que nem sempre encaminha, o que revela precariedade do sistema de saúde. Devido à demora em “ser bem medicada”, em realizar e receber o resultado dos exames, os ribeirinhos optam por novamente procurar tratamento com curadores, inclusive alguns residentes na cidade. Com eles não é preciso marcar consulta, e isso indica que “o pronto atendimento traz, por conseguinte, algum conforto individual” (QUEIROZ, 2003, p.87).

Os ribeirinhos consideram alto o custo financeiro do deslocamento até a cidade, bem como a permanência nela, para uma consulta ou um tratamento médicos, mesmo por poucos dias. “A estadia é cara”: é preciso pagar a passagem do barco, alimentar-se, deslocar-se de

ônibus. Quando a pessoa é encaminhada a um especialista, a demora entre uma consulta e outra a obriga a uma permanência por período maior do que o previsto. É comum as pessoas chegarem a Santarém ou Belterra e não obter consulta para os dias em que nelas permanecem; algumas vezes, quando a consulta já estava marcada, ela foi remarçada para outro dia sem o seu conhecimento, obrigando-as a ficar fora de casa além do tempo previsto.

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 que já conhecem ou que foi indicado por outra pessoa, relatam seus sintomas ao “farmacêutico” (balconista), para que este indique um.

Entre os ribeirinhos do baixo Tapajós, consultar com um médico é o “último recurso”. Mesmo os moradores da cidade, quando levam os filhos ao médico ou ao pronto-socorro, já passaram por várias benzedeadas, como constatou uma das enfermeiras do PSA. Em outras palavras (muitas vezes repetidas), “o caboclo só vai ao médico quando não tem jeito mesmo”. O médico só é diretamente procurado quando se trata de um golpe profundo (furada de faca em briga ou quando se quebra uma perna ou um braço), e, como nem sempre os procedimentos, nesses casos, são realizados pelos médicos, vê-se aqui uma associação entre o sistema biomédico e a figura do médico. Em outras palavras, os dois possuem a mesma aparência.

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” (CARDOSO, 1999, p.94). 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. Segundo me contou essa profissional, 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; no hospital, não.

Quando estão na cidade, é comum que os comunitários, enquanto aguardam por uma consulta, aproveitem para procurar curadores ou benzedores ali residentes. Há, nesse caso, simultaneidade de sistemas acionados, com o objetivo de atenuar o mal-estar provocado pela doença — que, muitas vezes, o caboclo ribeirinho não sabe bem qual é nem ela lhe é explicada de maneira esclarecedora.

Assim procedendo, as famílias, ao longo do itinerário terapêutico, articulam dois sistemas, colocados como antagônicos pelos profissionais de saúde formados na perspectiva da biomedicina. Ou, como afirmou o médico coordenador do PSA: “eu respeito os curadores, os pajés, mas não quero que eles se intrometam no meu trabalho”. Lembro que a ONG executora desse projeto pretende, pelo menos no plano do discurso, desenvolver um modelo de atendimento diferenciado de saúde para a população ribeirinha.

Vimos que, ao sinal da doença, as pessoas, independente da sua orientação religiosa, mobilizam inicialmente os recursos disponíveis na esfera doméstica. Caso não obtenham alívio para seu sofrimento, desencadeiam uma busca cujo itinerário percorre diferentes especialistas, procedimentos, lugares, medicamentos. Elas articulam diferentes modelos, retornando ao sistema tradicional quando “desenganadas” ou não “bem medicadas” pelo sistema biomédico, de modo a restabelecer a saúde, recuperar o ânimo e a disposição.

CONCLUSÃO

Nesta etnografia, meu objetivo foi compreender a lógica pela qual os ribeirinhos residentes na região do baixo Tapajós concebem a saúde, as doenças e os tratamentos face a programas de saúde pública que procuram orientar essas concepções de acordo com a lógica biomédica, bem como o modo como eles respondem a isso. Em outras palavras, verificar em que medida as ações desencadeadas pelos agentes externos ligados à área da saúde vêm sendo orquestradas de modo nativo. A questão central consistiu em saber como eles apreendem o discurso biomédico, a prática clínica e as políticas públicas em saúde e os associam ao seu modelo terapêutico tradicional.

Não obstante o esforço de missionários, inquisidores e médicos que, desde o período colonial, se empenham em eliminar a pajelança, as concepções e as práticas tradicionais de cura, estas não foram suprimidas nem os modelos impostos foram adotados pelos ribeirinhos. Meus dados etnográficos indicam que eles continuam mantendo a crença na existência e no poder de interferência dos encantados em sua vida cotidiana, na existência de doenças não-naturais e adotando suas práticas tradicionais de cura, associadas ou não às novas, mesmo no contexto urbano. Não obstante o intenso fluxo de informações, a implementação de programas educativos e de prevenção e os projetos de atendimento à saúde primária, organizam seu modo de vida orientados por idéias e valores culturais continuamente atualizados, mesmo ao incorporarem outros saberes.

Eles exercem suas atividades cotidianas guiando-se por uma cosmologia segundo a qual não existe dicotomia ou antagonismo entre as dimensões naturais e sobrenaturais e na qual é

possível a intervenção de seres sobrenaturais sobre a ordem natural. Sua cosmologia também admite o reconhecimento dos elementos do meio como possuindo poder de encantamento e a possibilidade de alguns seres transformarem-se em outros. A relação com estes seres é possível porque os concebem como dotados de atributos humanos, tanto que a relação é tratada como sendo entre pessoas, “entidades morais” — em algumas situações, classificadas como parentes — com as quais são estabelecidas relações de reciprocidade.

Os “bichos” são seres que possuem a plasticidade virtual de mudar de aparência, tanto física quanto comportamentalmente, e de provocar perturbações corporais e psicológicas nas pessoas vitimadas pelo seu olhar. A categoria “bicho”, devido à sua extensão semântica, pode englobar qualquer ser estranho, ambíguo ou potencialmente perigoso (animal, espírito, aparição ou uma pessoa). Se essa concepção for verdadeira, é possível admitir que também no pensamento dos ribeirinhos do baixo Tapajós não há dicotomia na definição do que seja gente. Aplica-se a categoria, 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.

A apreensão dos seres como possuidores de capacidade de transformar seu corpo mudando de aparência revela uma permanente construção e desconstrução da pessoa, que é levada a adotar diferentes atributos e a incorporar outros pontos de vista sobre si mesma e sobre os outros seres, humanos ou não-humanos. Contudo, cabe observar que mais importante que a intensidade do desfiguramento físico é o progressivo processo de transformação da pessoa. A categoria “engerar”, na concepção dos ribeirinhos, está diretamente associada à perturbação físico-moral, denominada por eles de “mau-olhado de bicho” ou “assombro de olhada de bicho”, pois acreditam que os “bichos” com capacidade de mudar de aparência são os agentes causadores dessa doença.

Ao tomarem o corpo como objeto e suporte de diferenciação, os ribeirinhos revelam a idéia de que são enganadoras as aparências, pois podem ocultar diferentes identidades, tendo, assim, implicações na vida social. A categoria engerar salienta a apreensão do corpo como processo, experiência e expressão, bem como suas transformações implicam em mudanças identitárias, sobretudo em se admitindo que o “mau-olhado de bicho” interfere na construção diferencial da pessoa.

A categoria engerar e o “assombro de olhada de bicho” evidenciam características do perspectivismo: a permutabilidade dos seres mediante a transformação virtual dos corpos e o reconhecimento da condição humana a qualquer espécie pensada como sujeito, isto é, seres

dotados de intencionalidade que apreendem o mundo segundo pontos de vista distintos. O uso generalizado da categoria engerrar sugere ser bastante disseminada a idéia sobre a possibilidade de metamorfose dos seres uns nos outros e reforça a sugestão de Riviére (1995), de que na Amazônia o mundo é percebido como altamente transformacional, as aparências são enganadoras e não há limites claros ou fronteiras irredutíveis entre natureza e sociedade. Cabe, contudo, considerar a advertência feita por Érikson (2000, p.44): é preciso prudência para não interpretar o perspectivismo de maneira demasiadamente literal, mas tomá-lo como uma “dimensão metafórica da metamorfose”.

É generalizado o significado do olho e do olhar no estabelecimento, na manutenção e no rompimento das relações. A idéia de que o olho, como órgão da visão, é capaz de afetar o corpo do outro ocupa lugar de destaque no seu universo cosmológico e na sua vida cotidiana. Até mesmo a floresta possui olhos pertencentes a diferentes espécies de seres, e a “malineza” de humanos e de “bichos” é transmitida pelo olhar. Considera-se como “malinação” toda energia intrínseca a encantados, pessoas, animais, objetos, estados emocionais e fisiológicos, e ela constitui uma categoria central da cultura ribeirinha, intimamente vinculada à noção amazônica de doença.

O “olho” possui poderes que permitem a alguns seres ver o que outros não vêem; e, através dele, afetar outros seres — animados ou inanimados, humanos ou não humanos —, provocando diferentes sentimentos, reações e perturbações. O “olhar” de alguns seres tanto pode causar a doença denominada “assombro de bicho” ou “mau-olhado de bicho” quanto realizar o diagnóstico, com ou sem a incorporação ou invocação de um “bicho”. “Mau-olhado de bicho” é causado, segundo a etiologia nativa, pela força — “malinação” — presente no olhar de alguns seres, e produz uma perturbação capaz de desencadear agravos corporais e alteração da pessoa por eles “atacada”.

O “mau-olhado de bicho” implica na possibilidade de ruptura da identidade tipicamente humana, pois, se não for convenientemente tratada, a pessoa pode se metamorfosear no “bicho” que a “assombrou” e passar a ter o ponto de vista dele. Se o ponto de vista está no corpo, essa perturbação pode resultar em alteração de determinada coerência do mundo, especialmente entre os pajés e curadores, ao afetar os sentidos da percepção. Os órgãos da percepção produzidos culturalmente desde a infância permitem aos sujeitos interpretar o mundo que os cerca e se relacionar com ele a partir dessa interpretação. Entretanto, isso pode ser afetado pela doença, sobretudo pelo “mau-olhado de bicho”, uma vez que ela embaralha a rede de associações tecidas pela percepção dos diferentes sentidos. O sujeito “assombrado de olhada de bicho” tem alterada a sua capacidade corporal de apreender

o mundo, e se não for convenientemente tratado acaba por perder ou alterar a memória do mapa cognitivo que orienta tal percepção.

Ainda que a transformação dos corpos dos seres não se verifique materialmente, a afetação da percepção do corpo causada pelas perturbações provocadas pelo “olho do bicho” altera a identidade da pessoa e indica que tais dimensões cruzam-se, ao menos no nível do pensamento. O corpo de alguém afetado pelo “mau-olhado de bicho” e submetido ao itinerário terapêutico é um corpo performado, por ter alteradas suas capacidades perceptivas. Para os ribeirinhos, ser afetado pelo olhar de um “bicho” é indicativo da possibilidade de a pessoa poder tornar-se pajé ou curador. Interpretação que sugere ser adequada a observação de Viveiros de Castro (2002c, p.390): “não há mudança espiritual que não passe por uma transformação do corpo, por uma redefinição de suas afecções e capacidades”.

As concepções relacionadas à possibilidade de mudança permanente das aparências e ao “mau-olhado de bicho” informam o modo como são apreendidas outras perturbações físico-morais que afetam a pessoa e a coletividade. Isto porque também as doenças naturais e as instituições possuem agências e podem se transformar, adquirindo diferentes formas e atributos, ou apresentarem uma aparência sob a qual se esconde outra espécie de ser.

A cosmologia que postula a possibilidade de transformação das aparências e a existência de doenças provocadas por seres encantados está presente no meio urbano. Nesse contexto, a população também adota concepções e práticas terapêuticas tradicionais, associadas às biomédicas, num misto fluido de modernidade e tradição. Para os ribeirinhos, embora existam distinções significativas, não há dicotomia entre os espaços urbanos e os comunitários, ao contrário do que pensa o senso comum, que atribui a essas comunidades a condição de núcleos populacionais isolados geograficamente. Em outras palavras, os dois contextos — sociedade da cidade e sociedade da floresta — transcendem a territorialidade em termos de distribuição física dos indivíduos, formando uma extensa rede, tendo nas relações de parentesco os elos entre pontos situados geograficamente distantes entre si.

Essa bilocalidade possui importância estratégica, seja para quem reside na cidade, seja para quem reside nas comunidades, importância que se revela na busca de atendimento clínico nos serviços de saúde pública para os casos de doenças cuja cura não pode se efetivar seguindo os processos terapêuticos tradicionais na própria comunidade ou numa próxima. Por outro lado, moradores da cidade “desenganados” pelos médicos ou à procura de um tratamento complementar recorrem aos especialistas de cura residentes nas comunidades. Essa concomitância de alternativas terapêuticas evidencia que não é a precariedade ou inexistência

de serviços em saúde oferecidos à população que explica a busca por tratamento com especialistas locais de cura.

Para os ribeirinhos, a doença, como se possuidora de agência, ataca ou se apodera do indivíduo e lhe retira o ânimo, a disposição e a alegria; provoca sofrimento, embaralha sua percepção do mundo e afeta sua vida cotidiana, bem como a de seus familiares. Ao falar da doença, falam sobre como concebem o corpo e a vida, pois, ao narrar o histórico daquela, remetem a outras dimensões e a outros episódios do seu cotidiano presente ou passado, inclusive indicando a possibilidade de as dores provocadas resultarem do ataque de um “bicho”.

As doenças têm suas causas na natureza, na ação humana ou na dos “bichos”. Uma pessoa pode adoecer por contágio, acidente, transgressão de algumas restrições alimentares, inobservância de cuidados durante estados fisiológicos liminares, circulação por determinados lugares ou em horários desaconselháveis, desrespeito aos “regulamentos” estabelecidos pelos encantados considerados “donos” dos lugares. Os ribeirinhos do baixo Tapajós fazem distinção entre as doenças consideradas “da parte da medicina”, cujo tratamento e cura precisam dos conhecimentos biomédicos, e as que são “da parte dos curadores”, diagnosticadas através da reza por quem possui o “dom” e tratadas seguindo os procedimentos terapêuticos tradicionais. Cabe lembrar que, para algumas doenças, tal distinção nem sempre é nítida.

Como medida profilática, é preciso cuidado com o que se ingere ao comer e ao beber, com a friagem, com os lugares por onde se anda e com os horários, especialmente quando se encontra com o corpo “aberto” — exposto por ferimentos ou estados fisiológicos liminares. Isso porque a “doença só está procurando uma brecha” para “atacar” e “tomar conta da pessoa”. Doenças decorrentes do trabalho não são propriamente consideradas doenças a princípio, mesmo causando transtornos à saúde. Porém, podem se agravar, transformando-se em doenças “acumuladas” ou “alcançadas” no decorrer do tempo se a pessoa não receber ou se submeter a tratamento adequado.

Em caso de doenças cujas causas encontram-se na natureza, na ação humana ou na dos encantados, os ribeirinhos buscam auxílio terapêutico tanto no modelo tradicional quanto no biomédico, alternadamente ou concomitantemente. A escolha resulta de uma avaliação dos resultados terapêuticos pela própria pessoa, por seus familiares ou por orientação dos especialistas locais de cura, que assumem papel destacado no itinerário terapêutico e na vida cotidiana da comunidade. Entre os ribeirinhos, são considerados especialistas de cura homens ou mulheres conhecidos publicamente pelo “dom” que possuem para trabalhar na área da

saúde, os quais se distinguem em diferentes categorias, hierarquizadas entre si: pajés, curadores, benzedores, puxadores e parteiras. Tais especialistas detêm conhecimentos que lhes permitem atuar em diferentes modalidades terapêuticas simultânea ou alternadamente. Eles, além de desencadear o itinerário terapêutico, estão presentes em diferentes momentos do tratamento, mesmo entre aquelas pessoas que também buscam “recursos da medicina”.

A cura realizada pelo especialista local, ao proporcionar a recuperação individual, possibilita a reinserção do enfermo no seu ambiente social. Porém, mesmo que o processo terapêutico promova o restabelecimento da saúde, é possível que não haja retorno ao estado anterior à doença, uma vez que a pessoa é introduzida em um novo contexto, que pode ser sua iniciação nos “trabalhos de cura”, se descoberto seu “dom” de trabalhar com saúde. O processo de iniciação começa com o diagnóstico dos primeiros sintomas e se confirma durante o tratamento. Pode-se dizer, então, que o próprio tratamento constitui parte do processo de sua formação. Entretanto, nesse caso a cura não se efetiva totalmente, porque a realização de um tratamento completo implicaria na perda do dom xamanístico. Curada, a pessoa ficaria impossibilitada de comunicar-se com os “bichos”, por ter interrompido o processo de alteração das suas capacidades perceptivas. Assim, caracteriza-se como um doente que superou sua doença, ou melhor, aprendeu a controlá-la, adquirindo poder de cura.

As práticas médicas das populações ribeirinhas relacionadas à crença em seres com poder de metamorfosear-se, na sua incorporação em seres humanos, em doenças por eles provocadas e na invocação de espíritos guias para diagnóstico e cura, constituem a pajelança cabocla. Esse sistema resulta do encontro entre diferentes cosmologias (católica, indígenas, africanas e kardecista), organizadas, a meu ver, segundo a lógica das cosmologias indígenas. Embora o termo pajé ainda seja usado em algumas comunidades (especialmente naquelas onde está ocorrendo um movimento de reemergência étnica) ou pelas pessoas mais idosas, ele foi substituído, ou está sendo, pela denominação curador. Mesmo eles dizendo que atualmente não existe mais “pajé sacaca”, este sim poderoso, capaz de adquirir a aparência física de um “bicho” e visitar os encantos do fundo, constata-se, através das narrativas de episódios de cura realizadas por esse especialista, que a eficácia dos seus atos terapêuticos se mantém na memória coletiva. Ao manterem viva a lembrança, reforçam a crença no seu poder de cura e, sobretudo, na eficácia dos procedimentos do modelo terapêutico tradicional.

O “dom de trabalhar” com um ser demiúrgico significa que o pajé e o curador podem se comunicar com os “bichos” e, assim, descobrir se o que a pessoa está sentindo é ou não “mau-olhado de bicho”, outra afecção de origem não-natural ou se a doença pertence ao sistema biomédico. Quando esses especialistas de cura estão em transe, quem fala é o “bicho”,

e eles são considerados autoridades para atribuir caráter de verdade àquilo que é falado. Porém, há um aspecto que diferencia o pajé do curador: o fato de este último possuir a capacidade de entrar em contato com os “bichos” e também ter visões, mas não viajar aos “encantes” como o primeiro.

Embora um pajé ou um curador também sejam benzedores, pois, além do “dom”, possuem saberes sobre a “mesma arte”, há uma distinção que revela a existência de uma hierarquia: somente o pajé e o curador agem por “influência de algum espírito que se invoca neles”, e, além de saber benzer, sabem e podem dar assistência a partos ou recolocar juntas deslocadas e/ou nervos estirados. Esses procedimentos também podem ser realizados por um benzedor. 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, o “assombro de olhada de bicho”.

Os relatos indicaram que as práticas terapêuticas adotadas pelos pajés foram, ao longo dos anos, compatibilizando dois sistemas médicos — em outras palavras, eles exerceram a intermedicalidade nas suas ações terapêuticas, especialmente quando não tinham mais força física para viajar aos encantos ou invocar os “bichos do fundo”. Além disso, na velhice, a perda da acuidade visual dificultava a realização das sessões de pajelança, por estarem impedidos de diagnosticar através do olhar quando invocavam os “bichos”.

O “dom de trabalhar com saúde” qualifica o especialista local de cura a descobrir qual é a doença que afeta quem o procura e a indicar os remédios 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. Além do “dom”, esses especialistas possuem conhecimentos e habilidades complementares que vão sendo adquiridos e aprimorados durante a vida através do ensinamento dado por um especialista mais experiente, da observação, da experimentação e do que lhes é ensinado pelos seres que neles “se invocam” durante os “trabalhos” de cura.

Entretanto, não apenas os especialistas locais de cura passaram pela experiência da doença e do tratamento com um pajé ou curador que identificou o seu “dom de trabalhar com saúde”. Também os ACSs, de forma geral, tiveram, nessas circunstâncias, a descoberta do seu “dom”, mesmo que não atuem segundo o “jeito tradicional”. Os ACSs surgiram no contexto de um programa internacional implementado pelos Estados nacionais e destacam-se no desenvolvimento de ações em atenção primária à saúde em nível municipal. São considerados pelos poderes públicos municipais da região do Tapajós e pelas ONGs que ali atuam em saúde como agentes fundamentais para a implementação de programas de atendimento diferenciado

em saúde para a população ribeirinha. Através da sua atuação foi possível compreender como eles articulam as concepções locais sobre saúde e doença com aquelas fornecidas pela biomedicina, e a forma como se inserem nas políticas públicas em saúde segundo a organização política comunitária baseada no parentesco.

Contratados e treinados para atuar no âmbito de políticas em saúde orientadas pelo modelo biomédico, são estimulados a desconsiderar ou desqualificar o modelo terapêutico tradicional. Contudo, por serem membros de uma comunidade que adota essas práticas e porque eles próprios acreditam nelas, transitam entre dois universos cosmológicos e atuam como mediadores entre dois sistemas médicos e entre os objetivos das políticas sociais implementadas pelo Estado e as demandas políticas locais. Orientados e capacitados em oficinas e cursos promovidos por diferentes instituições para exercer suas atividades no âmbito do modelo biomédico, os ACSs vivem a experiência ambígua de atuar segundo esse modelo simultânea ou alternadamente com as concepções e práticas terapêuticas tradicionais. Considerando os vínculos, individuais ou coletivos, dos ACSs com diferentes instituições (governamentais, não-governamentais e religiosas), eles transitam num universo polissêmico, onde diferentes agências apresentam diferentes formas de entendimento do processo saúde, doença e cura, e disputam, também no campo da saúde, poder para estabelecer um modelo ideal de sociedade. Esse campo se configura como um mercado simbólico, no interior do qual o moderno e o tradicional disputam poder para “legitimar sua própria visão de mundo e práticas sociais” (GARNELO, 2001, p.244).

A condição de mediadores entre a perspectiva cosmológica local e a científica sobre saúde, doença e cura coloca os ACSs numa série de situações contraditórias e conflituosas em suas atividades cotidianas. Embora existam restrições e estejam submetidos ao controle e ao modelo da biomedicina, no seu cotidiano atuam com maior liberdade e autonomia. Não hesitam em adotar procedimentos que considerem adequados para acabar com ou minimizar o sofrimento daqueles que os procuram. Ao se eximirem do julgamento moral acerca das concepções e práticas terapêuticas tradicionais, os ACSs ampliam o leque de possibilidades e evitam afetar sua relação com a comunidade, o que aconteceria se apenas reproduzissem mecanicamente os discursos e práticas dos profissionais de saúde.

Eles possuem papel destacado nas comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós por controlarem bens simbólicos que lhes conferem poder e prestígio. Mas, por não poderem atender a todas as demandas dos moradores, devido ao regulamento imposto pelo programa, que restringe o exercício de alguns procedimentos, vivem, muitas vezes, situações de confronto com aqueles. Os ACSs se queixam de “dor de cabeça” — principal sintoma de

“mau-olhado de bicho” — quando se encontram na condição de intermediários entre a comunidade e os profissionais de saúde, sobretudo naquelas situações em que lhes são atribuídas responsabilidades conflitantes com o modelo terapêutico local. Como seu trabalho requer grande esforço pessoal e familiar, vivenciam situações de vulnerabilidade a sofrimento e riscos decorrentes do cotidiano de trabalho, o que afeta sua qualidade de vida.

A aceitação da intervenção do ACS na vida familiar está relacionada ao vínculo religioso e às suas relações de parentesco com as famílias que compõem a comunidade. Conflitos interfamiliares implicam em rejeição ou críticas ao seu trabalho — se isso acontece, o seu cargo passa a ser disputado por outras famílias. Como ele interage cotidianamente com a comunidade da qual é membro, é quem sofre cobranças, críticas, acusações e, inclusive, ameaças que os outros profissionais de saúde nem sempre compreendem ou que desqualificam.

No conjunto de atividades desenvolvidas pelos ACSs que atuam no baixo Tapajós, a excessiva normatização do cumprimento de protocolos burocráticos, a verticalização das decisões, a influência sanitarista cobradora de resultados estatísticos e as exigências técnicas tensionam sua atuação junto à população. Verifica-se que a organização padronizada das ações em saúde obedece a uma racionalidade contabilista que preside as ações definidas pelo modelo biomédico. Racionalidade associada, em nível local, à lógica do sistema de aviamento. Do ponto de vista da produtividade individual, avaliada a partir dos protocolos que precisam preencher e apresentar mensalmente — “entrega da produção” —, atendem às exigências, mas diferentes situações vivenciadas cotidianamente não são computadas nas estatísticas oficiais.

Os especialistas locais de cura e os agentes comunitários de saúde são sujeitos fundamentais na articulação no campo da saúde entre os diferentes modelos terapêuticos existentes nas comunidades ribeirinhas. A relação entre os ACSs e os especialistas locais de cura se apresenta como complementar, mas as “parcerias” entre eles nem sempre são tranquilas, porque, além do “jeito próprio” de cada um trabalhar, pode haver divergências quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Contudo, querendo ver reconhecidos os conhecimentos adquiridos nos cursos de capacitação que fez, o ACS depende da orientação de um curador para saber se a doença é “do médico” ou não. É freqüente que, após terem recorrido a um ou mais especialistas de cura, pessoas apresentando sintomas de estarem doentes procurem o ACS ou diretamente o Posto de Saúde.

No uso dos “remédios” observa-se a atuação complementar entre os ACSs e os especialistas locais de cura, especialmente na utilização medicinal dos recursos da flora ou da

fauna. Entre os comunitários, as plantas medicinais evidenciam um ponto de encontro entre permanências e rupturas culturais, sendo observadas diferentes formas de uso, a incorporação de novos métodos de uso e novos objetivos para esses usos. A noção ribeirinha de “remédio” abrange substâncias ou compostos de substâncias com propriedades terapêuticas, bem como um conjunto de outros procedimentos realizados para a cura. Para cada doença corresponde um tipo de remédio, porque há enfermidade que “pertence ao médico” e é da “parte do remédio de farmácia” e há aquela que é da “parte do remédio da terra ou do mato” e pertence ao especialista de cura. É freqüente a combinação desses “remédios” para a composição de outro, bem como o uso da oração para aumentar suas propriedades de cura, mesmo dos industrializados.

A oração, ou reza, potencializa as propriedades terapêuticas dos medicamentos por possuir poder de imprimir mudanças na ordem natural a partir de uma interferência de caráter espiritual. É ela própria um ato terapêutico com poder de realizar o diagnóstico e a cura, definir escolhas terapêuticas e fortalecer outros procedimentos terapêuticos. No contexto tapajônico, cada especialista de cura tem sua própria oração, aprendida com aquele que descobriu seu dom ou transmitiu os saberes e habilidades terapêuticas. Ela pode ainda ter sido revelada diretamente pelos “bichos”. Em ambos os casos, é freqüente sua reelaboração a partir de uma releitura pessoal.

As indicações sobre o adoecimento causado pelo “olho de bicho” estão relacionadas ao descumprimento de convenções que orientam a forma como os indivíduos ou o grupo devem se portar em determinadas situações, lugares e estados fisiológicos. A cura promove o restabelecimento da saúde, mas pode também significar a passagem para um novo estado ou uma nova condição de pessoa. Isto será descoberto ao longo do itinerário terapêutico seguido pelo doente e seus familiares, uma vez que o ritual terapêutico possui caráter cognitivo que fornece noções sobre o mundo.

Além das curas realizadas segundo os procedimentos tradicionais ou biomédicos, ocorrem aquelas resultantes da intervenção divina durante os cultos evangélicos ou pela imposição de mãos por pastores. Igrejas evangélicas estão inseridas no itinerário terapêutico de muitos ribeirinhos, congregados ou não, porque realizam ações em saúde segundo o modelo biomédico simultaneamente à ação missionária, oportunidade na qual realizam, nas comunidades, cultos para ministração de cura por intervenção divina. Embora a tolerância deva ser tomada como valor orientador das condutas dos fiéis, as concepções e práticas de cura realizadas pelos pajés e curadores — por invocarem os “bichos” para diagnóstico e tratamento, fazerem uso de “cigarro” e defumação — são condenadas por pastores e

congregados, que as consideram obra do demônio. Inclusive, o “assombro de bicho” é considerado como uma doença provocada pelo diabo ou ser ela a sua própria manifestação. Mesmo condenando as concepções e práticas de pajelança, em algum momento de sua vida os congregados mais velhos já se valeram de tratamentos realizados por pajés, curadores ou benzedores, alguns dos quais seus parentes. Alguns ACSs, antes de converterem-se ao evangelismo, foram afetados pelo “assombro de olhada de bicho” e buscaram tratamento com os pajés ou curadores, ocasião que descobriram sua vocação para trabalhar na área da saúde.

Ao longo da trajetória 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 modelos terapêuticos. Num sentido mais amplo, os itinerários terapêuticos percorridos evidenciam que os limites entre os modelos terapêuticos, da perspectiva dos ribeirinhos, são bastante permeáveis e congruentes.

O traçado do itinerário terapêutico seguido pelos ribeirinhos começa com o diagnóstico da doença mediante rezas. Estas são realizadas inicialmente por um especialista de cura; em sendo constatado que a doença não pode ser por tratada ele, o doente é encaminhado a outro especialista. Caso se descubra que a doença pertence ao médico, a pessoa é encaminhada ao ACS que atua na comunidade, com o intuito de obter uma guia de encaminhamento para agendar uma consulta no Posto de Saúde da cidade. Para o ribeirinho, o médico é uma figura que metonimicamente representa o sistema biomédico, cuja aparência e postura recorrentemente mudam 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 perturba e provoca sofrimento.

Meus dados etnográficos mostram que o itinerário terapêutico é percorrido circularmente de forma meândrica. Inicia com um especialista local de cura, residente na própria comunidade; depois, se este não resolveu o problema ou se não se considerou com condições de realizar o tratamento, procura-se outro. Se ainda persistir o sofrimento, recorre-se, com a mediação ou não do ACS, à consulta e ao tratamento médicos, em concomitância ou não com um especialista de cura residente na cidade. O deslocamento para consulta com um médico sinaliza a gravidade da doença. Caso seja “desenganada pelos médicos”, a pessoa recorre novamente aos curadores. Embora reconheçam a eficácia dos “recursos da medicina” e digam que o médico é o “último recurso”, é freqüente o doente retornar aos cuidados dos especialistas locais de cura, pois algumas doenças só eles curam, mesmo aquelas consideradas

inicialmente como não lhes pertencente. Isso porque a persistência da doença e a ineficácia dos procedimentos terapêuticos da biomedicina levam o doente e seus familiares a interpretarem-na como sendo causada por um “bicho”.

Agentes externos ligados à área da saúde têm, historicamente, tentado implementar mudanças nos costumes e valores dos ribeirinhos do baixo Tapajós, em nível local, a partir de outra racionalidade e de outro modelo. Entretanto, a população ribeirinha apreende as agências bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, o poder público (federal, estadual e municipal) e as ONGs segundo seus próprios esquemas culturais, o que indica ser a esfera pública uma forma visível da esfera cosmológica. Ao associar as instituições aos seres capazes de mudar de aparência, colocam a política no interior de um campo semântico e classificatório que lhes é familiar e lhes fornece elementos para orientar suas estratégias. É a partir dessa lógica que organizam seu modo de vida, seguem seu itinerário terapêutico e atuam no processo de implementação de projetos modernizadores, orquestrando-os de modo nativo em nível local.

As expectativas de um conjunto de agentes modernizadores, de que o conhecimento científico substituiria as crenças no sobrenatural e que a medicina moderna seria o último recurso contra os especialistas locais de cura, não se confirmaram. Não obstante diferentes agentes proporem mudanças, os ribeirinhos as articulam às novas idéias ou práticas de acordo com sua própria lógica e segundo seus próprios interesses. Mesmo demandando por serviços públicos em saúde, os reordenam em nível local segundo seus próprios modelos culturais, os quais são atualizados conjunturalmente. Mantêm, assim, vivas suas práticas terapêuticas tradicionais associadas às biomédicas, e continuam sendo assombrados por “bichos” que se manifestam sob diferentes aparências, “engerados” em outras qualidades de seres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHTERBERGER, J. *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus, 1996.

ALENCAR, E. F. *Terra caída: encanto, lugares e identidades*. 2002. Tese (Doutorado em Antropologia). Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

ALMEIDA, M. W. B. *Rubber tappers of upper Juruá river, Brazil: the making of a forest peasant economy*. 1992. Thesis (Doctorate in Social Anthropology). University of Cambridge, Cambridge, 1992.

_____. As reservas extrativistas e o valor da biodiversidade. In: ANDERSON, A.; ALLEGRETTI, M.; ALMEIDA, M. (Org.) *O destino da floresta: reservas extrativistas e desenvolvimento sustentável na Amazônia*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 259-276.

ALMEIDA, R. H. *O Diretório dos Índios: um projeto de “civilização” no Brasil do século XVIII*. Brasília: Ed. UnB, 1997.

_____. *Relatório de viagem ao rio Tapajós*. Brasília: Funai, 2001. mimeo.

AMAZÔNIA. *ProManejo - Projeto Apoio ao Manejo Florestal Sustentável na Amazônia*. Disponível em: <http://www.amazonia.org.br/guia/detalhes.cfm?id=13296&tipo=6&cat_id=38&subcat_id=156>. Acesso em: jan. 2008.

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

_____. *Santarém: uma síntese histórica*. Canoas: Ed. Ulbra, 1999.

ARAMBURU, M. Aviamento, modernidade e pós-modernidade no interior amazônico. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 9, p. 25, p. 82-99, 1994.

ARHEM, K. Ecosofia Makuna. In: CORREA, F. (Org.). *La selva humanizada: ecología alternativa en el tropico húmedo colombiano*. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología/Fondo FEN Colombia/Fondo Editorial Cerec, 1993. p. 109-126.

_____. The cosmic food web: human-nature relatedness in the northwest Amazon. In: DESCOLA, P.; PALSSON, G. (Ed.). *Nature and society: anthropological perspectives*. London: Routledge, 1996. p. 185-204

BALÉE, W. Indigenous transformations of amazonian forests: an example from Maranhão, Brazil. *L'Homme*, v. 33, n. 126-128, p. 231-254, 1993.

BARBIN, H. *Do feitiço à malária: uma etnografia do sistema de saúde na Reserva Extrativista do Alto Juruá - Acre*. 1999. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

BARROSO, M. M. Projeto Saúde e Alegria: um ensaio crítico. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, n. 24, p. 1-43, 2003. Disponível em: <<http://inovando.fgvsp.br/conteudo/documentos/cadernosgestaopublica/CAD%2024.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BAUM, F. Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veinteuno. *Medicina Social*, v. 2, n. 1, p. 37-46. Disponível em: <<http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/84/173>>. Acesso em: 11 nov. 2007.

BEGOSSI, A.; BRAGA, F. M. S. Food taboos and folk medicine among fishermen from the Tocantins river (Brazil). *Amazoniana*, v.12, n. 1, p. 101-118, 1992.

BENEVIDES, I. A. Viagem pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 169-205.

BETENDORF, J. F. Chronica da missão dos padres da Companhia de Jesus no estado do Maranhão. *Revista do IHGB*, Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1910. t. 72, parte 1.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BORNSTEIN, V. J.; STOTZ, E. N. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 259-268. Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva>. Acesso em: 21 nov. 2007

BRABO, E. S.; COSTA, M. Q.; RAMOS, J. F. F. Estudo preliminar da ocorrência de mercúrio nos rios Crepori e Marupá – bacia do Tapajós (PA). In: GUIMARÃES, G. A.; SILVA, A. R. B.; DUTRA, M. S. (Org.). *Contaminação mercurial: homem versus meio ambiente nos garimpos de ouro da Amazônia*. Belém: Unamaz, 1994. p. 127-135.

BRANCH, L. C.; SILVA, M. F. Folk medicine of Alter do Chão, Pará, Brazil. *Acta Amazonica*, v. 13, n. 5-6, p. 737-797, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. Projeto de Apoio ao Manejo Florestal na Amazônia. *A transformação para conservar está em nossas mãos: Plano de manejo – Floresta Nacional do Tapajós*. Santarém: Ibama, 2005.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis. *Floresta Nacional do Tapajós*. Mapas para download. Mapas da Flona do Tapajós. Disponível em: <http://www.ibama.gov.br/flona_tapajos/index.php?id_menu=86>. Acesso em: 12 out. 2006.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E.; PETUCO, D. R. S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino aprendizagem em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 11, p. 32-38, 2006.

BUCHILLET, D. Antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: _____. (Org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Cejup, 1991. p. 21-44.

CAMARGO, C. F. *Sociedade e natureza nas ondas do rádio na Amazônia: representações e significados*. 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005.

CAMPOS, A. L. V. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CANESQUI, A. M. Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 13-32.

_____. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CAPRARA, A. Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1998. p. 123-138.

CARDOSO, M. *Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade*. São Paulo: Ed. UFSCAR, 1999.

_____. 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, 2005. mimeo.

CARNEIRO DA CUNHA, M. Saberes locais, tramas identitárias e o sistema mundial na antropologia de Manuela Carneiro da Cunha. *Sexta-Feira*, n. 3, p. 80-92, 1998.

_____. Xamanismo e tradução. In: NOVAES, A. (Org.). *A outra margem*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 223-235.

CRAVALHO, M. A. *An invisible universe of evil: supernatural malevolence and personal experience among Amazon peasant*. 1993. PhD Dissertation (Doctorate in Anthropology). University of California, San Diego, 1993.

_____. “De doente a “encantado” – o conceito de mecanismo de defesa constituído culturalmente e a experiência de uma vítima de “espírito mau” em uma comunidade rural na Amazônia”. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 157-177.

CEAPS/PROJETO SAÚDE & ALEGRIA. *Projeto Saúde e Alegria*. Disponível em: <www.saudeealegria.org.br/jornal>. Acesso em: 3 jul. 2006.

_____. *Apresentação geral*. Disponível em: <http://www.saudeealegria.org.br/sitepsa/01_APRESENTACAO_GERAL-Inicio.htm>. Acesso em: 13 jul. 2007.

CLASTRES, P. O arco e o cesto. In: _____. *A sociedade contra o Estado*. São Paulo: Cosac e Naify, 2003. p. 117-143.

CLEARY, D. *A garimpagem de ouro na Amazônia: uma abordagem antropológica*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1992.

COLARES, A. A. *Sociedade e educação em Santarém - Pa: estudo do período em que o município foi área de segurança nacional (1969/1984)*. 1998. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

DA MATTA, R. Panema: uma tentativa de análise estrutural. In: _____. *Ensaio de antropologia estrutural*. Petrópolis: Vozes, 1973. p. 63-92.

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

_____. Notas a respeito da cosmologia amazônica. In: ENCONTRO REGIONAL DE TROPICOLOGIA, 2. *Anais...* Recife, 1985. Disponível em: <http://www.tropiologia.org.br/conferencia/1985_notas_coemologia.html>. Acesso em: 15 mai. 2003.

_____; SOÁREZ, E. *Águias, burros e borboletas: um estudo antropológico do jogo do bicho*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

DAVID, H. M. S. L. De povo de Deus à institucionalização domesticadora: mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 217-235.

DEAN, W. *A luta pela borracha no Brasil*. São Paulo: Nobel, 1989.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. *Declaração de Alma-Ata*. Saúde para todos no ano 2000. Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários. 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS. Disponível em: <http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm>. Acesso em: 20 mai. 2008.

DESCOLA, P. Societies of nature and the nature of society. In: KUPER, A. (Ed.). *Conceptualizing society*. Londres: Routledge, 1992. p. 107-126.

_____. Ecologia e cosmologia. In: CASTRO, E.; PINTON, F. (Org.). *Faces do trópico úmido: conceitos e novas questões sobre desenvolvimento e meio ambiente*. Belém: Cejup, 1997. p. 243-261.

_____. Estrutura ou sentimento: a relação com o animal na Amazônia. *Mana*, v. 4, n. 1, p. 23-45, 1998.

_____. A selvageria culta. In: NOVAES, A. (Org.). *A outra margem*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 107-124.

DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA. *Cunauaru*. Disponível em: <<http://www.hostdime.com.br/dicionario/cunauaru.html>>. Acesso em: 11 jan. 2008.

DOUGLAS, M. *Pureza e perigo: ensaios sobre as noções de poluição e tabu*. Lisboa: Ed. 70, [s.d.].

DUARTE, L. F. D. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

_____. Pessoa e dor no Ocidente. *Horizontes Antropológicos*, v. 4, n. 9, p. 13-28, 1998.

DUMONT, L. *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

ELISABETSKY, E.; SETZER, R. Caboclo concepts of disease, diagnosis and therapy: implications for ethnopharmacology and health systems in Amazonia. *Studies in Third World Societies – The amazon caboclo: historical and contemporary perspectives*, n. 32, p. 243-278, 1985.

ÉRIKSON, P. “‘I’, ‘UUU’, ‘SHHH’: gritos, sexo e metamorfose entre os Matis (Amazônia brasileira). *Mana*, v. 6, n. 2, p. 37-64, 2000.

ERTHAL, R. M. C. A formação do agente de saúde indígena Tikuna no alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 197-215.

ESTRELLA, E. *Plantas medicinales amazônicas: realidad y perspectivas*. Quito: PNUD, 1994. mimeo.

FATHEUER, T. A Floresta Nacional do Tapajós – participação para o desenvolvimento sustentável? In: LEROY, J. P.; SOARES, M. C. C. (Org.). *Bancos multilaterais e desenvolvimento participativo no Brasil: dilemas e desafios*. Rio de Janeiro: Fase/Ibase, 1998. p. 55-78.

FERNANDES, J. C. L. Agentes de saúde em comunidades urbanas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 8, n. 2, p. 134-139, 1992.

FIGUEIREDO, A. M. *A cidade dos encantados: intelectuais, feiticeiros e pajés na Amazônia - 1870-1950*. 1996. Dissertação (Mestrado em História Social). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

FIGUEIREDO, N. Pajelança e catimbó na região bragantina. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Alagoas*, n. 32, p. 41-52, 1976.

_____. Os 'bichos' que curam: os animais e a medicina de 'folk' em Belém do Pará. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi - Série Antropologia*, v. 10, n. 1, p. 75-91, 1994.

FIGUEIREDO, R. E. D. *Cuidando da saúde do vizinho: as atividades de antropólogos norte-americanos no Brasil*. 2004. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FLEISCHER, S. R. 2007. *Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço - Pará*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

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.

FONSECA, C. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004.

FREYRE, G. *Casa grande e senzala*. 32.ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

FURTADO, L. *Pescadores do Amazonas*. 1988. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

GALVÃO, E. *Santos e visagens*. São Paulo: Ed. Nacional/INL, 1976.

_____. Panema: uma crença do caboclo amazônico. In: _____. *Encontro de sociedades no Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. p. 57-62.

_____. Vida religiosa do caboclo da Amazônia. *Religião e Sociedade*, n. 10, p. 3-8, 1983.

GARNELO, L. Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 237-259.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GERALDO, J. *Organização, consciência e luta*. Santarém: Ed. União, 2003.

GIFFIN, K.; SHIRAIW, T. O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 5, n. 1, p. 24-44, 1989.

GODELIER, M. *Lo ideal y lo material*. Madrid: Taurus Humanidades, 1989.

GOMES, D. M. C. *Cerâmica arqueológica da Amazônia*. São Paulo: Fapesp/Edusp/Imprensa Oficial, 2002.

GONÇALVES, V. A. *Levantamento de mercado de produtos florestais não madeireiros – Floresta Nacional do Tapajós*. Santarém: Ibama/ProManejo, 2001.

GOW, P. O parentesco como consciência humana? O caso Piro. *Mana*, v. 3, n. 2, p. 39-65, 1997.

GUEDES, S. *Jogo de corpo: um estudo de construção social de trabalhadores*. Niterói: Eduff, 1997.

HARRIS, M. *Life on the Amazon: the anthropology of a brazilian peasant village*. Oxford: Oxford University Press, 2000.

_____. Presente ambivalente: uma maneira amazônica de estar no tempo. ADAMS, C.; MURRIETA, R.; NEVES, W. (Org.). *Sociedades caboclas amazônicas: modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Fapesp/AnnaBlume, 2006. p. 81-108.

INGOLD, T. Humanidade e animalidade. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 10, n. 28, p. 39-53, 1995.

IORIS, E. Conflitos em unidades de conservação com populações locais: o caso da Floresta Nacional do Tapajós. In: REUNIÃO DE ANTROPOLOGIA, 22. Brasília, 2000. mimeo

KAMPPINEN, M. *Espiritus incorporados: the roles of plants and animals in the amazonian mestizo folklore*. *Journal of Ethnobiology*, v. 8, n. 2, p. 141-148, 1988.

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C.; TAKAYANAGUI, A. M. M. O trabalho do agente comunitário de saúde. *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunitária*, v. 2, n. 5, p. 23-29, 2006.

KOK, *Os vivos e os mortos na América portuguesa: da antropofagia à água do batismo*. Campinas: Ed. Unicamp, 2001.

LANGDON, E. J. *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Ed. UFSC, 1996.

_____. Cultura e os processos de saúde e doença. In: JEOLÁS, L. S.; OLIVEIRA, M. 2003. *Anais do seminário sobre cultura, saúde e doença*. Londrina: PNUD/CIPSI, 2003. p. 91-107.

_____. 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.

_____ et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.

LANNA, M. P. D. *A dívida divina: troca e patronagem no Nordeste brasileiro*. Campinas: Ed. Unicamp, 1995.

LAPA, J. R. A. *Livro da visitação do Santo Ofício da Inquisição no estado do Grão Pará*. Petrópolis: Vozes, 1978.

LE BRETON, D. A síndrome de Frankenstein. In: SANT'ANNA, D. B. (Org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 49-67.

LEAL, O. F. Sangue, fertilidade e práticas contraceptivas. In: _____. *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. 2.ed. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2001. p. 15-36.

LEIRNER, P. C.; TOLEDO, L. H. Mundo cão: um exercício sobre as fronteiras entre natureza e cultura no meio urbano. *Sexta Feira*, n. 3, p. 128-133, 1998.

LEITE, M. Posto de saúde flutuante alegre o Tapajós. *Folha de S. Paulo*, 31 dez. 2006. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff3112200613.htm>>. Acesso em: 31 dez. 2006.

LEITE LOPES, J. S. 1979. Fábrica e vila operária: considerações sobre uma forma de servidão burguesa. In: LEITE LOPES, J. S. et al. 1979. *Mudança social no Nordeste: a reprodução da subordinação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

LEMOINE, M. S. dos A. F. *La educación y la cultura de la aldea Munduruku-Takyara del río Tapajós: sus valores pedagógicos y antropológicos, subsídios para la educación intercultural (Amazonia-Pará-Brasil)*. 2005. Tesis (Doctorado en Educación). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, 2005.

LEROY, J. P. *Uma chama na Amazônia*. Petrópolis: Vozes, 1991.

LÉVI-STRAUSS, C. O feiticeiro e sua magia. In: _____. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975a. p. 198-213.

_____. A eficácia simbólica. In: _____. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975b. p. 215-236.

_____. *O olhar distanciado*. Lisboa: Ed. 70, 1986.

_____. *O cru e o cozido*. São Paulo: Cosac & Naify, 2004.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 197-203, 2004.

LIMA, D. de M. A construção histórica do termo caboclo: sobre estruturas e representações sociais no meio rural amazônico. *Novos Cadernos NAEA*, v. 2, n. 2, p. 5-32, 1999.

LIMA, I. J. S. *Cantinas garimpeiras: um estudo das relações sociais nos garimpos de ouro do Tapajós*. Belém: Seicom, 1994.

LIMA AYRES, D. M. *The social category caboclo: the history social organization, identity and outsider's social classification of rural population of an Amazonian region (the middle Solimões)*. 1992. Thesis (Doctorate in Anthropology). University of Cambridge, Cambridge, 1992.

LINS E SILVA, T. *Os Curupira foram embora: economia, política e ideologia numa comunidade amazônica*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1980.

LOUREIRO, J. J. P. *Cultura amazônica: uma poética do imaginário*. Belém: Cejup, 1995.

LOYOLA, M. A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel, 1984.

LUNA, L. E. Xamanismo amazônico, ayahuasca, antropomorfismo e mundo natural. In: LABATE, B. C.; ARAÚJO, W. S. (Org.). *O uso ritual da ayahuasca*. São Paulo: Fapesp/Mercado de Letras, 2002. p. 179-198.

MALUF, S. W. Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da “nova era”. *Mana*, v. 11, n. 2, p. 499-528, 2005.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 3, p. 426-433, 2007.

MAUÉS, R. H. *A ilha encantada: medicina e xamanismo numa comunidade de pescadores*. Belém: Naea, 1990.

_____. Medicinas populares e pajelança cabocla na Amazônia. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 73-81.

_____. *Padres, pajés, santos e festas: catolicismo popular e controle eclesiástico: um estudo antropológico numa área do interior da Amazônia*. Belém: Cejup, 1995.

_____. “Malineza”: um conceito da cultura amazônica. In: BIRMAN, P.; NOVAES, R.; CRESPO, S. (Org.). *O mal à brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 1997. p. 32-44.

_____. Um aspecto da diversidade cultural do caboclo amazônico. *Estudos Avançados*, v. 19, n. 53, p. 259-274, 2005.

MAUÉS, R. H.; MOTTA-MAUÉS, A. O modelo da reima: representações alimentares em uma comunidade amazônica. *Anuário Antropológico/77*, p. 120-147, 1978.

MAUÉS, R. H.; VILLACORTA, G. M. Pajelança e encantaria amazônica. In: PRANDI, R. (Org.). *Encantaria brasileira: o livro dos mestres, caboclos e encantados*. Rio de Janeiro: Pallas, 2001. p. 11-58.

MAUSS, M. A prece (1909). In: _____. *Marcel Mauss: antropologia*. São Paulo: Ática, 1979. p. 102-146. (Grandes cientistas sociais, 11).

_____. As técnicas do corpo. In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003a. p. 401-422.

_____. Ensaio sobre as variações sazonais das sociedades esquimós. In: _____. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003b. p. 425-505.

MELO, E. M. de et al. A organização da atenção básica em municípios integrantes do Projeto Expansão. Consolidação da saúde da família em Mato Grosso, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, sup.1, p. s29-s41, 2008.

MENÉNDEZ, M. Uma contribuição para a etno-história da área Tapajós-Madeira. *Revista do Museu Paulista*, n. 28, p. 289-388, 1981/1982.

_____. Contribuição ao estudo das relações tribais na área Tapajós-Madeira. *Revista de Antropologia*, n. 27/28, p. 271-286, 1984/1985.

MENGENT, P. Entre memória e história. In: NOVAES, A. (Org.). *A outra margem do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999. p. 153-165.

MERLEAU-PONTY, M. O olho e o espírito. In: _____. *Textos escolhidos*. São Paulo: Abril, 1980. p. 85-111. (Os pensadores)

MISSÃO PAZ. *Missão Paz*. Disponível em: <www.missaopaz.org.br>. Acesso em: 13 jul. 2006.

_____. *Quem somos*. Nossa história: um legado espiritual. Disponível em: <<http://www.missaopaz.com/somos/historia.php>>. Acesso em: 22 jul. 2007a.

_____. *Quem somos*. Nossa essência: conheça a missão. Disponível em: <<http://www.missaopaz.com/somos/essencia.php>>. Acesso em: 22 jul. 2007b.

MOREIRA, A.; ANDERSON, A. Introdução: unidades de conservação no Brasil: populações tradicionais, Estados e sociedade. In: MOREIRA et al. (Ed.). *Presença humana em unidades de conservação*: anais do Seminário Internacional sobre Presença Humana em Unidades de Conservação, 26 a 29 nov. Brasília, 1996. p. 11-14.

MOTTA-MAUÉS, M. A. “*Trabalhadeiras*” e “*camaradas*”: relações de gênero, simbolismo e ritualização numa comunidade amazônica. Belém: Ed. da UFPA, 1993.

_____. “Lugar de mulher”: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença*: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 113-125.

MURPHY, R. F. *Mundurucú religion*. Berkley: University of Califórnia Press; Londres: Cambridge University Press, 1958.

MURRIETA, R. O dilema do papa-chibé: consumo alimentar, nutrição e práticas de intervenção. *Revista de Antropologia*, v. 41, n. 1, p. 97-150, 1998.

MURRIETA, R. S. S. *The dilemma of the “chibé”-eater food choices, ecology and everyday life among peasant communities in the lower Amazon, Brazil*. 2000. PhD Dissertation (Doutorate in Anthropology). University of Colorado, Bolder, 2000.

_____. Dialética do sabor: alimentação, ecologia e vida cotidiana em comunidades ribeirinhas da ilha de Ituqui, baixo Amazonas, Pará. *Revista de Antropologia*, v. 44, n. 2, p. 39-88, 2001.

NIMUENDAJU, C. Os Tapajó. *Revista de Antropologia*, v. 1, n. 1, p. 53-61, 1953.

NOGUEIRA, R. P.; SILVA, F. B.; RAMOS, Z. V. O. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde*. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/td-pdf>. Acesso em: 21 nov. 2007.

NOVO TESTAMENTO. Trad. por José Ferreira de Almeida. Nashville: The Gideons International, 1988.

NUGENT, S. *Amazonian caboclo society: an essay on invisibility and peasant economy*. Oxford: Berg, 1993.

NUNES, E. D. As ciências sociais em saúde na América Latina: uma história singular. In: BOTAZZO, C.; FREITAS, F. T. (Org.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo/Bauru: Ed. Unesp/Edusc, 1998. p. 25-42.

_____. Ciências sociais em saúde: um panorama geral. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. de A. (Org.). *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 57-72.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

PARKER, E. Cabocloization: transformation of the amerindian in Amazonia, 1615–1800. *Studies in Third World Societies – The amazon caboclo: historical and contemporary perspectives*, n. 32, p. 1-49, 1985.

PENA, F. *Descentralização e integração às políticas públicas*. 22 ago. 2006. Disponível em: <http://saudenafloresta.blogspot.com/2006_08_01_archive.html>. Acesso em: 13 dez. 2006a.

_____. *A importância da organização comunitária*. 22 ago. 2006. Disponível em: <<http://www.saudenafloresta.blogspot.com/>>. Acesso em: 13 dez. 2006b.

_____. *A saúde que chega de barco*. Inauguração do barco Abaré marca nova etapa do Programa Saúde na Floresta. 30 ago. 2006. Disponível em: <<http://www.saudenafloresta.blogspot.com/>>. Acesso em: 13 dez. 2006c.

PEREIRA, L. G. *Fazendo parto, fazendo vida: doença, reprodução e percepção de gênero na Amazônia*. 1993. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1993.

PERRONE-MOISÉS, B. Índios livres e índios escravos: os princípios da legislação indigenista do período colonial (séculos XVI a XVIII). In: CARNEIRO DA CUNHA, M. (Org.). *História dos índios no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 115-132.

PIERSON, D. *O homem do São Francisco*. Rio de Janeiro: Ministério do Interior/Sudevale, 1972. t. II.

PINTO, B. C. de M. *Nas veredas da sobrevivência: memória, gênero e símbolos de poder feminino em povoados amazônicos*. Belém: Paka-Tatu, 2004.

PINTO, N. P. A. *Política da borracha no Brasil: a falência da borracha vegetal*. São Paulo: Hucitec, 1984.

PORRO, A. *O povo das águas: ensaios de etno-história amazônica*. Petrópolis: Vozes, 1995.

QUEIROZ, M. S. Feitiço, mau-olhado e susto: seus tratamentos e prevenções – aldeia de Icapara. *Religião e Sociedade*, n. 5, p. 131-160, 1980.

_____. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: Edusc, 2003.

QUEIROZ, M. S.; CANESQUI, A. M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 20, n. 2, p. 141-151, 1986.

QUEIROZ, R. C. de. Multinaturalismo x multiculturalismo na Estação Ecológica da Juréia. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, XXII. Brasília, 2000. mimeo (Trabalho apresentado no Fórum de Pesquisa 3: Conflitos Socioambientais e Unidades de Conservação)

RABELO, M. C. Religião, ritual e cura. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 47-56.

REIS, A. C. F. *Santarém: seu desenvolvimento histórico*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

RIBEIRO, G. L. *Cultura e política no mundo contemporâneo*. Brasília: Ed. UnB, 2000.

RIBEIRO, M. M. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.

RIVAL, L. Domestication as a historical and symbolic process wild gardens and cultivated forests in the ecuadorian Amazon. In: BALÉE, W. (Org.). *Advances in historical ecology*. New York: Columbia University Press, 1998. p. 232-250.

RIVIÈRE, P. AAE na Amazônia. *Revista de Antropologia*, v. 38, n. 1, p. 191-203, 1995.

RODRIGUES, J. C. *Tabu do corpo*. 4.ed. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.

ROOSEVELT, A. C. Arqueologia amazônica. In: CARNEIRO DA CUNHA, M. (Org.). *História dos índios no Brasil*. 2.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 53-86.

SABLAYROLLES, M. G. P. *Diversidade e uso de plantas em quintais ribeirinhos de Brasília Legal – Aveiro, Pará (Brasil)*. 2004. Tese (Doutorado em Biologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

SAHLINS, M. O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um objeto em vias de extinção (parte II). *Mana*, v. 3, n. 2, p. 103-150, 1997.

_____. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

SALVIANI, R. *As propostas de participação dos povos indígenas no Brasil em projetos de desenvolvimento geridos pelo Banco Mundial: um ensaio de análise crítica*. 2002.

Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SAMPAIO, P. M. Administração colonial e legislação indigenista na Amazônia. In: DEL PRIORE, M.; GOMES, F. (Org.). *Os senhores dos rios: Amazônia, margens e história*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. p. 123-139.

SCHAFER, R. M. *A afinação do mundo*. São Paulo: Ed. Unesp, 2001.

SANTARÉM. Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento. *Diagnóstico do Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano e Ambiental de Santarém*. Santarém: Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento, 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Política pública de saúde. Saúde: direito de todos e dever do Estado*. Santarém: Secretaria Municipal de Saúde, 2005. mimeo.

SANTOS, F. S. D. Tradições populares de uso de plantas medicinais na Amazônia. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, n. 6, supl., p. 919-939, 2000.

SANTOS, R. *História econômica da Amazônia*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1980.

SEEGER, A. O significado dos ornamentos corporais. In: _____. *Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1980. p. 43-57.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero/UFRJ, 1987. p. 11-29.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002a.

_____. _____. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002b.

SILVA, M. C.; SILVA, V. R. *Gênero, saúde e meio ambiente: o trabalho do agente comunitário de saúde na Amazônia Ocidental*. Disponível em: <www.alasru.org/cdalasru2006>. Acesso em: 21 nov. 2007.

SILVEIRA, N. O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA, 2004. p. 69-87.

SLATER, C. *A festa do boto: transformação e desencanto na imaginação*. Rio de Janeiro: Funarte, 2001.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 115-136.

SMITH, N. *The enchanted amazon rainforest: stories from a vanishing world*. Gainesville: University Press of Florida, 1996.

SOARES, E. S. *Desafios, resultados, ameaças e oportunidades em uma unidade de conservação na Amazônia: a Floresta Nacional do Tapajós*. Santarém: Ibama/ProManejo, 2004.

SONTAG, S. *Aids e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SOUZA, M. F. *Agentes comunitários de saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec, 2003.

SOUZA, T. M. C.; RODRIGUES, R. M. Levantamento sócio-econômico, sanitário e ambiental do garimpo Cuiú-Cuiú – Tapajós. A poluição ambiental por mercúrio. In: GUIMARÃES, G. A.; SILVA, A. R. B.; DUTRA, M. S. 1994. (Org.). *Contaminação mercurial: homem versus meio ambiente nos garimpos de ouro da Amazônia*. Belém: Unamaz, 1994. p. 105-118.

SPIX; MARTIUS. *Viagem pelo Brasil: 1817–1820*. 2.ed. São Paulo: Ed. Melhoramentos, [s.d.].

TAUSSIG, M. *Xamanismo, colonialismo e o homem selvagem: um estudo sobre o terror e a cura*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 6, n. 10, p. 75-94, 2002.

TURNER, V. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo Veinteuno, 1980.

_____. *Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu*. Rio de Janeiro: Eduff, 2005.

VASCONCELOS, E. M. Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira. In: _____. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 73-99.

VAZ, F. A. Ribeirinhos da Amazônia: identidade e magia na floresta. *Cultura Vozes*, v. 90, n. 2, p. 47-65, 1996.

_____. *Indicadores de sustentabilidade de comunidades ribeirinhas na Amazônia Oriental*. 1997. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

_____. A pajelança e a emergência étnica indígena no baixo Amazonas. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26, Porto Seguro, 1 a 4 de junho 2008. mimeo (Trabalho apresentado no GT 24 - Etnias e religiosidade: perspectivas políticas e cosmológicas).

VICENTINI, Y. *Cidade e história na Amazônia*. Curitiba: Ed. UFPR, 2004.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zer/Ed. UFRJ, 1987. p. 31-41.

_____. Prefácio. In: ARNT, R. A.; SCHWARTZMAN, S. *Um artifício orgânico: transição na Amazônia e ambientalismo (1985–1990)*. Rio de Janeiro: Rocco, 1992. p. 13-23.

_____. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, v. 2, n. 2, p. 115-144, 1996.

_____. Esboço de cosmologia Yawalapíti. In: _____. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2002a. p. 25-85.

_____. O mármore e a murta: sobre a inconstância da alma selvagem. In: _____. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2002b. p. 183-264.

_____. Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena. In: _____. *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif, 2002c. p. 347-399.

WAGLEY, C. *Uma comunidade amazônica*. Belo Horizonte: Itatiaia/Edusp, 1988.

WAWZYNIAK, J. V. *Diagnóstico sócio-econômico de nove comunidades ribeirinhas do município de Santarém onde atua o Projeto Saúde e Alegria*. Santarém: PSA/ODA, 1994.

_____. *Do barracão a casa: uma etnografia das transformações nas formas de apropriação, gestão e transmissão dos recursos naturais por seringueiros do rio Ouro Preto – Ro. 2000*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2000.

_____. *Resgate de mitos, lendas, contos e estórias e transformação deste material para divulgação*. Santarém: Ibama/ProManejo, 2001. mimeo.

_____. “Engerar”: uma categoria cosmológica sobre pessoa, saúde e corpo. *Ilha: Revista de Antropologia*, v. 5, n. 2, p. 33-55, 2003.

_____. Curupira “engerado” em Ibama: apreensão de um órgão público federal em termos cosmológicos. *Teoria e Pesquisa*, n. 44/45, p. 5-18, 2004.

_____. *Velhinha do lago, mãe do igarapé e outros mitos da Floresta Nacional do Tapajós*. 3.ed. Manaus: Ibama/ProManejo, 2006.

WEINSTEIN, B. *A borracha na Amazônia: expansão e decadência: 1850–1920*. São Paulo: Hucitec, 1993.

WOLFF, C. S. *Mulheres da floresta: uma história – alto Juruá (1890–1945)*. São Paulo: Hucitec, 1999.

WOORTMANN, K. Grupo doméstico e parentesco num vale da Amazônia. *Revista do Museu Paulista - Nova Série*, v. 17, p. 209-377, 1967.

ZACHÉ, J. Eta gente bonita. *IstoÉ Online*. 4 fev. 2004. Seção Medicina & Bem-Estar. Disponível em: <http://www.terra.com.br/istoe/1791/medicina/1791_eta_gente_bonita.htm>. Acesso em: ago. 2007.