

Hélio Barbin Júnior

Do Feitiço a Malária
Uma Etnografia do Sistema de Saúde na Reserva Extrativista do Alto Juruá
- Acre -

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre junto ao Programa de Pós –
graduação em Antropologia Social da Universidade
Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof. Dra.
Esther Jean Langdon

FLORIANÓPOLIS
1999

BARBIN, Hélio Júnior. **Do feitiço a Malária – Uma etnografia do Sistema de Saúde na Reserva Extrativista do Alto Juruá.** Florianópolis, 1999. 113p. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Curso de Pós – Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Esther Jean Langdon

Defesa: 01/10/99

Esta análise descreve os modelos de assistência em saúde - popular e oficial ou biomédico – suas características, conflitos e complementações. Procuo argumentar que estes dois principais modelos são necessários para a melhoria da qualidade em saúde desta população. Como consequência , estes modelos devem ser discutidos em conjunto na esfera das políticas públicas, especialmente naquelas que dizem respeito a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) e no processo de municipalização da Saúde.

Palavras –chave: Reservas Extrativistas; Saúde; Rezas de cura; S.U.S

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

“DO FEITIÇO A MALÁRIA: UMA ETNOLOGIA DO SISTEMA DE SAÚDE NA RESERVA EXTRATIVISTA DO ALTO JURUÁ - ACRE”

Hélio Barbin Junior

Orientadora: Dra. Esther Jean Langdon

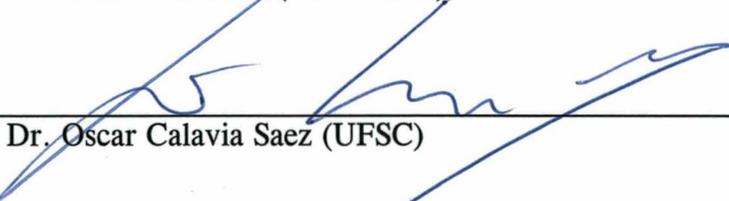
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Antropologia Social, aprovada pela Banca composta pelos seguintes professores:



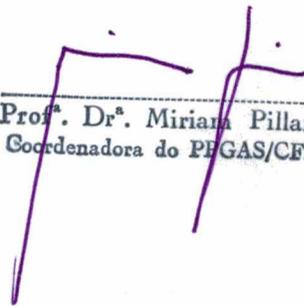
Dra. Esther Jean Langdon (UFSC-Orientadora)



Dr. Mauro Almeida (UNICAMP)



Dr. Oscar Calavia Saez (UFSC)



Prof. Dr. Miriam Pillar Grossi
Coordenadora do PEGAS/CFH/UFSC

Florianópolis, 01 de outubro de 1999.

Ao meu falecido pai.

Agradeço a todos os moradores da Reserva Extrativista do Alto Juruá, que me receberam com carinho e que foram companheiros em muitas viagens, em especial Antônio de Paula, Zé Caboclinho, Ezequiel Damasceno, Maria Zenaide, Ilarizo Nogueira, Maria Sueleide, Maria Teixeira, Maria Pinheiro, Bispo, Altemir, João Cunha, Joaquim Cunha, Dona Calô, Dona Neuda, Dona Josefá, Tonho Grajaú, Jessé de Paula, Maria Leonice, Roxo, Pedro Ginú, Dona Amélia, e ao Sr. Milton

Agradeço ao CNPQ e CAPES pela bolsa de estudos que possibilitaram a realização deste trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Esther Jean Langdon pela possibilidade desta experiência conjunta, e ao professor Mauro Almeida pelos seus conselhos e seu trabalho na Reserva Extrativista do Alto Juruá

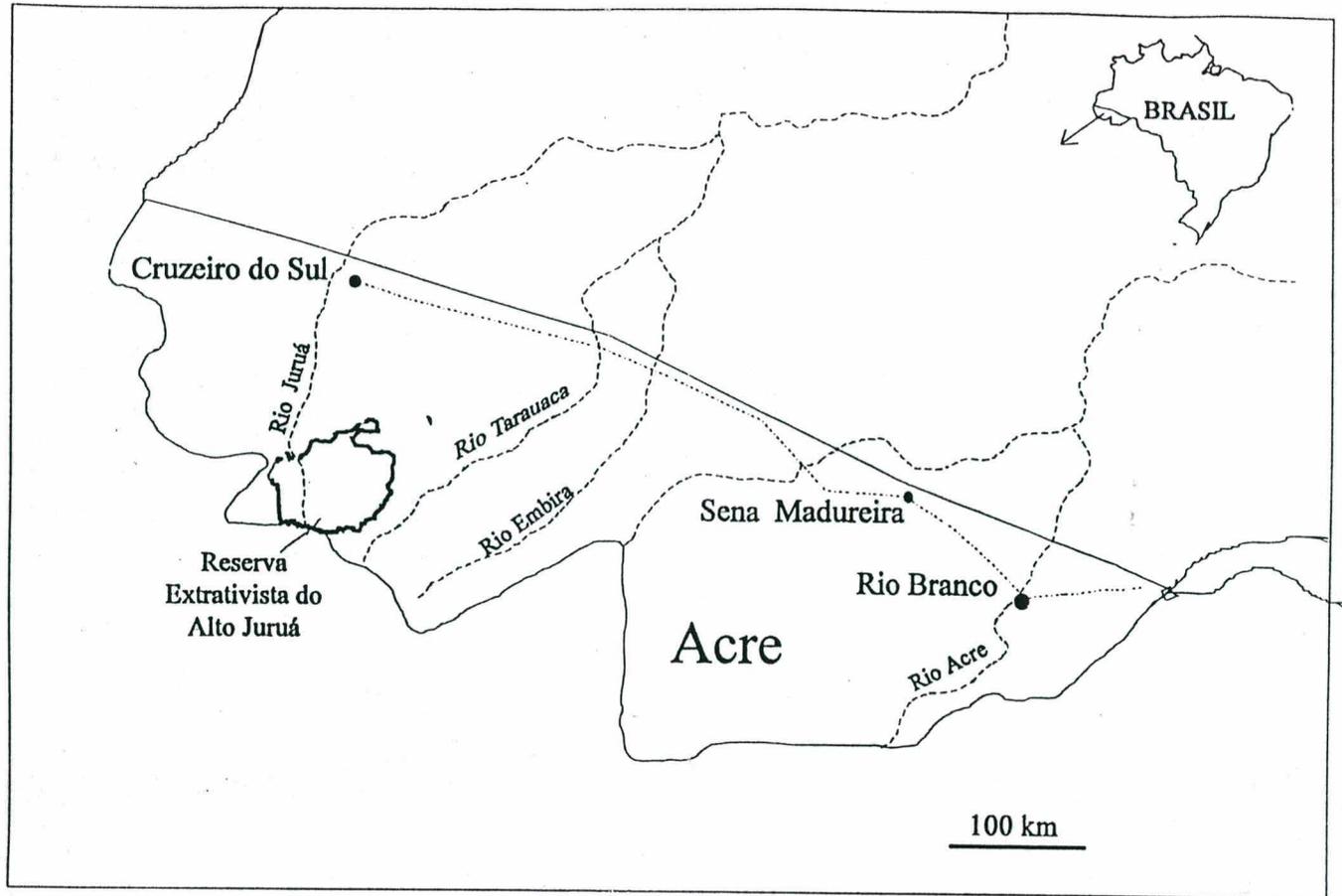
Agradeço a Andréa Martini, por me incentivar nas difíceis horas deste trabalho e Mariana Pantoja, por incentivar a iniciar a pós graduação em Antropologia social.

Resumo:

Esta dissertação tem como objetivo oferecer uma etnografia parcial do sistema de saúde experienciado pelos moradores da Reserva Extrativista do Alto Juruá, no estado do Acre. Esta análise descreve os modelos de assistência em saúde - popular e oficial (biomédico) – suas características, conflitos e complementações. Procuro argumentar que estes dois principais modelos são necessários para a melhoria da qualidade de saúde desta população. Como consequência, estes modelos devem ser discutidos em conjunto na esfera das políticas públicas, especialmente naquelas que dizem respeito à implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) e no processo de municipalização da Saúde.

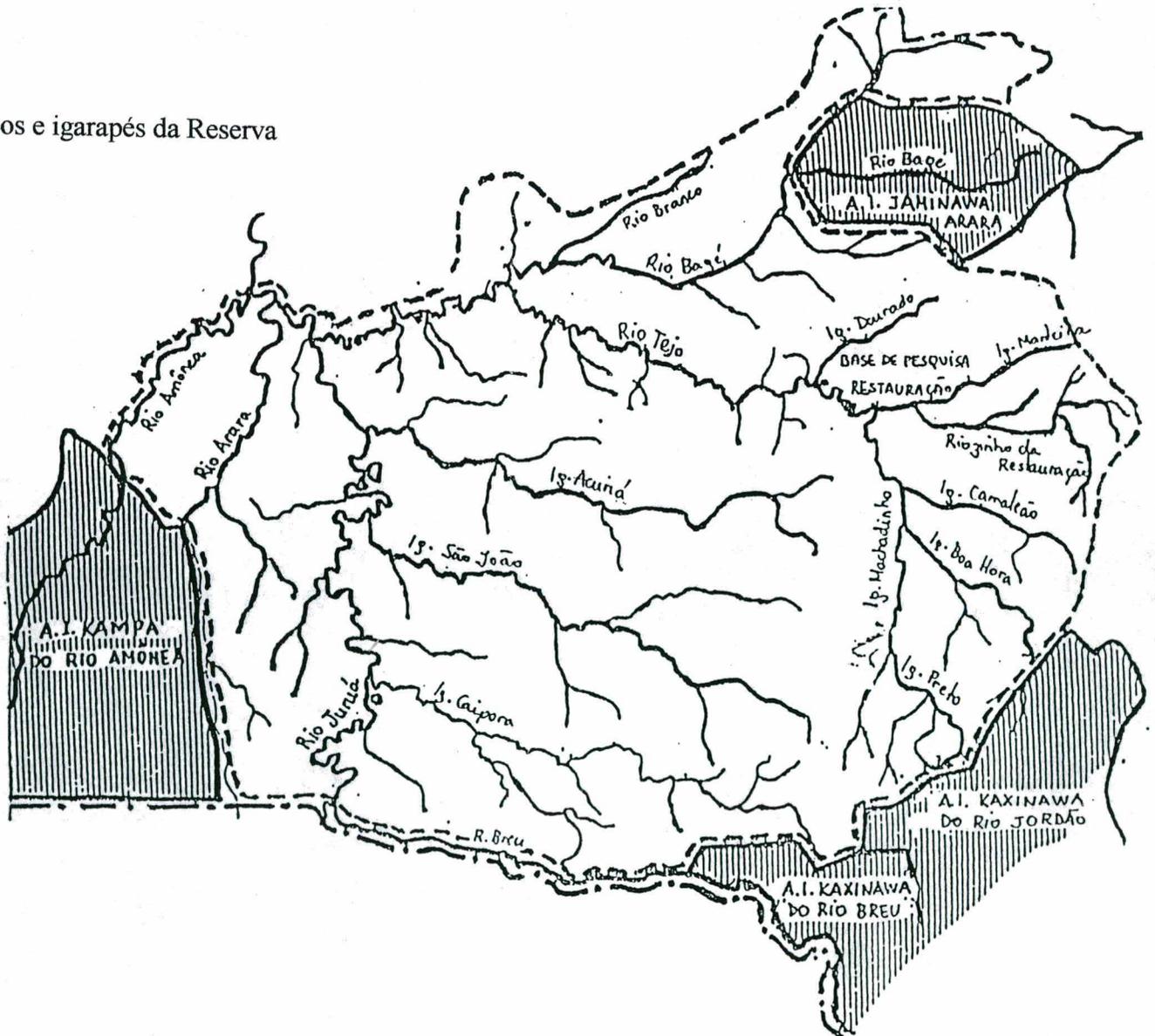
Abstract:

This research is intended to offer a partial ethnography of the health system as experienced by the dwellers of the 'Reserve Extrativista do Alto Juruá' (State of Acre, Brazil). This analysis describes the models of health assistance – popular and official (biomedical) – their characteristics, conflicts and complementary aspects. The argument followed, aims at the characterization of these two main models as necessary for the improvement of the health quality of this population. As a consequence, I argue that these models have to be discussed together in the sphere of public health politics, especially those concerned with the implementation of the SUS (Sistema Único de Saúde) and the process of municipalization of the health system.



Localização da Reserva

Rios e igarapés da Reserva



Universidade Estadual de Campinas
 Instituto de Geociências | Instituto de Filosofia e Ciências Humanas | Instituto de Biologia
 Laboratório de Processamento de Informações Geo-referenciadas - LAPIG

Ministério do Meio Ambiente dos Recursos Hídricos e da Amazônia Legal
 Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis
 Centro Nacional de Desenvolvimento Sustentado das Populações Tradicionais

RESERVA EXTRATIVISTA DO ALTO JURUÁ

DISTRIBUIÇÃO DAS COLOCAÇÕES

Legenda

- Colocações

LOCALIZAÇÃO DA ÁREA NO ESTADO

Projeto "E Possível Populações Tradicionais da Floresta Gerenciem Áreas de Conservação? Uma Experiência na Reserva Extrativista do Alto Juruá, Acre, Brasil"
 Coordenadores: M. Manuela C. da Cunha, Mauro W. B. de Almeida, Keith S. Brown Jr.

Instituições:
 UNICAMP/ Inst. de Filosofia e Ciências Humanas, Inst. de Biologia, Inst. de Geociências USP / Núcleo de História Indígena e do Indigenismo ASAREAJ / Assoc. dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá IBAMA / Centro Nacional de Desenvolvimento Sustentado das Populações Tradicionais

Financiamento: The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, IBAMA, FAPESP

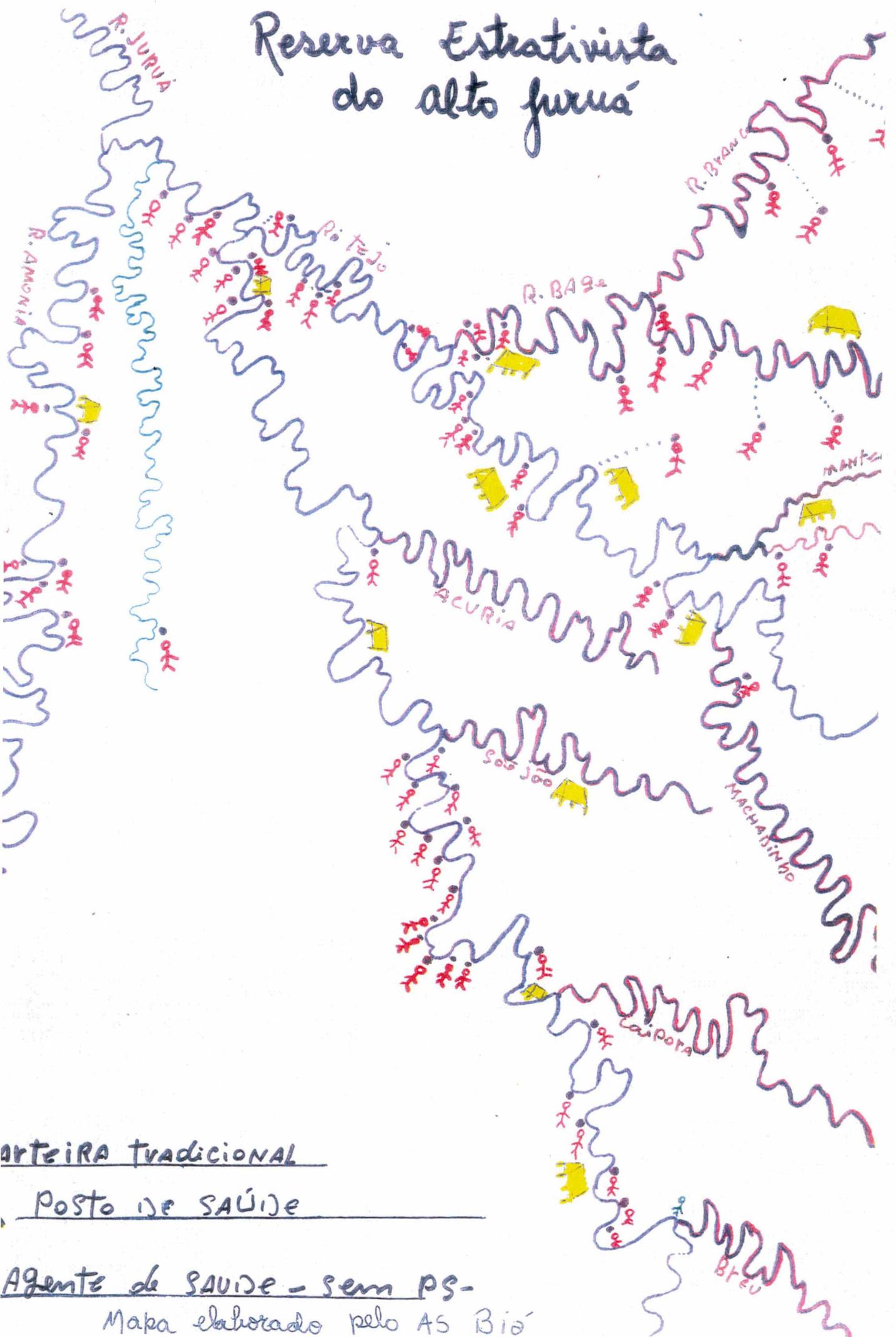
Equipe Técnica:
 Diretoria da ASAREAJ: Processamento: Henrique L. Roig
 Fiscais colaboradores e UERJ / Faculdade de Geologia
 Monitores sócio-ambientais da ASAREAJ: Data: janeiro de 1995

10 0 10 20 km

Base Cartográfica: Curtas Planialtimétricas da DSG, SC.18-X-B-Y, SC.18-X-B-VI, SC.18-X-D-II, SC.18-X-D-III, e Memorial Descritivo da Reserva Extrativista. Imagens Landsat/ TM - ponto 66 e orbita 005 datada de agosto de 1992 com 5% de cobertura de nuvens

PROJEÇÃO UNIVERSAL TRANSVERSAL DE MERCATOR
 Datum Horizontal: Corrego Alegre - Minas Gerais

Reserva Estrativista do alto jurua



Arteira tradicional

Posto de SAUDE

Agentes de SAUDE - sem PS-

Mapa elaborado pelo AS Bio

Introdução 2

Capítulo 1

A ocupação do território 12

A Reserva 17

A saúde 25

Capítulo 2

Os curadores populares 31

Um atendimento de reza de cura 41

Os agentes de saúde 44

Um atendimento pelo agente de saúde. 51

Comentários 56

Capítulo 3

Saúde e doença e suas crenças 63

O Caminho da cura 73

Capítulo 4

Instituições 82

Municipalização da saúde 87

Distritos Sanitários 94

Conclusão 98

Bibliografia 102

Introdução

Este trabalho é fruto da minha experiência junto à população da Reserva Extrativista do Alto Juruá (REAJ), a qual teve início em 1994, quando fui convidado pela Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá e pela Health Unlimited (organização não governamental) para participar, como médico, de um projeto de saúde e posteriormente como coordenador da Associação Saúde Sem Limites (Organização brasileira não governamental) para os projetos de saúde na REAJ.

A convivência com os moradores da Reserva, durante este período, forneceu – me suficiente experiência para valorizar as práticas populares em saúde na floresta como um modelo de assistência terapêutica que apresenta significativa eficácia para seus moradores. Ao mesmo tempo, mostrou a necessidade do desenvolvimento de práticas da biomedicina¹ para o tratamento de um grande número de doenças que afetam estas populações como, por exemplo, a malária e a pneumonia.

A Reserva Extrativista do Alto Juruá - primeira reserva extrativista no Brasil - foi criada em 1990 a partir de uma movimentação popular dos seringueiros contra o monopólio dos antigos proprietários das terras, os patrões. Em sua proposta, a conservação ambiental está diretamente ligada ao desenvolvimento social em áreas habitadas. Numa primeira instância, a consolidação da proposta de Reservas Extrativistas sustenta que a saúde é uma das prioridades para o seu futuro desenvolvimento (Almeida: 1994b).

¹ Adoto o termo “biomedicina”, segundo nota de E. Jean Langdon (1996) “Seguindo Hahn e Kleinman (1983:306) adotamos o termo “biomedicina” em vez de “medicina científica” para designar a nossa tradição médica, querendo evitar a implicação de que outros modelos médicos não são, ou não possam ser, científicos.”

A saúde, na REAJ, foi historicamente conduzida pelos “patrões”, pelos marreteiros (comerciantes) e pela igreja católica, que diagnosticavam e vendiam remédios, mas também sempre foi terreno de atuação do curandeirismo popular. Junto com a criação da Reserva, várias transformações ocorreram na vida política e social e conseqüentemente na saúde dos moradores, principalmente quanto a disponibilização de serviços de saúde à população. Na atualidade, o atendimento diário na reserva é realizado pelas parteiras, curadores, rezadores e pelos praticantes do modelo biomédico, os agentes de saúde. Médicos e enfermeiras estão na área somente durante as viagens do projeto de saúde, em média duas vezes ao ano.

Apesar do maior acesso à biomedicina, do conhecimento e consumo de remédios, o curandeirismo popular costuma ser utilizado por quase toda a população. Dentro deste contexto, o curandeirismo popular e a biomedicina apresentam-se em uma mesma situação sócio - cultural, política e econômica. As interações sociais entre o praticante, o paciente, e sua família tomam características peculiares relativas ao atendimento realizado pelo agente de saúde ou pelo curador popular.

A complementaridade entre os diferentes modelos de assistência que podem existir dentro de um sistema local de saúde, foi verificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) na década de setenta. Em 1972, com o fim das esperanças na melhoria de um desenvolvimento sanitário nos países em desenvolvimento, tanto em matéria de erradicação das grandes epidemias, na melhoria do estado nutricional e sanitário das populações, quanto na implantação de estruturas de cuidados em saúde eficientes, a OMS reavaliou os programas de

“atenção primária à saúde” e passou a considerar a medicina tradicional ² como fator de importância na assistência à saúde das populações carentes.

Em 1977, na assembléia mundial de saúde, a OMS adotou a resolução de dar devida importância à utilização dos sistemas de saúde tradicionais, com regulamentações pertinentes e adaptadas a seus sistemas nacionais de saúde. Em 1978, na conferência da Alma Ata, a OMS propôs a procura das modalidades de articulação da biomedicina com os recursos terapêuticos já existentes.

Após os anos 60, a antropologia teve maior preocupação com os assuntos diretamente relacionados à saúde, desenvolvendo a antropologia médica - ou da saúde - como um ramo da antropologia, associada à epidemiologia, à clínica, aos estudos das instituições que lidam com saúde, aos problemas de saúde em geral e a etnomedicina (Buchillet: 1991). Uma das grandes contribuições da antropologia da saúde foi analisar os sistemas de saúde como um sistema cultural.

Os sistemas de saúde, assim como os políticos e os econômicos, entre outros existem dentro de realidades simbólicas social e culturalmente construídas. Realidades que mediam e modelam as relações humanas, ou seja, tanto a percepção da doença como as ações de cura acontecem dentro de contextos específicos, o que lhes conferem significados e modelos de ação próprios. O conceito de sistema local de saúde se refere a integração das crenças etiológicas, às normas que guiam a escolha e o tratamento, aos papéis sociais dos atores envolvidos, às relações de poder, aos eventos de interação e às instituições encarregadas com as questões de saúde.(Kleinman: 1973:160).

² A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1970, se refere a medicina tradicional como todas as outras

A saúde e a doença não são categorias estáticas, mas devem ser analisadas como parte de um processo experimental construído através da experiência do paciente e de suas atividades, crenças, decisões, expectativas e avaliações. Através das alterações provocadas pela doença, sua percepção e suas experiências anteriores, o indivíduo e a família organizam a escolha, os tratamentos e as avaliações na procura de alívio para seus infortúnios. Suas crenças e seus comportamentos são influenciados pelas instituições sociais particulares (clínicas, hospitais, associações, profissionais e órgãos burocráticos), pelos papéis sociais (paciente - praticante), pelas relações interpessoais (paciente - praticante, paciente - família e relações sociais de trabalho), por interações locais (casa - consultórios) e pela economia e política, entre outras.

Segundo Kleinman (1980), um sistema de saúde pode ser dividido em três setores: o popular, o "folk" e o profissional, isto é, os diferentes setores em que os pacientes procuram alívio de seus infortúnios. Na REAJ estes setores podem ser melhores compreendidos se utilizarmos o termo familiar, popular e profissional. A maioria dos atendimentos realizados na Reserva acontecem no interior da própria família do paciente ou na sua comunidade por familiares e amigos. O setor popular, denominado de "folk", por Kleinman, representa o curandeirismo popular, onde seus praticantes possuem legitimidade social como especialistas, apesar de não serem legitimados pelas instituições oficiais que lidam com saúde no Brasil. O setor profissional compreende os profissionais de saúde (agentes de saúde, médicos e enfermeiras) legitimados pelas instituições oficiais, estes são os representantes da biomedicina. Estes três setores se relacionam entre si, e apresentam pontos de interação comuns. O limite

entre eles funciona como pontos de entrada e saída de pacientes que seguem a trajetória de sua doença através das intrincadas relações do sistema local em saúde (Kleinman: 1980:60). Por exemplo, um paciente pode procurar um curandeiro e um agente de saúde ao mesmo tempo, ou pode passar de um tratamento familiar para um tratamento mais especializado no setor popular e profissional e vice versa .

Nesta perspectiva, Kleinman, analisa as crenças e práticas médicas com um enfoque essencialmente clínico (Young: 1982). A sua atenção concentra-se nas condições culturais e simbólicas da doença, e seu significado social é explicado como modelo de adaptação. Fatores sociais, políticos e econômicos são raramente citados e o processo saúde e doença é analisado em isolamento aos aspectos sócio - políticos e econômicos nos quais está inserido.

As preocupações da antropologia médica crítica (Frankenberg: 1980) com uma perspectiva simbólica, têm analisado os sistemas de saúde enfocando os diferentes níveis de poder do processo saúde e doença, negociados entre seus atores, Nesta ótica, o conhecimento médico, portanto, está “enraizado e modificado através da ação e da mudança político-social.”(Lock & Scheper-Hughes, 1990:50, apud Langdon: 1994b).

* * *

No Brasil, as políticas públicas em saúde, durante muito tempo, tomaram como "verdades" as práticas médicas oriundas do sistema biomédico, como um sistema universalista, refletindo uma estrutura política e econômica de poder. Não considerando as práticas populares como modelos de assistência importantes à saúde de sua população. Desta maneira, reduzia – se a diversidade cultural na tentativa de afirmar os valores universais sobre a privilegiada vantagem da “homogeneização global” (Marcus e Fischer: 1986: 26-27).

A partir de 1985, com a reforma do sistema sanitário brasileiro, defende-se a participação popular, o resgate de religiões e da medicina popular como formas de apropriação cultural e de potencialização da diversidade social (Oliveira, 1991:339). A reforma do sistema sanitário refere-se à reforma das unidades prestadoras de serviços em saúde a nível local, baseada na percepção da realidade local em saúde, na tentativa de melhorar os serviços prestados e recebidos e pela possibilidade da inserção do cidadão no controle desses serviços. (Mendes, 1994:94). A constituição brasileira de 1988, através do artigo 198, legaliza as propostas da reforma sanitária através das diretrizes de descentralização, da participação popular e da integridade no atendimento, que devem guiar a implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

As diferentes posições políticas, entre poder público e a Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (ASAREAJ), a omissão do governo brasileiro com a saúde da população da região e sua prioridade no modelo biomédico, podem ser apontados como algumas das dificuldades para a melhoria no atendimento a saúde da população da Reserva. A ASAREAJ, desde 1994, têm um setor de saúde dentro de sua estrutura interna com uma equipe de técnicos que coordenam as atividades em saúde na Reserva. Através de convênios com diferentes organizações não governamentais, o setor de saúde da ASAREAJ chega, em muitos períodos, a gerar mais recursos para a saúde do que a própria Secretária Municipal de Saúde.

A introdução dos municípios no Sistema Único de Saúde (SUS), é a forma preconizada pelo Ministério da Saúde para a realização de ações governamentais em saúde. A municipalização da saúde pode ocorrer de diferentes maneiras.

Segundo Mendes (1994) a municipalização poderá ocorrer no que ele denomina, prestação de serviços, inampização e Distritos Sanitários. A introdução do SUS, no município de Marechal Thaumaturgo, onde está inserida a REAJ, levou a um retrocesso na qualidade do atendimento a saúde da população da Reserva, por causa da centralização na organização e gestão e da diminuição da participação popular nos assuntos relacionados à saúde, contrariando as diretrizes preconizadas pelo SUS. As atividades em saúde, anteriormente realizadas pela ASAREAJ, após a municipalização da saúde, ficaram centralizadas na Secretaria Municipal de Saúde, e em muitas vezes, são utilizadas como veículo político para conseguir votos. Outra forma de municipalização da saúde, os Distritos Sanitários, parecem ser mais condizentes com a maneira, pela qual a saúde já é organizada e gestada na Reserva, o que leva a uma maior descentralização e participação popular, de acordo com as propostas do SUS.

* * *

Este trabalho têm como objetivos entender o sistema local de saúde na REAJ, através da análise da relação estabelecida entre os principais modelos de assistência em saúde existentes na área - o curandeirismo popular e a biomedicina - a partir da ótica dos seus usuários e praticantes; e fazer uma breve análise do contexto, no qual se insere a instalação das políticas públicas em saúde do município, em relação à organização e gestão da saúde, na Reserva Extrativista do Alto Juruá.

As categorias do modelo popular de assistência: curadores, parteiras e rezadores, muitas vezes são de difícil delimitação. A maioria deles se utiliza de rezas de cura em seu atendimento e, portanto, são várias vezes denominados de rezadores(as). As mulheres que lidam com o parto são as parteiras. O curador, é geralmente uma categoria que inclui, além de rezas, outras práticas de cura, como por exemplo, os medicamentos da floresta. Porém, quando

se utiliza das rezas em seu trabalho de cura, pode vir a ser denominado de rezador e/ou curador. A categoria de agente de saúde não apresenta maiores complicações. É uma categoria legitimada pela população a partir de um vínculo institucional de seu praticante.

Na fase de pesquisa etnográfica, propriamente dita, direcionei o meu trabalho para duas áreas da reserva, escolhidas devido à sua diversidade em serviços de saúde oferecidos e a sua posição sócio - política dentro da REAJ. Para isto, foram escolhidas as seguintes sub - localidades: a colocação da Foz do Tejo e a região do médio Tejo. A Foz do Tejo, próxima a sede do município, vila de Marechal Thaumaturgo (duas horas de canoa a motor) é o local mais freqüentemente utilizado para encontros, cursos e reuniões promovidos pela associação dos moradores. Nesta colocação existe um posto de saúde, dois agentes de saúde, uma hospedaria e uma cantina que comercializa os produtos da região (borracha, farinha, animais, feijão, etc.) e os produtos da cidade (roupas, alimentação, munição etc.). No médio Tejo, um posto de saúde foi construído recentemente porém, ainda não dispõe de equipamentos ou de agente de saúde, sendo que não há cantina nem hospedaria. É o local em que reside um dos mais famosos curadores da Reserva, o que representa uma referência importante em saúde para a toda a região. O médio Tejo, está localizado de seis a oito horas de canoa a motor na época da cheias (de outubro a abril), e doze horas na época das secas (de maio a setembro) da sede do município.

No primeiro capítulo deste estudo, tento dar um significado histórico a criação da proposta da Reserva Extrativista. Esta proposta, está diretamente ligada às condições econômicas, de submissão e de controle em que a população vivia, que iniciou no final do século passado e começo do século atual, com o ciclo da borracha, quando vários migrantes nordestinos chegam à Amazônia e se instala um sistema de comércio entre os donos da terra,

os padrões, e os trabalhadores extrativistas da borracha natural, os seringueiros. Através da análise de duas grandes transformações sócio políticas que ocorreram na área, o sistema de patronagem e a criação da Reserva Extrativista do Alto Juruá, tento entender como estes diferentes fatores influenciaram a saúde da população e procuro descrever alguns aspectos da saúde na atualidade.

O capítulo dois compõe –se de uma tentativa de comparação entre os dois principais modelos de assistência existentes na área, o curandeirismo popular e a biomedicina, através do estudo das experiências dos curadores populares e dos agentes de saúde. Estes modelos ora atuam separadamente, ora em conjunto, formando um dinâmico sistema de atendimento local à saúde.

No capítulo três, levanto algumas discussões sobre os conceitos de saúde e de doença e como os moradores classificam suas doenças e dão significado às causas etiológicas e seus percursos de cura.

No capítulo quatro, realizo uma descrição das instituições, governamentais ou não governamentais, que trabalham com saúde na área, bem como das posições adotadas pelo poder público local em relação às políticas públicas em saúde do Brasil. Tentando entender de que maneira ocorre o processo de municipalização em áreas remotas da floresta. Termino o referido capítulo apresentando uma discussão da proposta de Distritos Sanitários.

Na conclusão, proponho que após a criação da Reserva Extrativista do Alto Juruá, estabelece-se uma identidade étnica, a dos moradores da Reserva, em contraste com a dos moradores de outras partes do município e com as das populações indígenas vizinhas, isto é um fator importante na participação popular, nas formas de atendimento e na descentralização da saúde. Assim como também a importância do poder público em assumir as responsabilidades

sobre a saúde dos moradores da Reserva, atividade que vem sendo realizada pelas instituições não governamentais, levando em consideração a experiência em gestão do setor de saúde da ASAREAJ.

* * *

Capítulo 1

A ocupação do território

O território atualmente conhecido como Reserva Extrativista do Alto Juruá começou a ser ocupado por populações “brancas” de forma mais intensa no final do século passado, período conhecido como “ciclo da borracha”. Milhares de nordestinos, fugindo da seca, chegaram à Amazônia em busca de trabalho e enriquecimento através da extração da borracha nativa, sendo que, “a população rural da Amazônia, neste período, chega a triplicar”, como aponta Parker (1985: xxii).

Os migrantes nordestinos, na maioria cearenses, se instalavam nos centros urbanos e também no interior da floresta. Nos centros urbanos conseguiram constituir uma classe de comerciantes reconhecidos popularmente como *arigós*, ao passo que na floresta, se concentraram principalmente nas áreas de maior número de seringueiras (*Hevea Brasilienses*), os seringais, onde poderiam ter acesso a uma maior produção da borracha nativa.

Ocorrem conflitos na região do Alto Juruá por posse de territórios entre os índios (Kaxinawá, Jaminawá, Amoaca e outros) e os recém chegados seringueiros. Estes conflitos denominados de “correrias de caboclos”³, que tinham como objetivo para amansar, escravizar e /ou matar e exterminar os índios (Martini, 1998: 32). A população indígena foram perseguidas e quase dizimadas e os seringueiros conseguiam se fixar em grande parte dos seringais.

³ Diferentemente de outras regiões da Amazônia brasileira, os moradores da Reserva utilizam o termo *caboclo*, quando se referem as populações indígenas da região. Para a população branca e/ou mestiça, usam o termo *cariú*.

Os migrantes chegam nos seringais endividados pelo custo da viagem com os proprietários e/ou arrendatários de seringais, conhecidos como patrões. Através do comércio, e por um taxa de arrendamento dos seringais, conhecida como “renda”, os patrões mantêm uma dívida permanente com os seringueiros, e desta forma controlam a produção de borracha e, conseqüentemente, a vida dos seringueiros. O comércio entre seringueiros e patrões se estabelece através de um sistema de aviamento. O seringueiro compra fiado todas as mercadorias que necessita e depois paga em borracha, “o preço da borracha pago pelo patrão é inferior ao preço da cidade e o preço das mercadorias é geralmente exorbitante.” (Arruabarrena: 1990:15). “Poucos trabalhadores sobreviviam somente com base nas atividades de subsistência, cultivo da mandioca, pesca, permanecendo dependentes dos comerciantes locais” (Weinstein 1985: 92), para a venda de sua produção e compra de alimentos, roupas, medicamentos e instrumentos de trabalho.

A “renda” consistia no pagamento de uma taxa anual pela exploração das estradas de seringas e entregar toda a produção de borracha aos patrões. “Operava como um mecanismo de apropriação privada, por parte dos patrões, da terra e dos recursos naturais disponíveis”(Franco: 1994:5). Desta maneira, os seringueiros permaneceram endividados com os patrões, que através de um sistema de vigilância e punição, controlavam sua mobilidade e o destino de sua produção de borracha.

Após 1912, a borracha produzida nos seringais da Malásia chega ao mercado internacional em maior quantidade e menor preço, diminuindo a procura da borracha nativa da Amazônia pelos compradores internacionais, iniciando um período de crise da borracha nos seringais da Amazônia que perdura até 1943 (Wolff: 1998:119).

A sobrevivência dos seringueiros no interior da floresta, até então, principalmente sustentada pelo extrativismo da borracha nativa fica comprometida. Nos seringais, os migrantes nordestinos, em sua maioria homens solteiros que foram para a região amazônica em busca de enriquecimento e com a esperança de voltarem a sua terra natal, não apresentam condições de realizar seus planos. Voltam-se para o cultivo da terra e para a constituição da família como meios de sobrevivência. As famílias, principalmente as numerosas, se transformam na principal instituição, na qual se organiza a vida social e econômica nos seringais. (Parker 1985: xx).

“A vida não é boa aqui senão para as famílias numerosas, aquelas em que enquanto os rapazes vão colher a goma nativa, o pai vai à pesca, a mãe e as filhas aos cultivos, à lavagem de roupas, à costura. Mas infeliz do homem isolado, sobretudo se ele vem a cair doente: sua vida não é mais que um longo martírio. Infeliz também daquele cuja família é pequena para vir ao seu auxílio: ela não faz mais que aumentar sua carga.”(Wolf: 1998:111)

A unidade de produção, anteriormente sustentada através dos seringais, passa a ser muito mais a família ou o grupo doméstico. O patrão perde muito de seu poder sobre o controle da produção de borracha nativa e sobre a vida dos seringueiros.(Almeida: 1992:50)

A partir de 1943, quando ocorre a ocupação da Malásia pelo Japão, durante a Segunda Guerra Mundial(Franco: 1994:15), os importadores voltam a se interessar pela borracha da Amazônia. Os governos do Brasil e Estados Unidos começam a investir nos seringais da Amazônia com o objetivo de produzir borracha silvestre para os países aliados. O governo brasileiro através de campanha, denominada de “Soldados da Borracha”, incentiva a chegada de novos nordestinos aos seringais da Amazônia. Recupera-se o poder do antigo

sistema de patronagem, com “vestígios do trabalho de coerção característico dos anos do “boom” da borracha.” (Almeida: 1992:47).

Através de uma nova relação entre o governo e os patrões, “a borracha se torna monopólio do estado, com garantia de preço, financiamentos e outros incentivos aos seringalistas” (Wolf:1998: 40). Com o apoio do estado, facilita-se a regularização fundiária de grandes áreas de terra e o acesso à créditos e aos incentivos federais. Permitindo a negociação entre os patrões e os grandes industriais do sul do país, chegando em 1982, a serem registrados mais propriedades do que o total da superfície do estado. (Almeida: 1992:66)⁴. No oeste do Acre, onde se localiza o vale do rio Juruá, a maioria das vendas de terras foram realizadas por especulação, o que gerou conflitos entre os seringueiros e os novos proprietários das terras.

Estes conflitos tornam –se mais acirrados, quando os incentivos e financiamentos das agências governamentais não chegam aos seringais, ficavam em poder dos patrões, deixando os seringueiros desprovidos de produtos para seu trabalho e sobrevivência. A partir do momento em que o patrão não supre mais as necessidades básicas para a sobrevivência no interior da floresta os seringueiros se sentem justificados em vender a borracha para outros comerciantes, marreteiros, comerciantes locais e patrões vizinhos. Por exemplo, em 1982, diante da necessidade de conseguir um medicamento para seu filho, um endividado seringueiro no Alto Tejo comprou alguns medicamentos do marreteiro, pagando em borracha. O seu patrão, Furtado, não tinha medicamentos em estoque no local e se recusou a assumir a posição de fiador na compra com o comerciante. Neste caso, a população local achou justificado o

⁴ “Thus, as a consequence of measures taken by Acre government between 1975-76, while in 1972 the total titles on record at land agency (including ranches, agricultural areas and rubber estates) added up to 5 million hectares

ponto de vista do seringueiro, pela urgente necessidade do medicamento para seu filho. (Almeida: 1992: 71)⁵.

Com o apoio do poder público na institucionalização do seu monopólio, na exploração da mão de obra dos seringueiros, na manipulação de fundos públicos em larga escala na década de 1970 e no uso da máquina do estado para controlar e vender os títulos de terras entre 1975 e 1982, os patrões conseguem se manter no controle da produção e da população, não somente através do controle da economia e da repressão direta através do comércio, mas, “utilizando da violência e do apoio do poder público (juizes, autoridade da polícia e padres), acentuando uma relação de terror, suborno e corrupção.” (Almeida: 1992:69)⁶.

Os seringueiros submetidos a um duro regime de trabalho e a punições severas começam a se articular em torno de novas propostas para o comércio e utilização dos recursos naturais. Em 1985, o recém criado Conselho Nacional dos Seringueiros (CNS) lança a proposta de Reserva Extrativista. Através do Decreto Lei 98.863, de 23 de janeiro de 1990 é garantida a uma área de conservação ambiental sua ocupação pelas populações ditas tradicionais, sob a jurisdição do Instituto Brasileiro do Meio Ambiente (IBAMA).

(a third of Acre's land surface, this figure jumped to over 11 million hectares in 1976, and to over 15 million hectares in 1982, more than the State's physical surface.” (Almeida, 1992: 66).

⁵ Even the principle that indebted tappers could not “sell rubber outside” was disputed. When the patron failed to provide for basic needs tappers felt justified in “selling his rubber outside” – that is, to itinerant merchants, local peddlers and even neighbouring patrons. For instance, in 1982 one indebted tapper in the upper Tejo bought some medicine from a river trader, paying for it in rubber. While the local patron Furtado (at the São Francisco Estate) saw this as sufficient grounds to evict the tapper, the accepted view among the local population was that the circumstances justified the tapper's transgression: first, he had an urgent need of medication for his son, and the patron did not have the necessary medicine in stock; second, the patron refused to act as guarantor in the tapper's transaction with the trader who sold the needed medication. Thus according to the rubber tapper, a welfare prerogative monopoly come before considerations. (Almeida 1992:71)

⁶ Instead the combination of policies of terror as violence (bolstered here by judges, police authorities and priests) and policies of material incentives, cooptation and corruption made a lot of sense. (Almeida 1992:69)

Nesta proposta, mediante ação desapropriatória transforma áreas de propriedade privada em propriedade pública da União, sendo que esse regime não transforma a floresta em propriedade comum. Os moradores não têm a posse da terra, mas têm o direito de apropriação e exploração dos recursos naturais através da concessão de uso.

A concessão de uso, obedece regras de utilização do solo e dos recursos naturais propostas pelos moradores. Dentre os seus objetivos está o de garantir a preservação ambiental, através do respeito aos padrões tradicionais de apropriação e uso de recursos naturais. As famílias têm o direito de apropriação dos recursos naturais quer para uso próprio ou para comercialização, dentro de limites pré estabelecidos, por um plano de manejo ambiental combinado a um regime de cogestão, entre os moradores reunidos em uma associação e o IBAMA.

* * *

A Reserva

A Reserva Extrativista do Alto Juruá foi a primeira Reserva Extrativista do Brasil, criada em 1990, a partir de um projeto do Conselho Nacional de Seringueiros (CNS). Inicialmente abrangia a bacia do rio Tejo e, posteriormente, foi expandida para a bacia do Alto Rio Juruá. Localiza-se no extremo oeste do estado do Acre, no município de Marechal Thaumaturgo, aproximadamente a 300 km da cidade de Cruzeiro do Sul. Com uma área de 5.062 quilômetros quadrados, coberta por 90% de floresta tropical, ocupada por uma população aproximada de 6.000 habitantes.⁷ Corresponde a cerca de 2/3 do território e constituem 70% da

⁷ Sendo que 43,1% são crianças menores de 1 ano; 56,0 % de 10 a 65 anos e 0,9% mais de 65 anos; 53,7% do sexo masculino e 46,3 % do sexo feminino. Dados estatísticos – cadastramento 1991 (Almeida :1994a:185)

população do município. Atualmente faz fronteira com quatro áreas indígenas: Kampa do Rio Amônia (ao Oeste), Jamináwa- Arara do Rio Bagé (ao Sul), Kampa- Kaxináwa do Rio Breu (ao Norte), Kaxináwa do Rio Jordão (ao Leste) e com o Parque Nacional da Serra do Divisor, constituindo uma das maiores áreas de conservação ambiental do mundo.

A maior parte da população atualmente residente na REAJ são seringueiros, descendentes dos milhares de nordestinos que migraram para a Amazônia fugindo da seca no final do século passado. Segundo cadastramento realizado em 1991(ASAREAJ: 1991), existem 865 domicílios reunidos em aproximadamente 315 colocações, identificadas por nomes, ocupadas e exploradas por um número variável de famílias. Uma “colocação” pode ser descrita como uma reunião de moradias localizadas em uma clareira da floresta, que originalmente eram uma divisão do seringal, isto é, um território circular com um número variável de “estradas de seringa” que dão acesso às seringueiras nativas.(Almeida: 1994b:176).

A Reserva pode ser dividida em duas zonas principais de ocupação: o interior da floresta e as margens dos rios. O interior corresponde os chamados “centros”, constituído por terras firmes banhadas pelos afluentes dos principais rios que cortam a Reserva. O acesso fluvial é difícil, mesmo durante a época das cheias, sendo realizado somente por pequenas canoas, e praticamente inacessível durante o período das secas. Sua economia baseia-se principalmente nas atividades extrativistas, em agricultura de subsistência, pequenos rebanhos de pecuária bovina, ovinos e suínos.

Nas margens dos rios que cortam a Reserva encontra-se os locais onde atualmente se concentram a maior parte da população. Caracterizada pela existência de uma faixa de praias e barrancos descobertos durante o período de estiagem e por uma estreita zona inundável (“várzea”), utilizada para lavouras sazonais e pastagens.

Há três núcleos principais de domicílios e serviços na Reserva, localizados nas margens dos rios Tejo e Juruá: Foz do Tejo, Foz do Breu e Restauração. A Foz do Tejo é a porta de entrada da Reserva e o local onde se situa a sede da Associação dos moradores (ASAREAJ). Uma pequena “rua” em frente ao rio, que inclui residências, escola, posto de saúde, posto de radiofonia e instalações da Associação (armazéns, cantina, sala de reuniões, escritório e loja).

A Restauração, atualmente declarada “Vila” por decisão do atual prefeito, distante de um a três dias de viagem de barco a motor da Foz do Tejo, localiza-se na margem esquerda do rio Tejo. Onde existem sub-prefeitura, escola, posto de saúde desativado e igreja. Cerca de quinze minutos a pé há um núcleo da Associação, com um posto de saúde em atividade, uma escola, um armazém com loja, posto de radiofonia, e uma base de pesquisa. Seus moradores dedicam-se às atividades extrativistas, pecuária, agricultura e pequenos comércios.

A localidade da Foz do Breu, fica na fronteira entre o Brasil e o Peru, à margem direita do rio Juruá. Também elevada a categoria de “Vila” por portaria do prefeito, onde existem uma sub-prefeitura, uma escola estadual, e um posto de radiofonia. As principais atividades de subsistência local consistem em agricultura, pecuária e criação de animais domésticos. Não há atividades extrativistas de borracha nativa, pois a seringueira nativa não existe na floresta circundante.

A REAJ é cortada por vários rios e igarapés, bacia do rio Juruá e rio Tejo, constituem as principais vias de transporte da região. O rio Juruá, a principal via de acesso e de transporte da região, têm sua nascente no Peru e percorre todo o estado do Acre, despejando suas águas na parte ocidental do rio Amazonas. É navegável durante todo o ano, sendo que no

inverno, época das secas, de maio a outubro, os barcos com mais de duas toneladas têm dificuldades para alcançar a foz do rio Tejo. O rio Amônia, afluente do rio Juruá, na altura do município de Marechal Thaumaturgo é navegável durante todo o ano, com as restrições comuns da região nas épocas das secas, sendo o limite da Reserva mais próximo da cidade de Marechal Thaumaturgo.

O rio Tejo, principal afluente do rio Juruá na região, cuja foz fica há duas horas de canoa com motor da cidade de Marechal Thaumaturgo, é navegável durante todo o ano, sendo que nas épocas de secas apenas permite o trânsito de canoas ou pequenos barcos de até mil quilos.

O rio Bagé um dos principais afluentes do rio Tejo, só é navegável em parte e por pequenos barcos; na época das secas, é necessário o uso de pequenas canoas para alcançar a colocação Seringueirinha, localizada na região do alto Bagé, limite com a área indígena Jaminawá/Arara. No Alto do rio Tejo, acima da vila da Restauração, dois igarapés afluentes do rio “chefe” o Tejo, o Machadinho e o Riozinho, principais vias de acesso fluvial às regiões acima da Restauração, são somente navegáveis com pequenas canoas, mesmo nas épocas das águas, de novembro à maio.

As cidades de referência para a população da REAJ são a sede do município, Marechal Thaumaturgo, mais próxima e fronteira com a REAJ e Cruzeiro do Sul. Marechal Thaumaturgo se localiza na boca do rio Amônia (fronteira norte da Reserva), aproximadamente há três dias de viagem de barco à motor ou uma hora de voo fretado de Cruzeiro do Sul, pois não existem voos regulares. Representa uma importante referência para a população local para a compra de mercadorias, educação, e saúde, onde existe um centro de saúde equipado com ambulatório, sala de repouso e de curativos, um posto telefônico, uma

pista de pouso para pequenos aviões, escolas de primeiro grau e uma guarnição policial. Além de empregos públicos como fonte de renda, a população vive de comércio e atividades agrícolas. Não há estradas nem linhas regulares de transporte fluvial para passageiros ou carga para Cruzeiro do Sul.

Cruzeiro do Sul é o polo econômico de toda a região do vale do rio Juruá. Consta de sua infra estrutura bancos, comércio de médio e grande porte, escolas de segundo grau e um hospital municipal entre outros serviços. A maioria dos moradores da reserva realizam viagens à Cruzeiro do Sul para venda de seus produtos e compra de mercadorias, para receber aposentadoria e, quando necessário, para atendimento médico especializado no hospital municipal. Estas viagens são realizadas, em média, uma ou duas vezes ao ano.

A família extensa é o mais comum agrupamento humano na região. Pai, mãe e filhos se juntam com noras, genros, sogras, avós tios e amigos que convivem juntos na mesma casa.

A família geralmente se inicia a partir do “roubo” de uma moça pelo futuro marido: um “roubo” consensual entre a moça e o moço. Num determinado momento ele “leva” a moça para sua casa ou casa de sua família e iniciam uma relação de “casamento”, oficializada na igreja católica através da desobriga⁸ que o padre realiza de tempos em tempos.

A mulher cuida do espaço doméstico, ela é responsável pelos cuidados da casa e da família e ajuda nos roçados. O homem geralmente é o trabalhador da mata, caça, derruba mato, planta e controla a economia doméstica. As crianças mais velhas cuidam das mais novas, vão à escola e ajudam o pai ou a mãe nos seus afazeres diários.

⁸ Proporcionar ocasião aos fiéis católicos de receber os sacramentos da igreja, especialmente batismo e sacramento. (Buarque: 460)

A casa geralmente é construída de “paxiuba”, uma casca de árvore, e coberta de palha. Compõem-se de uma sala, um quarto e uma cozinha. A sala geralmente é vazia, quando muito, há um banco encostado na parede. No quarto estão as roupas e as redes da família, é o espaço de maior privacidade da casa. Na cozinha um fogão a lenha, alguma prateleira de madeira e às vezes uma mesa, geralmente sem cadeira. A residência é construída sobre uma base de madeira, a mais ou menos 1 metro do solo, embaixo do qual dormem os animais do terreiro, porcos, galinhas, etc.

A alimentação dos moradores da Reserva constitui-se principalmente da farinha de mandioca e carne. A *roça*, como é chamado o cultivo e a planta de mandioca é a agricultura mais comum na maioria das famílias. A carne é muito apreciada, principalmente de animais de caça, sendo que a pesca ou *marisco* complementam a alimentação, na falta de carne. Além disso, utilizam em sua alimentação, plantas cultivadas como: melancia, feijão, milho, arroz, cana de açúcar, café, gergelim, abóbora, geralmente cultivados em roçados de praia e no interior da mata, e de animais de criação doméstica como: galinhas, cabra, porco de casa, gado, ovelhas, que servem de alimentação quando falta peixe e caça.

Na maioria das colocações não há luz elétrica. Em algumas, onde se concentram maior número de casas existe um motor de óleo diesel, que funciona curtos períodos no início da noite. A água utilizada é dos rios, igarapés e cacimbas. Carregam latas e baldes de água pelos barrancos até sua casa. Em uma pequena proporção de casas existem as “casinhas”, sanitários, no fundo do quintal. Na grande maioria utilizam o “pau da gata”, um tronco caído na floresta, como banheiro para a família.

A religião predominante entre a população da Reserva é a católica. Outras crenças religiosas reúnem pequenos grupos populares em espaços sociais e geográficos circunscritos:

denominados pelos moradores de *crentes*, *batistas* e *daimistas*. Em todas estas religiões, direta ou indiretamente, existe a preocupação pela saúde de seus adeptos, principalmente relacionada os aspectos de cura.

“Os crentes do Acuriá, são da Assembléia de Deus, oram todos junto, têm o negócio do “arrebamento do Espírito Santo de Deus”, que desce neles; eles fazem é gritar mesmo. Os batistas ora em voz baixa, ninguém pula, ninguém grita. A Assembléia de Deus está há muitos anos; os batistas há, mais ou menos, quatro anos, só no Maranguape. Nos batistas, o pastor ora em voz alta e as pessoas em voz baixa, oram pela pessoa, para cura, com a mão na cabeça da pessoa o pastor ora.”(agente de saúde da Foz do Tejo)

Os daimistas constituem em sua maioria um grupo familiar com ascendência indígena, localizados na região do alto rio Tejo. Suas práticas religiosas são realizadas principalmente através de rituais, nos quais utilizam plantas psicoativas, originários das culturas indígenas, denominado por elas de “cipó” ou “ayahuasca” sobre uma doutrina com grande influência do catolicismo popular. Seus adeptos, relatam que não realizam os rituais específicos para a cura, existente em outros lugares, mas futuramente pretendem começar a realizá-los na Reserva.

A comunicação no local é realizada através de um sistema de radiofonia instalado na sede da ASAREAJ, em Cruzeiro do Sul, e em pontos estratégicos da Reserva: na colocação Foz do Tejo, Deposito no igarapé São João, Boca do Caipora e vila da Foz do breu, no rio Juruá; Foz do Bagé, Seringueirinha, no rio Bagé; Quietos no rio Amônia e vila da Restauração, no rio Tejo. Além deste sistema de radiofonia existe um programa de mensagens veiculado pela rádio Verdes Florestas, em Cruzeiro do Sul, pelo qual, os moradores mantêm comunicação com parentes e amigos.

O analfabetismo, segundo cadastramento realizado em 1991, na Reserva é alto, atingindo 75% (Almeida: 1994b:194) da população. Na atualidade este cenário apresenta mudanças devido à construção de novas escolas primarias, à contratação de professoras, à merenda escolar e ao transporte para os alunos pela municipalidade e pela Associação dos moradores.

O extrativismo de produtos florestais, principalmente a borracha, foi por muitos anos o principal recurso natural da reserva explorado comercialmente. Ainda hoje a sobrevivência desta população está direta ou indiretamente ligada à exploração dos recursos naturais da floresta. Além dela, a população do Alto Juruá utiliza em sua vida diária uma grande quantidade de recursos que a mata oferece. Há vinhos silvestres, tais como: açaí, buriti, patoá e bacaba. Uma variedade de palmeiras utilizadas como alimentação e na construção de suas moradias, como exemplo o cocão ou coco –açu, do qual é extraído azeite para temperar a comida e cuja casca serve como combustível no processo de defumar a borracha e também como matéria prima para a confecção de artesanato, além do cocão, existe o jaci, uricuri, jarina, e a pupunha. Existe uma variedade de frutas como; cacau, biorana, apuri, bacuri, maracujá, jenipapo, sapota, cajarana, jaracatiá, imbu, ameixa, graviola, banana, mamão entre outras e abelhas, jandaíra, urucu – preto, urucu – boi, cujo mel é utilizado na alimentação e como remédio. A Reserva Extrativista é rica em espécies madeireiras, como: cedro rosa, cedro branco, aguano, cerejeira, jacareúba, sucupira, itaúba, mogno, marfim, maçaranduba, etc.

O conceito de Reservas Extrativistas pressupõe que as populações locais tenham a capacidade de auto gerir e administrar os recursos naturais disponíveis na área levando em consideração a preservação da floresta. Desta maneira, tenta-se estabelecer formas de utilização sustentáveis dos recursos naturais disponíveis e a preservação da floresta orientadas

pela experiência dos moradores do local. Através de parcerias com a ASAREAJ, as instituições não governamentais, governamentais, e Universidades, atualmente existem na área inúmeros projetos que visam assessorar os moradores na busca de novas perspectivas para melhoria da qualidade de vida, fortalecimento das instituições locais e preservação do meio ambiente. Por exemplo o Instituto Nawa, na produção de couro vegetal, a Universidade Estadual de Campinas(UNICAMP) e Universidade de São Paulo (USP) com um convênio de pesquisa e monitoramento dos recursos naturais, além do Conselho Nacional para o Desenvolvimento Sustentável das Populações Tradicionais (CNPT), órgão do IBAMA, responsável pelo gerenciamento a nível federal do Programa Piloto para a Proteção das Florestas Tropicais.

* * *

A saúde

A saúde sempre foi uma das principais preocupações dos moradores da REAJ. Durante muitos anos os seringueiros dependiam da venda de medicamentos e do tratamento de alguns padrões. Junto a eles, a igreja católica e os mercadores itinerantes, conhecidos como marreteiros, diagnosticavam e vendiam remédios, pois *“sabiam dar remédios e aplicar injeções”*, o entretanto, a saúde sempre foi terreno de atuação de curadores populares.

Os atuais moradores relatam que vários padrões tinham livros de medicina e realizavam tratamentos em suas casas, como é o caso do Marlam: um padrão que também era marreteiro, na região do Alto Juruá e que até hoje, ainda é reconhecido pela população pelo seu atendimento às pessoas doentes.

“O Marlam... sabia usar muito bem os remédios de farmácia... ele saiu da Reserva porque foi candidato a vereador e não ganhou; ele ficou triste e foi para Cruzeiro do Sul, onde

atualmente têm uma farmácia. Muita gente aqui do Alto ainda confia nele, era patrão no Iracema e tinha uma farmácia na casa dele. Ele socorreu muitas pessoas aqui, as pessoas iam para a casa dele e ficavam uns dias tomando remédios e melhoravam. Muita gente daqui vai lá.”(moradora da Foz do Tejo)

Os patrões detinham a posse e a comercialização dos medicamentos de farmácia. Nos períodos em que o sistema e a patronagem se tornou deficiente e, como consequência entrou em queda a economia local, a disponibilidade de medicamentos de farmácia foi reduzida. Um morador relata a morte de seu pai, anterior a criação da reserva, no período em que o sistema de patronagem estava em declínio:

“Não havia naquele momento como conseguir nenhum tipo de remédio: aí começou a doer a garganta, ele chegou em casa, aí de noite pegou febre, febre, febre mesmo, amanheceu o dia com febre. Aí não tinha remédio. Nesse tempo morria tudo assim mesmo. Não adiantava de nada, muito difícil ter algum remédio. Era num tempo em que era uma crise medonha. Não tinha nada, nada, nada, nada. Então eu acho que ele morreu mesmo por isso, porque não tinha medicamento, vixe, era difícil.” (Wolf: 1998:130)

A igreja católica, há vários anos, realiza suas atividades religiosas misturando catequese e saúde. Na atualidade, seus padres vendem medicamentos por um preço mais baixo do que o encontrado nas farmácias da cidade, deixando a medicação na casa dos seus fiéis e realizando consultas, porém de forma não sistemática, já que estes procedimentos só se dão em viagens a área para a desobriga.

No primeiro cadastramento realizado em 1991, Almeida (1994b) relata que os seringueiros ainda dependiam da venda de medicamentos dos patrões e dos comerciantes locais. O sistema de patronagem, além de representar um sistema econômico de semi

escravidão dos seringueiros, representou uma importante referência em saúde para a população.

Outras formas de assistência, como a presença de médicos e enfermeiras, eram raras. Apenas quando haviam campanhas eleitorais, os médicos subiam os rios nos barcos dos políticos locais fazendo atendimentos e distribuindo remédios.

Após a criação da Reserva Extrativista, novos elementos se agrupam ao quadro da saúde. A Associação dos Seringueiros e Agricultores da Reserva Extrativista do Alto Juruá (ASAREAJ) coloca a saúde como uma de suas prioridades; a necessidade de melhorar o atendimento à população leva-os a procura de alternativas junto as entidades internacionais.

Através do convênio entre a organização não governamental (ONG) Health Unlimited e a ASAREAJ, em 1991, iniciam-se ações regulares em saúde que visavam a instalação de um programa de atenção primária à saúde que perdurou até 1996. Em 1995, através de novo convênio entre a ASAREAJ e a organização não governamental brasileira Saúde Sem Limites, iniciou-se um programa de saúde reprodutiva na Reserva financiado pela Fundação MacArthur, com recursos previstos até 1998. Recursos do Projeto do CNPT-IBAMA, liberados a partir de 1995, apoiaram os trabalhos anteriormente implantados pela ASAREAJ, principalmente a ampliação e a manutenção da infra-estrutura e através da ajuda de custos para agentes de saúde. No final de 1997, em convênio com o Ministério de Saúde - Coordenação DSTs/AIDS, a Associação Saúde Sem Limites e a ASAREAJ iniciam um programa de Informação, Sensibilização e Educação em DST e AIDS junto à população da Reserva.

O sistema médico local na Reserva Extrativista do Alto Juruá, caracterizado como um sistema pluralístico, que têm na família, nos curadores populares e nos agentes de saúde

suas maiores referências. Atualmente existem doze agentes de saúde em atividade, na REAJ, vinculados a ASAREAJ, localizados nas colocações da Foz do Tejo, Pedra Pintada, São João e Caipora, Foz do Breu, no rio Juruá; Foz do Bagé e Seringueirinha no rio Bagé; Restauração e Foz do Machadinho e quatro Bocas no rio Tejo; Cajueiro no igarapé Manteiga e Quieto e Sabueriro no rio Amônea. Sendo que os agentes de saúde das colocações da Foz do Breu, no rio Juruá e Sabueiro no rio Amônea, atendem em suas casas, nas demais colocações existem postos de saúde, construídos e equipados pela ASAREAJ. Há muitos rezadores e pelo menos setenta parteiras atuantes na Reserva, segundo cadastramento realizado pelo projeto de saúde Reprodutiva.(anexo mapa Postos de saúde e parteiras)

A ASAREAJ conta hoje com um setor de saúde dentro de sua organização, oferece um atendimento primário à população e uma conta com uma equipe de técnicos, na sua maioria moradores da reserva, responsáveis pelo planejamento e realização de atividades em área, em conjunto com instituições de apoio técnico. Com o apoio das instituições não governamentais, mantém os serviços de saúde no interior da reserva, através dos postos de saúde, seus agentes comunitários e na organização das parteiras tradicionais. A Secretaria Estadual têm colaborado esporadicamente com o fornecimento de medicamentos e materiais para os postos de saúde.

No período de maio de 1996 a novembro de 1997, foram atendidas um total de 3.888 pessoas nos postos de saúde da Reserva. Entre as doenças apontadas com maior frequência estão: verminoses e doenças diarreicas (45,6%), doenças do aparelho respiratório (21,4%) e doenças infecciosas (6,1%), principalmente a malária (5,7%).(Barbin e Franco: 1997)

Na sede do município, onde se concentram as atividades do poder municipal, existe um centro de saúde responsável pelo atendimento de toda a população do município sob a

gerência da Secretaria Municipal de Saúde, o que representa a primeira referência em saúde para os casos não resolvidos, a nível local, pelos agentes de saúde e curadores populares da REAJ. Além do atendimento clínico à população, a prefeitura local se responsabiliza pelo transporte dos casos de maior complexidade, encaminhados ao Hospital Regional de Cruzeiro do Sul.

Neste centro de saúde são atendidos uma média de 400 a 600 pessoas por mês⁹, realizados principalmente pelos agentes de saúde. Hoje são em número de nove agentes de saúde que trabalham no centro de saúde, sendo sete contratados pela prefeitura e dois pelo estado. Os médicos e enfermeiras do município, permanecem por pouco tempo em seus cargos, isto devido à baixa remuneração recebida pelos seus serviços, às divergências políticas com a prefeitura e ao isolamento da cidade.

O modelo de assistência predominante no poder público local é centrado no atendimento curativo. As ações de caráter preventivo desenvolvidas se limitam às campanhas de vacinação e ao controle de epidemias, realizados em conjunto com Fundação Nacional de Saúde (FNS) porém, de forma não sistemática ou periódica.

Há dois anos uma balsa construída pelo governo estadual presta serviços de saúde nas cidades isoladas do interior do estado do Acre. Nesta balsa viajam médicos, enfermeiras, e técnicos em saúde e está equipada com consultórios, enfermaria, laboratório e centro cirúrgico, e uma vez por ano chega à sede do município de Marechal Thaumaturgo

Em 1996, a prefeitura de Marechal Thaumaturgo criou a Secretaria Municipal de Saúde, propiciando o início das discussões sobre a municipalização da saúde, ou seja, a

transferência para a esfera municipal da responsabilidade pelo atendimento de saúde da população e dos recursos, federais e estaduais, disponíveis para tal. Logo em seguida, foi formada a Comissão Municipal de Saúde e, em 1998 foi aprovada a Gestão Plena de Atenção Básica em saúde, introduzindo, assim, o município no Sistema Único de Saúde.¹⁰

* * *

⁹ Dados obtidos através de conversa pessoal com a Secretaria Municipal, já que não existe um sistema de informações de dados sistematizados em saúde vinculado a Secretaria Municipal de Saúde.

¹⁰ Ver capítulo 4 – Municipalização da saúde

Capítulo 2

Os curadores populares

Os representantes do curandeirismo popular sempre estiveram presentes na assistência à saúde aos moradores da atual REAJ. Além da experiência de vida que trazem consigo, os seus conhecimentos são frutos de migrações internas e externas ao Estado do Acre, acrescidas com a influência da cultura médica das populações indígenas vizinhas, na utilização dos medicamentos da floresta e do diagnóstico e tratamento de algumas doenças. Eles costumam completar seu aprendizado através da prática, de livros e da troca de experiências, atingindo um grau surpreendente de conhecimentos, de habilidades e de sabedoria sobre os mais diversos problemas, tanto mentais quanto físicos do seu povo> Este conhecimento é repassado, de pessoa para pessoa, durante gerações, principalmente através da linguagem oral e da prática de cura..

"A necessidade de se fazer algo para a saúde das outras pessoas que procuram ajuda em certas pessoas leva à procura de alternativas , como plantas e rezas. Assim vão se formando rezadores e parteiras; junto com outros dons naturais e capacidade de inteligência". (Professora, parteira e agente de saúde da Foz do Machadinho)

Em uma região que não apresenta muitas alternativas em lidar com a saúde, seus moradores quando de frente com problemas ocasionados pela doença, procuram pessoas que, por algum motivo, já tiveram experiência com estas doenças Frequentemente são as pessoas, mais idosas, que têm um interesse particular pela saúde e doença, que juntamente com a necessidade de lidar com os problemas de saúde, adquirem maior experiência em cura. Estas

pessoas geralmente são as mães e as avós, mas muitos senhores têm o conhecimento da reza e dos medicamentos da floresta e, apesar de não estarem diretamente relacionados ao parto, ajudam nas horas mais difíceis. As mulheres têm o seu saber direcionado ao parto, mas também cuidam das doenças de mulheres e de crianças.

As mulheres que lidam com o parto, dentro do ciclo familiar, são na maioria das vezes as avós. Reconhecidas, pela população, como aquelas que “pegam criança”. Elas são as “mães de umbigo”, sendo que aquelas que elas ajudaram a nascer, chamam –nas de “madrinha”. Após o parto é construída uma relação de respeito recíproco entre o parido e a sua “madrinha”, o que perdurará por toda a vida. *“Só fica madrinha quando corta o umbigo”*. Nas difíceis horas de um parto complicado, segundo depoimento, elas travam verdadeira “luta” para encaminhar o nascimento da criança da melhor maneira possível. Depois de alguns partos bem assistidos, o seu trabalho começa a ser reconhecido por outras pessoas, além da sua família e elas começam a ser identificadas e reconhecidas pela população local como parteiras.

Os homens têm experiência em lidar com um variado quadro de doenças. Assim como as parteiras, no início da sua prática começam atendendo os parentes e amigos. Após alguns resultados positivos, eles mesmos, seus familiares, e os moradores de sua colocação, passam a acreditar no poder de cura deles. Com o tempo, mais pessoas os procuram, e a fama destes começa a ser disseminada pelas colocações vizinhas e, posteriormente, por toda a região, chegando às cidades mais próximas, levando muitas pessoas a viajarem dias a sua procura.

“Muitas pessoas da cidade, depois de ir ao hospital, viajam dias pelos rios e pela mata, para visitar um curador na tentativa de se curar”(Moradora da Foz do Tejo).

A partir do momento em que a sociedade local começa a reconhecer suas experiências em saúde, as parteiras e os curadores, começam a ser identificados de forma diferenciada. Ou seja, passam a formar um subgrupo entre os moradores da reserva respeitados e consultados, não somente em por questões relacionadas à saúde, mas também por outras relacionadas às mais variadas questões individuais e sociais.

Entre os curadores mais velhos, muitos tiveram experiências com rituais de cura junto aos seus vizinhos índios. Através da ingestão de substâncias psicoativas, pelos pajés, o “cipó” ou ayahuasca, durante o ritual de cura, é realizado o diagnóstico e paciente é encaminhado para o tratamento. Na atualidade, não encontrei nenhuma pessoa na Reserva que utilize plantas psicoativas em seus tratamentos. Apesar do tabaco ser utilizado durante os rituais de cura da maioria dos povos indígenas sul americanos, os curadores e as parteiras da Reserva não os utilizam durante suas curas. Entretanto, os utilizam em grande quantidade na sua vida diária. Podemos citar como por exemplo, um curador do médio rio Tejo que já tivera experiências em rituais de cura com os seus amigos indígenas e que não utiliza mais o “cipó” em seu ritual de cura. Ele se refere ao “cipó” como “o cinema da mata”. Hoje, realiza seu trabalho de cura através da ajuda de um espírito que incorpora durante o sono. Segundo ele, até os 17 anos caía com muita frequência, mas não se machucava. Foi quando uma senhora que lidava com espíritos em Cruzeiro do Sul o chamou e através de um “trabalho” falou com o espírito que o acompanhava. Desde então, não caiu mais com tanta frequência e fala com o espírito, através dos sonhos, sobre as doenças e o tratamento das pessoas.

“O espírito é um gaúcho que se chama Manuel Pedro da Silva, que têm o poder de cura porque no plano espiritual anda com médicos.”

Em sua linguagem chama o espírito de Irmão. Além das rezas e dos remédios da mata e de farmácia, também utiliza defumadouros de umbanda na tentativa de curar as pessoas. Nos finais de semana, sua casa fica cheia de pessoas em busca de conversa e/ou cura, podendo estas permanecerem por dias, até que ele, finalize o trabalho.

A percepção que a pessoa têm de sua capacidade de curar, muitas vezes, aparece durante um episódio particular que ocorre na sua vida: um sonho revelador, o encontro com alguma pessoa especial, ou alguma dificuldade na vida. Como exemplifica o caso que segue.

Um outro curador, um senhor de mais de 80 anos, que têm grande prestígio na comunidade e em cidades próximas, aprendeu sobre plantas medicinais com um velho cearense e, posteriormente, com um livro de planta medicinais que ganhou. Como nunca soube ler, outras pessoas liam para ele. Segundo ele, um episódio marcou sua vida quando resolveu visitar um missionário famoso que passara pela cidade de Marechal Thaumaturgo. Não tinha dinheiro para a viagem, mas resolveu ir assim mesmo. As pessoas lhe davam comida e emprestavam dinheiro. Chegando ao local da pregação, o Irmão José (o missionário) lhe deu um livro de rezas, *só para ele*, com várias orações para a cura, que ainda hoje o guia em seu trabalho.

O conhecimento dos curadores da Reserva apresenta uma característica pessoal, formada através das suas diferentes experiências e informações que recebem sobre a cura, tornando – os especialistas em determinados tipos de doenças e tratamentos. Alguns só tratam de doenças de crianças de até sete anos; as parteiras lidam com mulheres e crianças; um curador do rio Tejo é especialista em “*dismintidura*”; um outro, do rio Bagé, em “*vermelha*” e “*quebrante*”. Poucos assumem a responsabilidade de lidar com qualquer tipo de doença ou paciente. Um rezador do rio Bagé, relata que utiliza alguns dos ensinamentos da astrologia em

seus tratamentos. O curador do médio rio Tejo, relatado anteriormente, faz uso de técnicas da Umbanda. Na maioria das vezes eles se utilizam de rezas e medicamentos da floresta, porém, alguns deles fazem uso somente de medicamentos da floresta e outros só de rezas.

Os medicamentos da floresta são constituídos por uma variedade de plantas, raízes, óleos, substâncias animais que a população têm a sua disposição. Apesar dos moradores utilizarem frequentemente esses medicamentos, a sua indicação pode não ser a mesma. Uma planta pode ser utilizada por uma pessoa para combater uma determinada doença e, por outra, para o combate de outra.

Muitos dos curadores também utilizam os medicamentos de farmácia. Entretanto esta utilização não representa, para eles, o real exercício de sua profissão. Com ou sem pílulas, eles continuam o trabalho com as alternativas que têm a sua disposição. São tradicionalmente auto suficientes em suas práticas de cura e apesar de, em muitas das vezes, serem presenteados pela família do paciente, não cobram pelos seus serviços. A descoberta do dom de cura, para os curadores e parteiras, representa para eles, um contato entre o mundo espiritual e o mundo concreto, expresso numa dádiva de curar. Seus vínculos como especialistas são com a religiosidade da sociedade. Entretanto além deles terem compromisso com o paciente, têm o compromisso com Deus, pois foi Ele quem lhes proporcionou o “dom” de cura, como é também Ele quem cura. Os curadores são simplesmente veículos da cura divina. O que é afirmado durante suas rezas de cura, como relata uma parteira e rezadora do alto rio Tejo, quando tratava uma pessoa com dores nas costas:

“Quando Deus andou pelo mundo três coisas ele curou, espinhela caída, peito aberto, e arca arqueada. Jesus Cristo preso na cruz três coisas ele curou... como Jesus ficou preso no Calvário, assim espinhela eu peço para ti ficar no teu canto para nunca mais descer

durante o momento em que Deus determinou, amém. E ofereço três Pai Nosso, três Ave Maria, três Gloria ao Pai, oferecidos a nosso Sr. Jesus Cristo, afim de cumprir com minha oração, amém."¹¹

As rezas de cura, na REAJ, são de origem católica, sendo que foram influenciadas pela catequese e pela tradição remanescente dos migrantes nordestinos. Algumas pessoas relatam que seus antecedentes, no Ceará, já rezavam para muitas doenças. Várias crenças populares tentam explicar a resolução, ou não, de um problema pelas rezas.

Segundo Minayo (1994:67-69), o fenômeno de cura no catolicismo popular está diretamente relacionado à fé e representa um anseio de transformação, de uma dada situação, neste caso a doença, com a certeza da intervenção sobrenatural "de acordo com a vontade de Deus."

Na REAJ, a fé parece acompanhar todo o processo de cura, principalmente em relação às rezas. "*É a fé quem cura*". A fé do curador no seu poder de cura, e a fé da sociedade no poder de cura das rezas, são os fatores, apontados pela população, como fundamentais para a boa resolução de seus problemas de saúde. Algumas pessoas relatam achar importante também a fé do paciente nas rezas, porém vários rezadores têm uma experiência diferente.

"Têm vezes que mesmo quando as pessoas não têm fé, os anjos dizem amém e fica boa." (Rezador do alto Tejo)

A reza, como qualquer outra ciência médica, têm sua forma particularizada de curar, desde a especialização de seus praticantes, diagnóstico, evolução e tratamento. Segundo

¹¹ Estas informações foram publicadas com o consentimento da rezadora, pois nas crenças populares da Reserva, a reza é um segredo que deve ser mantido para ela não perder as forças

um rezador do rio Bagé, as rezas são um conhecimento do qual se necessita “*estudar uns dias*” da mesma maneira que o conhecimento dos médicos.

“Se o cabra estudar pra ter o conhecimento de reza, tinha que estudar uns dias. Eu venho aqui com meu menino e o Zézinho Caboclo, diz que é de reza e melhora. Reza e remédio de farmácia, tudo têm diferença. Se por acaso têm um menino doente, o doutor tá atendendo, mesmo que aquela pessoa tenha um pouco de doença de farmácia e doença de reza, os doutor estudaram prá ter conhecimento de dá remédio e o rezador pra reza.”

A reza em muitas vezes têm atribuição de interromper o processo de uma doença que pode evoluir para uma caso mais grave. Como relata um outro rezador do rio Bagé, especialista em doenças de crianças:

“Existem doenças de criança que se pode rezar até os 7 anos de idade. Vai a crença da pessoa no costume do seu povo. Enquanto se for “quebranto” não fica bom se não rezar. Quando tá com “quebranto” não dá remédio. Se não cuidar do “quebranto” vem outro tipo de doença, o “mal de criança”.

Várias outras crenças fazem parte do universo terapêutico das rezas. Apesar de nem todas serem de comum consenso entre os rezadores, a maioria deles, as respeita. Eles acreditam que as rezas de cura não podem ser contadas para ninguém, “*porque ela perde o poder de curar*”, elas devem ser um segredo do rezador com seu paciente.

Os rezadores relatam que, em alguns casos, as rezas podem piorar o estado dos pacientes, principalmente das pessoas mais velhas pois, quando a pessoa está muito debilitada a reza é mais fraca que a doença podendo agravar o estado da pessoa.

“Quando uma pessoa está com doença muito forte, a pessoa estando desnorteada, a reza é mais fraca que a doença e a pessoa morre. Reza, e a doença é mais forte; ai é a reza

que mata a pessoa. Para combater a doença a reza têm que ser mais forte.” (Rezador da Foz do Tejo)

O atendimento realizado pelo curador durante as rezas é cerimonioso, nele se estabelece acordos entre paciente e seu rezador: horários das rezas, dietas, exposição ao calor ou chuva entre outros. A população acredita que são necessários grupos de três rezas, realizadas no início e no final do dia, para o rezador poder “fechar” seu trabalho, sem o qual, ele não pode avaliar a evolução do tratamento e outro rezador não pode rezar.

“O curador sabe quantas vezes precisa rezar. Se tiver muito doente reza nove vezes, se não, reza três vezes. Se não rezar três vezes a reza não cura. Enquanto um rezador não fecha, não reza três vezes, não presta para outro rezar. Na hora da reza eu fico pensando e naquela lembrança, pedindo para ficar bom. Quando fecho a reza, na segunda vez olho para ele e sei que vai ficar bom; quando fecho a cura eu tiro o pensamento do paciente, para outro ou para minha família. Tenho a lembrança do paciente bom e quando tô dormindo, sonho com ele.” (curador da Foz do Tejo)

A sua dinâmica de cura engloba conversas, toques, e um espaço particular. O paciente e o rezador se encaminham para o canto da sala, porta da cozinha ou outro local mais isolado, e por alguns minutos, se alheiam do espaço social. Não rezam em cima da água, pois, ela pode tirar o efeito das rezas na cura.

Machuquei o pé jogando bola, falei que queria alguém pra rezar, ia pedir ao Pedro, mas aí o Dico falou no Roxo, e pediu para ele ir ao barco. Quando chegou era hora do almoço, comeu com a gente, e pedi a ele prá rezar. Ele disse que lugar prá rezar é em casa, porque a água tira a força da reza. Combinei com ele que ia pro meu quarto, ele apareceu um

tempo depois , e saiu e pegou um galho de mato e rezou o sinal da cruz. (morador da Foz do Tejo)

Antes de iniciar a reza de cura, o rezador procura um galho de uma planta específica, pois, cada rezador e cada doença têm a sua planta preferida. Uma parteira do rio Tejo, gosta de rezar com a “*vassorinha*”, um curador do mesmo rio prefere o “*pinhão roxo*” para as doenças mentais. Se, porventura, não houver a planta preferida, não deixa de rezar. Escolhem uma dentre várias plantas do terreiro, balançam a planta escolhida em cima do local adoentado, enquanto realizam suas rezas. Alguns utilizam um pedaço de tecido, uma agulha e um pedaço de linha “virgem”, isto é, nunca utilizado por nenhuma pessoa, e durante as rezas costuram a linha no tecido, a poucos centímetros do local da doença. No início e no final de seu trabalho fazem o sinal da cruz em si e em cima do local doente. O curador reza em voz tão baixa que só ele consegue ouvir e, em alguns momentos, pede ao paciente, que está em silêncio, para repetir alguns de seus trechos.

Durante seu trabalho com rezas, o curador popular, ocupa um espaço mediador entre o poder divino e a realidade. Nas suas rezas evoca, de maneira pessoal, santos e espíritos como intermediários entre ele e o poder de Deus. Como em outras partes do Brasil, a reza de cura no catolicismo popular (Brandão: 1980) é aceita pelos padres locais, apesar de apresentar aspectos contraditórios a alguns dos preceitos oficiais da religião católica. Na Reserva, seus padres, assumem uma posição de prudência e respeito quanto às rezas de cura, diferente da posição dos tidos como “*crentes*” e dos “*batistas*”, que não as aceitam, já que em suas crenças não existem intermediários entre Deus e os homens.

“Os crentes não acreditam em rezas porque não acreditam em intermediários entre Deus e a gente. Uma pessoa não pode ter a voz de deus. Crente mesmo não acredita em reza.

Existe de tudo, antigamente tinha gente que fazia chover, hoje não. Esse negócio de crente foi começar depois prá cá”. (Rezador da Foz do Tejo)

Na localidade do baixo Tejo, onde mora um dos curadores mais famosos da região e local de maior concentração dos adeptos da igreja “batista”, o filho do curador relata:

“O pastor da igreja dos crentes falou que aqui na casa do meu pai é a casa do demônio e queria vir aqui fazer um culto na minha casa, eu falei para ele que poderia vir mas eu não ia participar, até hoje não veio”.

Apesar dos pequenos conflitos, que ocorrem entre a prática de rezas e as crenças de determinadas religiões, a filiação do seringueiro com uma igreja particular, não é necessariamente uma opção para toda a vida. Durante a vida, ora pertencem a uma religião ora a outra. Como no exemplo, um agente de saúde que também utiliza as rezas de cura no seu atendimento: por um período da sua vida tornou-se “batista” e abandonou o trabalho com as rezas e, segundo ele, posteriormente, por solicitação de várias pessoas, abandonou a igreja e voltou a rezar. Também é importante ressaltar que, mesmo fazendo parte de uma religião que não aceita a presença de intermediários durante as práticas das rezas de cura, não significa que, para o doente e sua família, quando for necessário, eles não procurarão um rezador.

“Eu já fui crente ,mas desisti, os crentes só oram, não acreditam na reza. Ora e fica pedindo pela ajuda do doente. Eu falei que era um Deus só que existia, eles ficaram sem saber o que responder. A mulher de um amigo que não acreditava em reza , teve uma hemorragia muito forte que ninguém dava jeito, ele veio me chamar pra rezar e ela melhorou, aí ele começou a acreditar em reza. O crente ora e não fica bom , quando é do meio pro fim o crente se torna a procurar o curador. O curador cura e com os poderes de Deus fica bom.

A cura foi Deus que deixou, todos nós temos que acreditar em tudo que Deus deixou, e crente não acredita na cura.” (Rezador da Foz do Tejo)

Mesmo atualmente com o aumento de seguidores de diferentes “igrejas”(crenças) que são contrárias à maneira pela qual o curador opera suas práticas de cura e por causa da maior disponibilidade de acesso às práticas da biomedicina com os agentes de saúde, seu conhecimento e aparelhos, o curandeirismo popular persiste devido (a) à tradição cultural, (b) à eficácia terapêutica para determinadas doenças, (c) à dificuldade de acesso aos medicamentos de farmácia, nem sempre presente nos postos de saúde, e (d) à distância dos centros de referência, melhor equipados, em saúde biomédica.

“Quando procuram remédio vai ao agente de saúde, quando não quer remédio vai ao curador. Muitas vezes não tenho remédio no posto , aí eu rezo. Às vezes o caso não é de reza e rezo para satisfazer o desejo das pessoas. As pessoas sabem quando a doença é do rezador ou do agente de saúde. Nunca vai acabar o rezador, porque é coisa de crença. Quase todo rezador acredita em planta. Sapinho com chá de alho e reza é melhor que violeta.”(Agente de saúde e rezador do rio Amônea)

* * *

Um atendimento de reza de cura

Viajando na região do Alto Juruá, pude observar o processo de cura por rezas de um seringueiro. O “motorista”(como é chamado na região) do barco no qual estávamos viajando machucou o pé, jogando futebol. Resolveu então, procurar uma senhora “rezadora” que também “pegava crianças”. Esta senhora é muito respeitada na região tanto pelos seus

trabalhos de cura, quanto por suas posições políticas. Ela representa uma liderança dentro de sua família, principalmente após a morte de seu marido, ocorrida há vários anos.

O atendimento se realizou na casa da rezadora, onde estavam hospedadas várias pessoas que participariam de um encontro na comunidade para discutir os problemas de saúde. Inicialmente a rezadora e o motorista do barco tiveram uma conversa particular sobre a possibilidade de ela realizar seu trabalho no pé machucado. A rezadora consentiu em ajudá-lo. Encaminharam - se para o quintal e dentre os vários arbustos cultivados em seu terreiro; a rezadora escolheu um, retirou alguns ramos da planta e ambos, ela e o paciente, se isolaram do grupo na soleira da porta da cozinha. Aos poucos as pessoas presentes no local foram ficando caladas e um certo silêncio reinou no momento. Além de seu respeito e silêncio, não demonstraram nenhuma interferência direta no trabalho da rezadora, ninguém se aproximou da porta da cozinha, diminuíram o tom da conversa e continuaram suas atividades, como preparar a janta.

De frente um para o outro, a rezadora pergunta onde é o machucado. Observa o local silenciosamente por alguns minutos e pergunta se está doendo. O motorista do barco, olha para a rezadora com um ar de respeito e submissão. Com sua mão a rezadora toca o pé machucado e vários outros pontos, parecendo realizar uma leve massagem no pé do paciente e dá um diagnóstico de *dismintidura*. Após o diagnóstico, diz ao paciente que quando perguntasse: “o que eu curo?” ele deveria responder: “cura carne rasgada, osso torto, nervo rompido, e *dismintidura*.” A rezadora fez o sinal da cruz em si, em cima do local da lesão e continuou seu trabalho com uma reza católica, em voz baixa que somente o paciente e a rezadora puderam ouvir. Sacudiu o ramo de folhas sobre o local machucado e perguntou ao paciente.

- O que eu curo?

O paciente respondeu segundo as informações recebidas da rezadora.

- Cura carne rasgada, osso torto, nervo rompido e *dismintidura*.

A rezadora orientou o paciente para não jogar bola durante o período das rezas e informou-o de que ainda seriam necessárias mais duas sessões, sendo que o melhor horário seria pela manhã e ao final da tarde.

O motorista comentou comigo que seu pé já estava melhor. Senti uma segurança em sua resposta, como se fosse óbvio que já estivesse melhor. Após o café, a rezadora e o paciente conversaram. A rezadora estava confiante e ao mesmo tempo alegre durante o seu trabalho. Perguntou ao paciente se o pé estava melhor. Ele confirmou, apesar de ainda estar doído. Ela respondeu que era normal. Retirou-se para o quintal em busca de novo ramo de mato da mesma planta utilizada na primeira sessão. Rezadora e paciente, se encaminharam para a porta da cozinha. Depois de passar a mão sobre o local machucado, a rezadora fez o sinal da cruz no seu peito e sobre o local da lesão; passando o ramo de mato sobre o local machucado, iniciou a sua reza. O ritual se repetiu sendo apenas diferenciado pelo fato de que ele não disse corretamente o que deveria dizer. Ela corrigiu e continuou. Ela reafirmou para o paciente que ele não deveria jogar bola e pediu para repousar durante as rezas. Marcaram um novo encontro para o final da tarde.

Durante o dia várias pessoas comentaram que o motorista necessitava ficar bom para dar continuidade à viagem. Várias pessoas, preocupadas com a doença do motorista, deram sugestões de tratamento para ajudá-lo em sua melhora.

No final da tarde, eles foram para mais uma sessão de cura na porta da cozinha, local escolhido pela rezadora. O comportamento das pessoas presentes foi o mesmo- respeito,

silêncio e não intromissão no trabalho específico da rezadora. As pessoas estavam preocupadas com o resultado da reza, já que, na manhã seguinte teríamos de viajar para outra comunidade. Esta sessão se realizou de igual maneira e o paciente alegou não sentir mais dor no pé.

Mesmo tendo o motorista se recuperado da lesão no pé, o grupo se reorganizou, de forma que o motorista dividiria o tempo de trabalho com o proeiro, a pessoa que fica na parte da frente da canoa indicando os canais para passar no rio. Após alguns dias, o motorista retomou suas atribuições e obrigações para com o grupo.

* * *

Os agentes de saúde

Os primeiros agentes de saúde dentro da área da atual REAJ foram treinados e contratados pela Secretária Estadual de Saúde do Acre. O primeiro agente de saúde que se têm notícia *“foi o falecido Sr. José Messias na colocação da Restauração em 1988”*. Em 1992, outro agente de saúde, o Sr. Antônio de Paula, que hoje faz parte da diretoria da ASAREAJ, foi convidado para trabalhar na Reserva. *“Fui chamado para trabalhar na Foz do Tejo em 1992, antes trabalhava no Riozinho Azul no Rio Moá”*.

A categoria de agentes de saúde na REAJ, começa a representar uma referência local em saúde para a população, a partir de 1992, com o início das atividades do primeiro projeto de saúde, através de um convênio ente Health Unlimited (HU) e a ASAREAJ, que dentre seus objetivos estava incluído a capacitação de pessoal local em agentes comunitários. As primeiras pessoas a serem escolhidas para este trabalho, foram indicadas pela associação dos moradores, ASAREAJ, e foram treinados em Rio Branco, pela Comissão Pró índio do Acre. Posteriormente a escolha destas pessoas partiu de uma indicação comunitária em

conjunto com a associação dos moradores, continuando sua formação através do apoio da HU e, logo em seguida, da Associação Saúde Sem Limites (SSL) com seus treinamentos realizados dentro da Reserva. Atualmente os agentes de saúde - homens e mulheres com idade média entre vinte e quarenta anos - constituem um grupo de pessoas, composto por agricultores, professores e comerciantes que participam diretamente da organização e do gerenciamento dos vários aspectos da Reserva, como por exemplo: da diretoria da ASAREAJ, do Conselho deliberativo e do Conselho Fiscal, também participam das atividades de fiscalização do IBAMA e de outros projetos que não são diretamente relacionados à saúde. Eles constituem a principal referência em saúde biomédica na REAJ, atuando na sua própria comunidade e em uma regiões, muitas vezes distantes em dias de viagem de um local com melhores condições nesta forma de atendimento.

Tornar-se um agente de saúde representa, para alguns dos moradores da Reserva, a construção de uma identidade e o reconhecimento da sua participação social em espaços anteriormente submetidos ao controle dos patrões e/ou dos políticos locais. Um morador da Foz do Bagé que assistia a uma aula para os agentes de saúde, comenta com orgulho:

“Antes a gente nem pensava que os filhos de seringueiros poderiam virar agentes de saúde, hoje nós vemos vários filhos de seringueiros sendo agentes de saúde.”

Esta mais recente categoria de prestadores de serviços em saúde foi logo assimilada pela sociedade local que lhes transmitiu um prestígio diferenciado. Eles são respeitados pela população, devido ao seu conhecimento em saúde, à ajuda econômica e ao status que a categoria lhe permite. *“Antigamente a gente não tinha muita opção de procurar ajuda, agora com os agentes de saúde a coisa melhorou”*(Morador do rio Bagé). Isto não significa que em

alguns momentos não haja ciúmes por parte dos curadores, como é freqüente ouvir com tom de ironia entre alguns destes:

“Antes tínhamos que resolver a maioria dos casos de doença, agora têm os agentes de saúde e a gente não precisa mais rezar!” (Rezadora e parteira do rio Bagé)

Os agentes de saúde, desde o início do seu processo de formação, recebem uma ajuda econômica em dinheiro o que, em um local onde a economia interna têm pouco ou nenhum dinheiro em circulação, lhes possibilita melhores condições de sobrevivência na floresta. Sendo assim, eles podem comprar alimento, roupa para sua família, uma canoa, entre outras coisas que possam lhe trazer maior conforto. Este fato têm ocasionado uma reação entre os curadores e parteiras que começam a discutir a possibilidade de algum pagamento pelo seu trabalho. Como relatou um curador da Foz do Tejo durante uma entrevista:

“O agente de saúde recebe um salário pelo seu trabalho , eu acho que seria bom se o curador também recebesse.”

Até o ano de 1995 a ajuda de custos aos agentes de saúde era mantida através de financiamento da instituição não governamental, Health Unlimited (HU) e consistia em dois salários mínimos por mês. Com a finalização do projeto da HU, a ajuda financeira ficou comprometida, sendo diminuída para um salário mínimo por mês, através de um acordo da ASAREAJ com o projeto de saúde reprodutiva e o CNPT- IBAMA, por mais um ano. A partir daí, os agentes de saúde começaram a receber uma ajuda de custos não sistemática - por participação temporária em projetos da SSL – ou, esporadicamente, através de diárias quando participam de cursos, encontros ou reuniões.

Esta remuneração é um forte estímulo para as pessoas optarem por trabalhar como agentes de saúde. Muitas pessoas ingressaram no curso de formação de agentes de saúde, em

busca de trabalho e salários. O componente econômico, nestas situações, é fortalecido pelo modelo de assistência biomédica utilizado como base na capacitação formal dos agentes de saúde e no qual está implícita a dependência das instituições públicas para suprir a demanda de medicamentos, de equipamentos, de conhecimentos e de pagamento de salários.

A dificuldade de alocar recursos, para a ajuda de custo levou a maioria dos agentes de saúde a diminuir o número de seus atendimentos e cogitar o abandono do seu trabalho. Porém não conseguiram, já que eles haviam se transformado em referências de saúde para as suas comunidades. Mesmo afirmando não estarem mais trabalhando como agentes de saúde, nos casos onde não se consegue resolver o problema a nível familiar, eles são sempre procurados.

Em princípio, a formação destes agentes, decorre do trabalho em conjunto da ASAREAJ com as instituições, governamentais ou não, que lidam com saúde. Técnicos, enfermeiras, médicos, antropólogos e educadores, durante cursos, encontros e supervisões, retransmitem os conhecimentos biomédicos, dando ênfase aos aspectos preventivos e curativos da atenção primária, através de uma linguagem escrita, oral e lúdica. Porém, suas práticas e conhecimentos são acrescentados à experiência que o trabalho vai lhes oferecendo e ao aprendizado, com os mais velhos, dos segredos dos medicamentos da floresta e das rezas, compondo, assim, uma forma de conhecimento próprio, complexo e dinâmico.

Tanto o entendimento dos agentes de saúde, como o da população em geral, sobre o processo saúde e doença, é construído e transformado, no dia a dia, através de novas informações que eles recebem e de suas próprias experiências. Nos anos recentes, com o aumento de informações sob o olhar da ciência biomédica, muitas das crenças, dos moradores e agentes de saúde, sobre a saúde e a doença foram e estão sendo reformuladas. Podemos citar

como exemplo a crença sobre a relação entre quente e frio como causadora de enfermidades; ou, a malária, uma doença transmitida através de um mosquito - no conhecimento biomédico - atribuída tempos atrás por muitos de seu moradores á transmissão pela água.

“Antigamente o povo acreditava que comer uma comida quente e cair no rio com água fria causava doença ou que a malária vinha da água. Hoje, depois dos agentes de saúde, só poucas pessoas continuam acreditando nisto.”(Diretor da ASAREAJ)

Os conhecimentos externos em saúde são adaptados e modelados à cultural local, tanto pelos curadores, principalmente na utilização das “pílulas”, quanto pelos agentes de saúde da Reserva. Os agentes de saúde têm o papel de mediadores de conceitos da relação existente entre os dois modelos de assistência biomédica com a população em geral. Eles absorvem os conhecimentos da ciência biomédica, de forma particularizada e culturalmente aceita, construindo explicações e realizando tratamentos que, em muitas vezes, agregam os conhecimentos do curandeirismo popular e da biomedicina. Como no caso de uma mulher que teve um filho em casa e alguns dias depois chegou com febre na colocação da Foz do Tejo. Atendida por uma agente de saúde que também é parteira e que deu uma explicação sobre a causa da doença, para a paciente, como sendo uma inflamação no seu útero originária da quebra do “resguardo”¹². Para o tratamento ela utilizou de um medicamento recomendado no seu curso de formação, com a finalidade de deter uma inflamação causada por um micro organismo.

Os medicamentos de farmácia, denominados “pílulas” pela população local, são os meios terapêuticos mais valorizados pelos moradores da região. Em sua forma material, eles

podem em muitas vezes, ser analisados como um “fetiche” Para muitas pessoas, se elas não tomarem “pílula”, não serão curadas. A maioria das famílias sempre têm em casa algum tipo de medicamento de farmácia. Usados nas mais diferentes doenças de forma aleatória pelas pessoas, que muitas vezes, contrariam os critérios científicos do modelo de assistência que os preconiza, a biomedicina. Por exemplo, é comum ouvir durante um atendimento de uma criança a mãe relatar: *“Eu tinha umas pílulas lá em casa e dei para para ele, não sei o nome delas”*. Por outro lado, estes remédios, apresentam certa “eficácia na resolução de problemas psicosociais e uma forma de adaptação às estratégias culturais.” (Kleinman 1978: 91).

A valorização dos medicamentos de farmácia pode ser também observada durante o trabalho dos agentes de saúde. Apesar de recebem, durante sua formação, informações sobre os mais variados aspectos de atenção primária à saúde, eles dão maior valor às práticas curativas do que às preventivas. O atendimento clínico à população é o que lhes dá maior status social. Muitos dos agentes de saúde também fazem uso de práticas populares, como os medicamentos da floresta e as rezas de cura. Porém, para eles e para a população em geral, as “pílulas” constituem o maior símbolo local da capacidade de cura. Um morador da foz do Machadinho, comenta a distribuição, por um vereador do município em épocas de campanha de eleição, de mil e seiscentos quilos de medicamentos partilhados entre a população e os agentes de saúde da Reserva:

“A agente de saúde fica mais contente que a gente quando têm remédios no posto, até parece que faz mais bem para ela do que para o povo”. (morador da Foz do Machadinho)

¹² O resguardo é um período após o parto, no qual, a parturiente deve seguir regras que visam manter a sua saúde. Estas regras dizem respeito a dieta alimentar, às atividades sexuais e sociais.

Apontada pela população em geral como o instrumento básico para o reconhecimento social do trabalho dos agentes de saúde as “pílulas” também representam a forma popular de valorizar o conhecimento dos seus profissionais. Se um médico, enfermeira ou agente de saúde não receita uma “pílula”, ele “*não sabe nada*”. A “pílula” legitima o atendimento e também funciona como instrumento de status e poder, por simbolizar a possibilidade de cura em casos nos quais as terapias populares não têm condições de realizá-la.

Podemos dizer, que a valorização dos medicamentos de farmácia é parte de um antigo processo atestado desde a época dos antigos patrões que, junto à igreja católica, diagnosticavam e vendiam remédios. Recentemente esta valorização voltou a ser reafirmada com a institucionalização formal da saúde, através de projetos de saúde da ASAREAJ e das atividades da prefeitura local e do Estado.

A posse destes medicamentos representa um símbolo de poder estabelecido na sociedade local desde há muito tempo, poder para aqueles que os possuem e submissão para aqueles que os necessitam. Como já foi relatado, estes medicamentos faziam parte das mercadorias comercializadas pelos patrões e apesar de estarem à disposição dos seringueiros, sempre foram de difícil alcance, pois custavam até a própria liberdade de negociar o fruto de seu trabalho. Em 1992, a equipe do primeiro projeto de saúde na REAJ, atesta a continuidade da relação entre a comercialização, pelos comerciantes itinerantes (denominados de mareteiros), de medicamentos industrializados por preços muitos superiores àqueles encontrados nas cidades vizinhas e, o poder que elas representavam no início de um projeto que tinha como um dos seus objetivos o estabelecimento de uma infra-estrutura em saúde, apoiada no trabalho dos agentes de saúde.

“A comercialização dos remédios feita por marreteiros é até hoje, um dos meios mais eficientes de arrancar fácil a produção de borracha ou a pequena roça da população. Esta relação parece ter sido convenientemente instigada pelo regime de exploração pelo qual passou a região. Através do comércio e atendimento realizado pelos patrões e posteriormente por marreteiros... Os agentes de saúde não devem ficar desprovidos de remédios essenciais, caso contrário, não poderão concorrer com os marreteiros de remédios e, pior, ficarão desacreditados na região.” (ASAREAJ 1991/92:48)

A distribuição de medicamentos de farmácia, até hoje, é uma forma de poder das mais legitimadas e utilizadas na região. Principalmente durante as campanhas políticas, onde se acentua sua distribuição pelos políticos locais, já que isto representa, para eles e para a população, um das melhores formas de adquirir votos. Como por exemplo:

Durante as eleições para os dois últimos governos, seja municipal ou estadual, os medicamentos foram monopolizados pelos integrantes e apesar de serem freqüentemente distribuídos aos seus partidários, foram negados à equipe de saúde da ASAREAJ, quando em trabalhos de campo. Provavelmente devido à posição política que assumiu a diretoria da ASAREAJ, durante estas eleições, contrárias aos interesses políticos dos, então, governantes.

* * *

Um atendimento pelo agente de saúde.

A seguir será descrito um ritual de atendimento realizado por um agente de saúde no posto de saúde da colocação da Foz do Tejo. O agente de saúde que atende nesta colocação é um jovem de 23 anos, filho de mãe índia, da etnia Kaxináuwa e de pai nordestino, falecidos quando era criança e criado por um pajé Kampa. Ele é uma pessoa muito interessada em saúde

e a população do local o respeita não só como agente de saúde, mas também como rezador. Muitos agentes de saúde rezam, no entanto, esta prática não é uma obrigatoriedade em seu serviço e em algumas vezes realizam visitas domiciliares. Para essa análise o atendimento descrito se encaixa nos modelos da medicina oficial ou biomédica.

Um local é escolhido e delimitado como local de atendimento para todas as pessoas; este local é denominado posto de saúde. No posto existem duas salas fechadas para atendimento e uma varanda aberta que dá acesso às salas. Uma sala funciona como dormitório, para o agentes de saúde e eventualmente para outras pessoas que trabalham na área. A outra sala é o local para atendimentos. Esta sala têm uma organização espacial permanente: uma mesa, duas cadeiras, uma estante com os frascos de pílulas, livros de medicina, um livro para marcar o atendimento, um estetoscópio, um termômetro e um aparelho de pressão em cima da mesa.

O morador de uma colocação de centro, localizada à duas horas de caminhada pela mata do posto de saúde, chega pela manhã, acompanhado da esposa e dos três filhos, para “tirar” uma consulta. Entra no posto de saúde e espera o atendimento, sentado em um banco na varanda, junto com a família, pois, o agente de saúde atende outro paciente. Enquanto espera, o seringueiro conversa com os familiares da pessoa que está sendo atendida. Neste momento comenta e discute o diagnóstico realizado por sua família em casa.

O outro paciente que fora recém atendido sai da sala de atendimento e cumprimenta o amigo e sua família. O agente de saúde chega à porta e cumprimenta o paciente, seu Raimundo, os filhos e a esposa, e pede para o paciente entrar. A família toda se levanta e entra na sala de atendimento. O agente de saúde se encaminha para uma cadeira atrás da mesa e se senta. O paciente senta, em frente, do outro lado da mesa, de costas para a porta

de entrada. A mulher se encaminha para o lado direito do marido, onde existe uma janela e seus filhos o rodeiam. O agente de saúde abre o livro de atendimento e fala:

- Seu Raimundo Costa, com quantos anos o Sr. está?

A mulher do seu Raimundo responde por ele:

- Ele deve ter uns 38 anos é dois anos mais velho do que eu.

O agente de saúde pergunta:

- O que o Sr. está sentindo?

A mulher novamente responde:

- Olha ele tá com uma febre há 4 dias. Ele suou muito e têm vontade de “*provocar*” (vomitar) a toda hora.

O agente de saúde pergunta o que mais ele sente. Agora é o paciente quem responde.

- A noite dá uma tremedeira no corpo e dói todas as juntas.

O agente de saúde levanta, pede licença para os seus familiares e chega perto do Sr. Raimundo para examiná-lo. Coloca o termômetro no paciente, espera o tempo necessário em silêncio e retira o termômetro. Neste momento, todos olham para o termômetro e para o agente de saúde com uma expectativa. O agente de saúde diz:

- Ele está com febre mais é baixa.

A mulher do paciente acrescenta:

- À noite ele queimava de calor e suava muito.

Neste momento, seus filhos estão brincando sentados no chão e fazendo barulho. O agente de saúde pega o estetoscópio, o aparelho de pressão e pede silêncio às crianças. A atenção, volta-se para o paciente, o agente de saúde e os aparelhos de exame. Coloca o

aparelho de pressão no braço de seu Raimundo e o estetoscópio em seu pescoço. A atenção de seus familiares está dirigida ao relógio do aparelho de pressão. Alguns minutos de silêncio, e o agente de saúde retira o aparelho do paciente e diz:

- A pressão está boa. Têm alguém perto de casa ou, alguém de casa, já teve esta doença?

A mulher novamente responde:

- A filha da dona Maria estava assim a semana passada, foi à vila e falaram que era malária. Tomou umas pílulas que deram para a ela na vila e ficou boa e pergunta:

- Voce acha que ele tá com malária também?

O agente de saúde responde:

- Eu acho. Ele devia fazer uma lâmina na vila para saber melhor. Mas, o microscópio da vila tá quebrado. Eu vou dar umas pílulas para ele tomar e ver se melhora. É melhor vocês pernoitarem por aqui, eu quero ver ele de novo amanhã.

A mulher fala:

- A gente vai ficar na casa do compadre Sebastião duas curvas abaixo, você sabe onde é.

O agente de saúde fala sobre uma dieta a ser seguida. A família se levanta e despede do agente de saúde levando as pílulas enroladas em um pedaço de papel. Na saída da sala cumprimentam o casal que leva o filho pequeno para consulta, saem do posto de saúde e comentam entre eles sobre a conduta do agente de saúde, o diagnóstico, o tratamento e outras formas de procurar ajuda se não desse certo com o agente de saúde.

No dia seguinte o agente de saúde vai à casa onde o Sr. Raimundo e sua família estão hospedados. Quando chega fala com a dona da casa.

- Boa, dona Joana, como está a senhora?

Ela responde:

- Vamos levando a vida.

Dona Joana olha para filha que ajuda na cozinha e diz:

- Minha filha vai buscar uma lata de água para o moço lavar os pés.

O agente de saúde lava os pés e entra. Dona Joana explica que o Sr. Raimundo está deitado na rede da sala e se encaminha para a sala onde ele está sozinho, em silêncio. A sua esposa que estava ajudando dona Joana a preparar a comida, cumprimenta o agente de saúde e também se dirige para a sala. O agente de saúde pergunta ao paciente como ele se sente. Raimundo responde que está melhor e o agente de saúde comenta que a doença é assim mesmo e que ele deve continuar mais alguns dias deitado e tomando as “*pílulas*”. Ele, o paciente, relata que está tomando um chá trazido pela vizinha que teria sido bom para a sua filha.

Dona Joana traz café e coloca a garrafa e os copos no chão. Começa a contar o caso de um parente que sofreu muito com malária e precisou ir para o hospital em Cruzeiro do Sul. Seu Raimundo comenta com o agente de saúde que estava brocando um roçado e deixou os filhos mais velhos fazendo o serviço. O agente de saúde toma café conversa sobre a vida e se despede falando que vai voltar amanhã.

No dia seguinte, o agente de saúde retorna e pergunta:

- Como está o Sr.?

- Eu estou bem melhor mas tive um pouco de febre à noite e o corpo tá fraco ainda.

O agente de saúde responde:

- A doença é assim mesmo, o Sr. deve ficar mais uns dias por aqui até que se sinta melhor para ir para casa. Qualquer coisa me chame.

Depois de quatro dias o seu Raimundo e sua família retornam para casa para continuar a brocar a sua roça.

* * *

Comentários

O sistema local de saúde na Reserva Extrativista do Alto Juruá apresenta características de um sistema sincrético, com modelos de assistência influenciados pelas tradições médicas, populares e biomédicas.

“Desde o início do mundo, nossos avós ensinaram nossas mães e quando o cabra se ataca, nós fica com o conhecimento que vem do mais antigo- aí eu digo:- doutor esse também têm mau de reza, com o medicamento, ele melhora, mais nunca fica bom porque Deus já deixou o conhecimento da reza e da farmácia. Deus manda para terra dois tipos de doença. Eu rezo com a fé em Deus e ofereço a Ele, a Deus, com o poder Dele dá o conhecimento de saúde.”

O conhecimento do modelo popular na REAJ é caracterizado principalmente pela experiência que seus moradores têm em lidar com as doenças em uma região onde não há melhores alternativas à sua disposição. Este modelo compõe-se de diferentes práticas médicas que cada curador utiliza de modo particular. Dentre estas práticas, as rezas de cura e os medicamentos da floresta são as mais comuns, utilizadas por quase todos os curadores e as parteiras. Não existe nenhuma instituição formal que os legitima. Os curadores e as parteiras são categorias legitimadas pela sociedade local através das suas experiências positivas em cura, sendo que eles são autosuficientes em seu trabalho, ou seja, não dependem da ajuda institucional. Ao contrário do conhecimento partilhado pelo modelo biomédico em que está implícito sua dependência das instituições formais que lidam com saúde, para compra de

equipamentos, medicamentos industrializados, aparelhos e pagamento dos seus praticantes. É um modelo universal estabelecido através de “leis” (Kleinman 1976:88), apoiadas na biologia, na física e na química que regem às causas, diagnóstico, evolução e tratamento das doenças. Os seus conceitos são originários das crenças no positivismo do final do século XIX e do início do século XX e não fogem a linha da universalização do conhecimento e poder do capitalismo vigente. Seus conhecimentos são formas de controle social e o corpo é transformado em instrumento de afirmação das categorias socialmente dominantes que refletem e ajudam a reproduzir o conhecimento e a permanência das estruturas das relações de poder (Good: 1994: 21)

A eficácia cientificamente comprovada da biomedicina em muitos casos, mas não em todos, não pode ser desprezada. Porém permanece restrita a um pequeno número de pessoas. Os serviços da biomedicina não são de igual acesso a todos os membros da sociedade. Eles dependem de condições econômicas e sociais particulares de cada sociedade e das formas como são negociadas entre as diferentes instâncias de poder. Serviços de saúde inadequados, pessoal técnico mal treinado, falta de medicamentos e equipamento, falta de pagamento, e influências políticas e econômicas muitas vezes fazem da biomedicina uma ciência de menor eficácia.

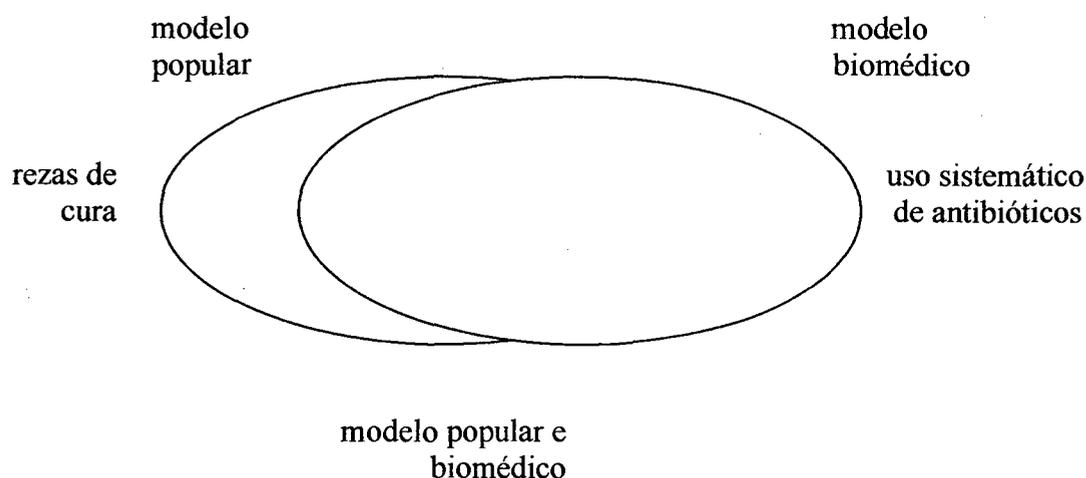
O curandeirismo popular na REAJ é freqüentemente entendido por pessoas de um poder econômico maior, e mesmo por médicos da cidade, como fator de ignorância e atraso. Como relata uma moradora da Foz do Tejo.

"Procuro primeiro o agente de saúde. Quando não resolve, procuro o curador. Quase nenhum curador cobra. Os ricos não procuram curador, muitos não acreditam e geralmente só querem saber dos médicos da cidade. Eu sei quando é mal de reza, têm doutor

que briga com a gente quando vai num curador. O doutor mal sabe quando um paciente vai no curador e muitas vezes o doutor acha que foi ele que curou. A fé é quem cura.”

A possibilidade de ter acesso a determinados serviços de saúde mais especializados está diretamente relacionada à condição econômica da família do paciente, ir ao médico é um fator que na maioria das vezes implica em gastos que a família não têm condições de abarcar porém, muitas vezes, na avaliação dos tratamentos utilizados durante o processo de cura atribui o alívio de suas queixas às práticas populares em confronto com a avaliação do médico, que lhe atribui o poder de curar. A população entende e valoriza as práticas populares de cura e muitas vezes procura os curadores sem comunicar o médico.

Apesar de existirem diferenças nos modelos de assistência em saúde, biomédicos/oficiais e populares, nota-se a presença de vários elementos comuns, entre a população da Reserva, com relação às práticas terapêuticas e a forma como todos operam neste sistema. Estes modelos são vistos e percebidos como formas de tratamento capazes de oferecer a população um diagnóstico e posteriormente a cura, e atuam ora em conjunto e ora separado. Como demonstra a figura abaixo:



Na extremidade do modelo popular estão localizadas as rezas de cura, independentes do modelo biomédico de assistência. Na outra extremidade da figura, no modelo biomédico, está representado o uso sistemático de antibióticos, principalmente relacionados às doenças infecciosas, como o caso da malária, uma doença reconhecida pela população e tratada neste modelo de assistência.

A utilização de conhecimentos e técnicas no sistema local de saúde da Reserva, apresenta diferenças, quanto à frequência em que são utilizados e em relação à aquisição de seus conhecimentos na ótica dos seus praticantes. É mais comum um agente de saúde conhecer e utilizar também técnicas e conhecimentos do modelo popular em seu trabalho, do que os curadores e parteiras utilizarem a biomedicina em suas práticas de cura.

O predomínio de determinados modelos de atendimento, entre os diferentes agentes locais em saúde, depende da sua posição socialmente legitimada e reconhecida pelos moradores da reserva. Os agentes de saúde são uma categoria trabalhista vinculada à alguma instituição pública, na maioria das vezes à ASAREAJ. A partir do momento em que este vínculo se rompe, a denominação de agente de saúde não têm mais o respaldo social e eles retornam à sua antiga categoria social. Como o caso do agente de saúde da Foz do Tejo, que por algum tempo abandonou o trabalho como agente de saúde, sendo então denominado, pelos moradores, de rezador. Segundo ele, durante o período que ficou afastado do trabalho, as pessoas o procuravam somente para rezar. Retornando novamente ao vínculo institucional, voltou a ser denominado de agente de saúde que também reza. Porém começou a ser cobrado pela população, em relação ao seu horário de atendimento e a por ter “*pílulas*” para o tratamento e, atualmente é procurado pela população, com maior frequência para o tratamento

com remédios de farmácia. Ele utiliza as rezas de cura quando não têm medicamentos de farmácia à sua disposição.

Nos atendimentos nos modelos da biomedicina, realizados pelos agentes de saúde, têm – se a preocupação com a explicação biológica, com a individualidade do paciente e com a sua referida doença. Há a procura de causas fisiológicas para explicar o sofrimento do paciente, afirmadas através do aparato científico, de aparelhos e da participação da sociedade, principalmente da família do paciente que permite identificar a causa e a evolução da doença, como também, a avaliação do tratamento.

No relato do atendimento do Sr. com malária no posto de saúde, o paciente sai do posto e discute o diagnóstico e o tratamento com amigos e familiares, tornando – os públicos. Os meios para aliviar suas queixas depende de relações institucionais tais como adquirir um medicamento de farmácia e /ou realizar um exame.

No atendimento realizado pelas rezas de cura, normas e regras previamente estabelecidas, que permanecem em segredo, entre o rezador e o paciente, tentam assegurar o alívio do paciente.

Rezador e paciente partilham de um segredo, já que somente eles têm conhecimento das rezas utilizadas durante o tratamento. A rezadora, uma mulher idosa como outra qualquer, detém um poder, o poder de cura. A sociedade não participa diretamente do diagnóstico e do tratamento, o paciente não os comenta em público. São realizados de forma privada entre o paciente e a rezadora e sua evolução depende, em grande escala, da relação estabelecida entre o doente e o rezador do que a ajuda externa. O segredo é um dos fatores importantes para conseguir o alívio da dor. Durante as rezas o contexto religioso de seus

moradores é levado em consideração, as relações coexistem através de conceitos simbólicos em uma particular percepção da realidade.

No curandeirismo popular, principalmente no atendimento pelas rezas de cura, a relação entre o rezador e o paciente é privada ao mesmo tempo, em que se consideram aspectos sociais no diagnóstico e para o tratamento das doenças. No atendimento pelo modelos biomédicos, o diagnóstico e o tratamento são realizados de forma individualizada, não considerando aspectos sociais que poderiam levar o indivíduo à condição de doente, na avaliação do diagnóstico e do tratamento a sociedade têm um papel importante. São os comentários e as discussões entre familiares e amigos que avaliam e direcionam a tentativa de cura.

A sociedade se reorganiza igualmente, em relação ao trabalho realizado por uma pessoa quando acometida de uma doença. Defronte a uma pessoa doente, outras pessoas da comunidade assumem as suas atribuições sociais até que aquela possa retomá-las.

Mesmo na atualidade, com o aumento de seguidores de diferentes crenças, “igrejas”, entre a população da Reserva, contrárias à maneira pela qual o curador e a parteira, operam suas práticas de cura e a maior disponibilidade de acesso ao conhecimento e práticas do modelo biomédico, o curandeirismo popular persiste. A sociedade local legitima os modelos de assistência médica, tanto popular quanto biomédico, mesmo que em alguns momentos eles gerem dúvidas e de onde veio a cura: da reza ou dos remédios biomédicos. Como relatou o agente de saúde da Seringueirinha, quando sua filha ficou doente:

“Angela, minha esposa, procurou o Zé Duda, curador que faz oração e resolve. O agente de saúde, têm que conhecer, quando é doença de reza, ele cuida com reza. A criança, com ventre caído, quando agente deita a criança, não aparece a quina em cima do estômago.

A mãe procurou os dois, ele rezou e eu dei soro. A criança, foi aparando o choro e diminuindo o sinal da doença. Ainda traz uma dúvida: quem curou, ele ou eu?

O povo da Seringueirinha diz que: agora tenho fé em Deus que a minha criança vai ficar boa, têm agente de saúde e curador, tudo aqui”.

Os curadores e os agentes de saúde atendem a um variado quadro de queixas. Suas redes de relações se dão principalmente através da troca de experiências, em como lidar com a doença e o percurso do paciente em busca de cura. Quando o curador não consegue resultados positivos, eles encaminham o paciente ao agente de saúde e vice versa. Quando não se sentem capacitados para o tratamento, seja material ou tecnicamente, tanto o curador como o agente de saúde encaminham os doentes para as cidades mais próximas.

* * *

Posto de saúde do Rio Juruá



Pano com linha virgem utilizado por alguns rezadores no trabalho de cura



Parteira do médio Rio Tejo

(Rosana Vilela)



Agente de saúde do Rio Amônia, Agente de saúde e parteira da Foz do Machadinho e morador da Restauração



Agente de saúde durante atendimento

(Rosana Vilela)



Agentes de saúde da Reserva



Capítulo 3

Saúde e doença e suas crenças

Podemos dizer que atualmente a maioria das populações ditas isoladas da Amazônia vivem um processo de interrelação sócio – cultural. Desde a criação da REAJ, seus moradores têm, gradualmente, maiores chances de contato com a sociedade envolvente, através dos participantes de diferentes projetos de desenvolvimento econômico e social, da melhoria dos meios de comunicação e da educação básica.

Em um contexto multicultural, a medicina biomédica ou oficial e a medicina popular ou tradicional, no que diz respeito aos seus conceitos e formas de tratamento, apresentam dinâmicas particulares à cada cultura e região nas representações das doenças. Cada sociedade têm regras para identificar e traduzir a “realidade subjetiva e biofísica e a desordem sócio cultural coletiva da doença”(Gallois, 1991:181). ”A doença não é uma entidade percebida e vivenciada universalmente, é um processo experimental: suas manifestações dependem dos fatores culturais, sociais e psicológicos operando junto aos processos psico - biológicos.”(Langdon, 1994a: 1)

O processo de identificação das doenças na REAJ envolve a manipulação social da classificação, como se fosse uma “rede”, que inclui tanto as famílias, os vizinhos, os agente de cura, os médicos e as enfermeiras, quanto qualquer outra pessoa que venha a participar direta ou indiretamente deste processo, dentro de um contexto sócio cultural específico, caracterizado por uma situação de contato entre diferentes modelos de assistência. A percepção da doença

inicia a partir de um estado de “se sentir mal”, percebido pelo indivíduo, pela família, ou pela sociedade, a partir da qual, se constrói uma queixa.

“Doença é tudo aquilo que incomoda a pessoa que não está se sentindo bem, má alimentação, uma má estadia, falta de higiene, tudo causa doença. Saúde é ter uma vida de bem com a família, ter higiene, ter orientação, ter coragem, ter um bom diálogo com as pessoas, ter um bom relacionamento com a comunidade e ter forças para trabalhar”. (Agente de saúde e vereador do município)

A percepção da doença está, quase sempre, relacionada a uma causa imediata - *“ele comeu mamão no sol quente, à tarde, no roçado é por isso que pegou malária”*- e à espontaneidade de sua percepção: *“doença como um mal do momento”*. Este aspecto “imediato” também está presente nas técnicas relacionadas à cura. Frente a um problema de saúde geralmente a última técnica utilizada é percebida como a responsável pela cura.

A cura, isto é, a dissolução das queixas do paciente, muitas vezes não é conseguida, mas é o alívio das sensações mais fortes que leva o seringueiro novamente ao seu trabalho diário. Na REAJ, a doença para muitas pessoas, principalmente para as mais idosas, também pode ser um meio de conseguir a atenção das outras pessoas. Estar doente pode significar, para alguns, um espaço de liberdade social e/ou uma maneira de alterar relações sociais insatisfatórias. Algumas pessoas, assumem a posição de doentes eternos, sempre apresentam queixas e necessidade de ajuda familiar, numa tentativa vã de resolução das queixas.

Uma senhora que vive nas margens do Rio Tejo é um dos exemplos. Sempre têm uma queixa sobre a sua saúde, mesmo quando afirmado pelos diferentes “doutores” que está bem de saúde. Desta maneira ela consegue chamar a atenção de seus familiares. Frequentemente vai à casa de um parente seu, um curador reconhecido e sempre aproveita a

oportunidade de receber uma consulta biomédica quando vai à cidade receber sua aposentadoria ou quando recebe uma visita de algum técnico em saúde na sua casa.

A partir do reconhecimento dos sintomas, o doente e sua família desencadeiam um processo de classificação e diagnóstico que envolve várias operações e o recurso a diferentes especialistas.(Zempléni, 1985:13) No diagnóstico, evolução e tratamento das doenças, a utilização de diferentes modelos de assistência é levada em consideração: as “doenças de rezas” priorizam as práticas populares e as doenças infecciosas às da biomedicina, porém esta divisão não implica em uma separação rígida entre doenças de “seringueiros” e doenças de “médicos”, pois podem ser tratadas em conjunto ou separadamente pelas duas formas de medicina.

Estes grupos os auxiliam e direcionam o diagnóstico, suas opções de tratamento e a avaliação dos mesmos. Porém, não são fixos. Quando analisados dentro de um mesmo processo de cura, dependem da avaliação dos sintomas clínicos e do tratamento realizado. Se uma doença, tida como de reza, não têm uma resolução satisfatória após a terapêutica do rezador, logo procuram uma outra forma de atendimento, podendo alterar seu diagnóstico inicial para um outro grupo, doença de rezas ou doença de remédios ou ainda os dois juntos.

“ A doença às vezes começa como doença de reza e se o pai não traz prá rezar vira doença de remédio. Têm doença que começa pelo remédio e depois vai prá reza.”(Curador da Foz do Tejo)

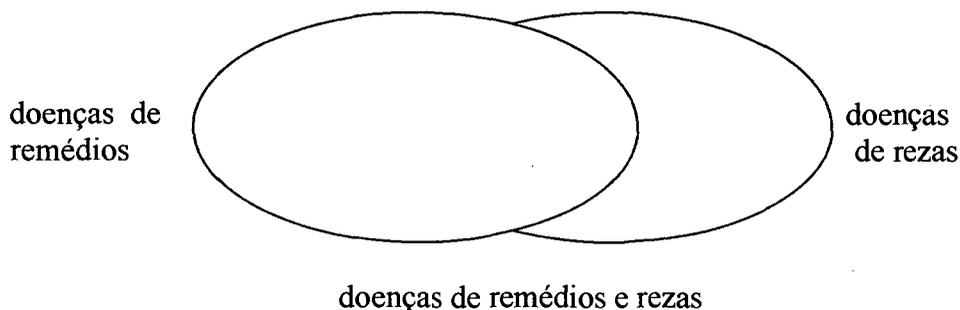
Estes conhecimentos são construídos, não só pelos curadores e parteiras, mas fazem parte das experiências familiares e de seus antepassados, no tratamento das doenças de seus integrantes:

"A mãe conhece, quando tá com o filho doente, não têm animação, não têm apetite para comer. Quando têm doença de reza procura o curador, quando têm doença de enfermeiro procura o agente de saúde". (Moradora da Foz do Tejo)

Os agentes de saúde, na sua prática diária se confrontam com os diferentes modelos de assistência existentes na área. Para aqueles que também "rezam", conseguem enxergar as diferenças entre os diagnósticos populares e biomédicos.

"Quando tá precisando de reza, eu olho e sei que tá precisando. Para saber se a doença é de reza ou remédio, a gente vê o jeito dá pessoa, fica diferente, muda a feição, pergunta para você mesmo, qual é a situação desta pessoa? Para criança a gente olha a cabeça, para adulto nos olhos. A criança fica de olho morto, o adulto fica com olhos cansados, cheio de lágrimas para dentro." (agente de saúde e rezador da Foz do Tejo)

Este modelo de classificação popular das doenças, apresenta pontos nos quais se relacionam e se agrupam as queixas em dois principais tipos de doenças: as de rezas e remédios ou enfermeiros e, em um espaço intermediário, as doenças de rezas e remédios, como podemos observar pela figura a seguir.



As doenças de remédio, são aquelas em que a população acredita na necessidade de medicamentos da farmácia para curar. Elas frequentemente fazem parte dos quadros sindrômicos do modelo biomédico, associadas a quadros clínicos que apresentam febre e grande debilidade. Podem ser acompanhadas por rezas ou não. Como por exemplo, no caso da malária, pneumonia e hepatite.

“Os remédios não curam as doenças de rezas , e as rezas não curam as doenças de remédios, às vezes é caso que não dá para reza, então procura o posto, é o caso da malária.”(Moradora da Foz do Tejo)

“As vezes é caso que não dá para reza, então procura o posto, é o caso da malária, pneumonia, hepatite. Outras vezes o caso é para reza. Na doença de criança, dizem que é tétano de 7 dias, se não rezar não resiste. Quando precisa de remédio e reza juntos é o caso da estrepada da ezipa que pode também curar com remédio”.(Rezador do rio Bagé)

As doenças de remédio e reza são construções que a cultura popular associa, em conjunto, aos conhecimentos dos modelos de assistência biomédico e popular - quadros clínicos, nos quais a população valoriza suas queixas e as expressa, em muitas vezes, através de uma linguagem pela qual utiliza os dois principais modelos de assistência. Entre elas, o *“mal de sete dias”*, semelhante ao tétano neonatal; *“ezipa ou vermelha”*, à erizipela; *“ramo”*, ao derrame cerebral. Nestes casos, a população acredita que para atingir melhores resultados em seus tratamento, são necessários as rezas de cura associadas aos medicamentos industrializados.

“No caso de vermelha, a gente vê pelo sistema físico da pessoa, fica quente, infeccionado. Reza e melhorou e toma outro tipo de remédio”.(Agente de saúde e parteira)

As doenças de rezas são predominantemente construções oriundas do conhecimento popular, onde reúnem queixas e expressões em uma linguagem diferente daquela do modelo biomédico. São adquiridas pelas suas tradições e experiências positivas na prática das rezas de cura. Segundo a população, predominam entre as crianças, mas também, fazem parte da terapêutica utilizadas para muitas das doenças dos adultos. *"Nas crianças as pessoas acreditam que cura mais com reza"*. Dentre as principais doenças de rezas relatadas pela população estão: a *"desmentidura"* - contusões, batidas, torções, nos músculos e ossos; *"quebranto"*, - quando a criança fica sonolenta, com olhos opacos, moleira funda, diarreia, pele murcha e amarela, pescoço mole e a pele abaixo dos olhos fica roxa.; *"mau olhado"* - quando a criança começa a apresentar sonolência e o canto da unha fica de cor roxa; *"ventre caído"* - a criança apresenta a moleira baixa, peito abaulado, diarreia verde e chora muito; *"difuso"* - quando uma pessoa apresenta escorrimento pelo nariz, fica cansada e às vezes têm febre baixa; *"fogo selvagem"* - quando uma criança ou adulto têm "caroceira" na pele; *"zaguezogue"* - a criança fica espumando pela boca; *"feitiço"*, quando um adulto apresenta problemas mentais e físicos de origem interna ou externa, provocados por uma pessoa contra a outra. Nestes casos os curadores e a população em geral acreditam que, na maioria das vezes somente as rezas de cura são suficientes para atingir um bom resultado em seu tratamento.

Nas doenças de reza, o agente etiológico muitas vezes não é identificado. A identificação do agente que causou a doença não interfere na forma do diagnóstico ou do tratamento. Sua etiologia pode estar relacionada a uma causa material, como no caso da *"desmentidura"* causada por uma contusão, mas também pode estar relacionada a uma etiologia não material, como as atitudes, os olhares e a má fé de algumas pessoas contra outras, como no caso do *"mau olhado"* e do *"quebrante"*. Nestes casos a causa da doença é atribuída à força de

um olhar sobre uma criança sem o conhecimento da pessoa que foi responsável por este olhar ou da identificação pela família ou curador da mesma. Um rezador do rio Bagé, relata sua experiência:

“No mau olhado é quando alguém que acha a criança feia; quando acham a criança bonita dá o quebrante, as pessoas fazem sem querer”.

A força do olhar, além de ser reconhecida popularmente como um fator etiológico das doenças, pode agravá-las. Como relata um morador:

“Existem pessoas que não podem olhar para as crianças novas, nem, para as pessoas com mordida de cobra devido ao seu olhar forte, que faz a criança ficar doente ou piora o doente. Quando uma pessoa tá mordida de cobra, têm gente que não pode olhar para estas pessoas. Um homem aqui na mata tinha sido picado por uma surucucu, foi só entrar uma senhora na casa dele que ele começou a sangrar. Isto é uma coisa da pessoa, não é maldade; é constituição dela. Mulher menstruada também não pode olhar para pessoa mordida de cobra porque[o doente] morre logo”.(Morador do rio Tejo)

Outro exemplo de doenças de reza relacionado ao comportamento de uma pessoa contra outra é o caso do “feitiço”. Como no exemplo, onde um curador do rio Tejo, atribui sua doença à má fé de uma “cabocla” da área indígena dos Jamináuwas-Araras do rio Bagé, sem o conhecimento dela. Segundo ele: *“O feitiço é quando alguém que sabe fazer feitiço, faz para outra pessoa, é uma coisa que arruina a vida da gente. Há muito tempo têm gente fazendo feitiço para mim e não entra porque eu tava com o corpo fechado. Numa sexta-feira, fui tomar banho e esqueci que não podia tomar banho porque era sexta-feira. Ai abri o meu corpo e o feitiço entrou. Tinha dores nas pernas que não conseguia andar. Coloquei um monte de tachi [um tipo de formiga] na perna, depois tirei com defumação, mas não melhorei muito. Fui*

para Cruzeiro do Sul. Quando cheguei ainda tinha dor e frio no calcanhar. Fui na banca da Raimunda do baralho e ela tirou o feitiço. O feitiço pode pegar na cabeça ou no corpo todo da gente.” Quando perguntei: “Porque ela ia botar feitiço no senhor?” Ele respondeu:

-"Porque eu tirei o feitiço que ela tinha colocado em uma pessoa. Quando cheguei em Cruzeiro do Sul, estava numa canoa e ela tava no porto, minhas pernas doíam mais, depois melhorou quando fui na banca de dona Raimunda. Eu não trabalho fazendo feitiço para ninguém, só tiro o feitiço das pessoas.”

Os feitiços são atribuídos à influência das culturas indígenas vizinhas à Reserva. A sua etiologia ou tratamento está representada no curandeirismo popular através das rezas e dos “trabalhos” que venham a se realizar de uma pessoa contra a outra. Existem feitiços para conseguir mulher, para separar casamento e para segurar a mulher ou o marido, entre outros.

Porém, há uma dúvida entre a população da reserva, quanto à crença em feitiços. Em um primeiro momento negam sua ‘crença’ e posteriormente confirmam, descrevendo a história de algum caso. Os índios Araras do Bagé e os Kampa do Amonêa, são os povos mais famosos na região quanto à utilização de feitiços.

“ Eu não acredito em feitiços, mas, os caboclos que sabem fazer... Meu pai deu uma pisa (surra) num caboclo. À noite, o caboclo fez arroz doce e não deixava a cabocla comer porque era “pítia”. Meu pai estava com muita vontade de comer e a mãe não deixava, ele comeu assim mesmo. Foi só comer meio prato que aí começou a diarreia. Levaram ele para Cruzeiro do Sul e nunca ficou bom, voltou para o Arara e morreu. Na noite do arroz doce o caboclo saiu andando e não voltou mais.”(Parteira e moradora da Foz do Tejo)

Geralmente eles atribuem a feitiços quadros clínicos de maior complexidade, dos quais os agentes de cura ou a família não conseguem realizar um diagnóstico inicial.

“Os kampa se você fizer raiva a ele, bota feitiço para matar ou ficar pintado, só quer saber o nome do cara. O Gideão, foi os kampa que fizeram isto com ele, todo marcado. Ele comprou um colar deles e não pagou, lá nos quatro bocas. O velho Avelino, do riozinho, fez uma raiva ao kampa, que botou uma coisa nele que tá igual a queixo de queixada: branco, branco.”(Rezador da Foz do Tejo)

Na Reserva não encontrei ninguém que faça uso da prática de feitiços. Quando este “diagnóstico” é feito, a família do paciente procura alguns dos rezadores, principalmente o rezador do médio Tejo relatado acima ou vai a Cruzeiro do Sul a procura de ajuda.

“Não sei de ninguém que utiliza feitiço na Reserva. Quando alguém tá com feitiço, procura o rezador, ou vai para Cruzeiro do Sul para tirar. Um paciente que tinha dor na goela espalhava para o braço esquerdo e ia para as pernas mudava de lado de um para o outro. Também formigava nas mãos, e ele começou a emagrecer. Achei que era coisa de feitiço.”(Agente de saúde e rezador da Foz do Tejo)

Além das maneiras pelas quais a população da Reserva explica as diferentes categorias populares de doenças, vários aspectos, que fazem parte da cultura popular, também são relatados como sendo responsáveis pelos infortúnios de seus moradores. Como o exemplo de uma mulher, namorada de um agente de saúde, que participava de uma viagem de vacinação, em companhia de seu namorado. Durante uma noite, segundo seu namorado, estava *variando*, isto é, falando à noite e levantando durante o sono. Na manhã seguinte, não comia e não falava com ninguém. Para o agente de saúde e os outros participantes da viagem, a doença da mulher era de origem alimentar. Ela teria se alimentado de galinha na noite anterior. Devido ao diagnóstico dado pelos presentes, neste dia, ofereceram-lhe sardinha em lata e farinha. Ela resolveu comer e se recuperou. O fato trouxe uma explicação da doença a ela e a todos que a

acompanhavam. No dia seguinte voltou para casa em condições normais de vida, somente com uma dieta sem galinha por alguns dias. A carne de galinha é muitas das vezes enxergada como uma alimentação reimosa, isto é, “*aquilo que não pode comer*” ou “*aquilo que faz mal*”. Como outro exemplo de uma moradora da Foz do Tejo que, segundo ela, há algum tempo tivera uma doença no útero e até hoje não comia galinha por ser um alimento reimoso.

Em outro caso uma moradora do baixo Tejo pertencente a um grupo familiar que têm grande influência da moral divulgada pela igreja católica na região. Ela relaciona sua doença a uma certa ofensa moral de seu vizinho e cunhado. Segundo ela, têm uma magoa grande de seu cunhado, quando num dia voltando do roçado, ele lhe disse que sua filha estava “namorando” muito em Thaumaturgo, onde fora estudar, contrariando os ensinamentos da igreja católica. Para ela, isto não era verdade, já que sua filha estava morando com um parente e acreditava muito nela. A partir daí esta moradora começou a apresentar dores nas pernas e um formigamento no corpo que não melhorou até hoje.

Finalmente, as representações das doenças não desempenham somente o papel simbólico (de ordenação de significados,) e prático (de possibilitar o recurso aos diferentes especialistas), mas também um papel político, isto é , de defesa dos saberes deslegitimados pelo modelo biomédico ou oficial, como não científicos ou fatores de atraso e ignorância de seus praticantes e usuários. (Loyola, 1991:127)

* * *

O Caminho da cura

Logo a seguir da constatação de uma doença, se inicia o que denomina a antropologia da saúde, de itinerário terapêutico (Janzen: 1972; Augé:1984; Kleinman: 1973). O itinerário terapêutico “constitui –se pelo conjunto de processos implicados desde o momento da constatação de uma desordem, passando pela constatação da doença, terapêutica empregada, escolha dos praticantes e por todas as etapas institucionais ou não”(Buchillet, 1991:28), na tentativa de melhorar a saúde do paciente.

Na REAJ, as relações entre os modelos oficiais e o popular na vida diária dos seringueiros não apresenta fortes contradições quando analisadas a partir do itinerário terapêutico de seus usuários. Elas coexistem, atualmente, dentro de um mesmo sistema local de saúde. Apesar dos seringueiros acreditarem e reconhecerem o poder da medicina oficial, eles não deixam de acreditar nas suas práticas populares de cura. Assim, estas práticas não desencadeiam conflitos cognitivos entre a população da Reserva, que utilizam conjuntamente as duas formas de tratamento para seus males, seja optando por um dos modelos médicos, o popular ou o oficial, ou pelos dois em conjunto. Para os seringueiros a questão adaptativa de sobrevivência têm maior valor do que conceitos técnicos. Libertar-se de um sofrimento da melhor maneira que puder é seu objetivo.

A sociabilização da doença inicia - se nos contextos mais próximos ao doente, na sua família, nos seus vizinhos e amigos, mas também “em outros grupos sociais na educação,

trabalho, rituais, jogos e no processo geral de internalização das normas do mundo em que vivem.”(Kleinman, 1980:33) Quando uma pessoa fica doente na Reserva, a sua família assume as responsabilidades sobre a doença e os problemas que venham a surgir. A família e/ou amigos se reúnem para ajudá-lo, com o propósito de apoio moral, para tomar decisões e direcionar os caminhos na procura da cura. Eles constituem um grupo de pessoas o qual Janzen (1987) denomina “Therapy Management Group”¹³, responsáveis pelo primeiro diagnóstico, pela escolha das formas de tratamento e são também os intermediários e negociadores entre o paciente e as várias instâncias de cura que o sistema local lhes oferece.

Quando a doença se torna pública, ocorre uma ruptura em normas anteriormente estabelecidas. Sem alguém para buscar água, realizar o transporte das pessoas, ou brocar o roçado, certos ajustes sociais são necessários. A partir deste momento, as relações escapam dos papéis sociais normalmente estabelecidos. Como o doente não pode realizar todas as suas atribuições sociais, as relações do grupo se transformam, suas atribuições deverão ser realizadas por outras pessoas, para que se mantenha o equilíbrio social do grupo.

Nos exemplos do capítulo anterior, o motorista e o Sr. Raimundo que estava com malária, se retiram de suas atividades e aguardam até que melhorem. Enquanto isto outras pessoas assumem suas atribuições.

O núcleo familiar entra em crise, principalmente quando se trata de um adulto que é acometido de uma doença. Uma criança doente, principalmente no início da vida, representa um problema relativamente menor para a sobrevivência da família, do que uma pessoa de idade ativa para o trabalho. Quando uma criança com menos de dois anos se acomete de uma doença,

¹³ ... “the constellation of individuals who emerge to take charge of the suffer during incapacitation” (Jansen 1987:68)

a família não vê sua sobrevivência comprometida. Porém, quando o estado de doença acomete alguém que participa diretamente da sobrevivência da família, um pai, por exemplo, a preocupação é redobrada.

Na REAJ, o primeiro diagnóstico é realizado pelo paciente, sua família e/ou seus vizinhos, através da observação dos sintomas clínicos e elementos que prescindiram a aparição da doença. Neste nível, familiar, o tratamento consiste em práticas caseiras de curar, isto é, através de remédios da floresta, de rezas ou de uma “*pílula*” que se tenha a mão.

Em caso de agravamento, persistência ou aparição de novos sintomas, outras alternativas de tratamento são questionadas e avaliadas pelo paciente e pelos seus familiares. Quando não conseguem resolver o problema em casa, procuram resolvê-lo na comunidade, na sede do município e até nas cidades mais próximas. A necessidade de profissionais de cura, quaisquer que sejam - agentes de saúde, curadores, médicos ou enfermeiras - é levado em consideração.

Uma senhora relata o caminho para cuidar de sua filha com um problemas de pele:

"Primeiro, eu fiz uma mistura com álcool e ampicilina que tinha em casa e passei umas plantas, melhorou um pouco. Depois estava doendo mais e pedi para a Rosilda, empregada da dona Eunice rezar. Ela é jovem mais sabe muito, melhorou a dor. Ai eu, levei para o agente de saúde, Zézinho, que deu uma pomada. Acho o que mais adiantou foi as rezas e a mistura que eu fiz. Ai veio o pesquisador que me deu uma pomada e está passando todo o dia na testa dela. Se não adiantar eu vou pegar uma passagem e levar ela para ser atendida na vila[Marechal Thaumaturgo]".

As decisões e escolhas de sua família ou mesmo do paciente são continuamente reorganizadas e sempre apresentam aspectos diferentes. Cada decisão tomada durante o

processo de cura, muda o raio de possibilidades que as pessoas possam tomar visando a cura do paciente (Janzen: 1987). Como relata uma senhora, moradora da Foz do Tejo, sobre a sua doença.

“Peguei uma doença no meu braço, parecia que tinha jogado água e pipocado. Teve até febre, nas pernas também, parecia queimadura. Ai o Roxo [curador] veio e perguntou o que era isso e ele falou que era mal de reza, rezou três vezes. Ai fui em Marechal Thaumaturgo e o enfermeiro, perguntou se já tinha rezado. Eu respondi que sim. Ele falou que reza não presta para nada. Eu já tinha ido duas vezes na vila. Uma vez o Francisco, agente de saúde da vila, passou um remédio em pilula, ai ele disse que esse remédio não tinha não. Com reza , melhorou nos braços , e ficou na perna. Depois tomei os remédios, melhorou bem, só ficou no pé e às vezes, se tiver que ficar bom vai ficar assim mesmo”.

A mesma senhora relata a experiência da doença de seu filho de dois anos, na qual podemos observar as diferentes alternativas e escolhas que podem ocorrer quando o grupo está defronte a um problema de saúde dos seus.

“A minha mãe já tinha feito muito remédio caseiro, fui duas vezes em Cruzeiro do Sul, quanto mais dava remédio de farmácia piorava. Tava só courinho nos ossos, achei que era mal de reza aí mandei chamar o Manuel e ele rezou e melhorou, e parei de dar o remédio”.

A intervenção dos diferentes agentes de cura, está normalmente condicionada a uma solicitação da família. Os curadores e parteiras, e mesmo os agentes de saúde, podem intervir a qualquer momento, sendo que as terapias familiares não são necessariamente interrompidas com a intervenção de um especialista e, mesmo as terapias dos especialistas populares ou dos agentes de saúde não são interrompidas com o acesso de uma outra terapia.

Como, por exemplo, nos casos onde começam a se fazer uso de medicamentos industrializados em uma pessoa que está sendo submetida às práticas de rezas, este uso não invalida as etapas subseqüentes para o rezador “fechar” seu trabalho.

A maior rapidez no alívio dos sintomas quando da utilização dos medicamentos farmacêuticos, da medicina oficial, em relação aos medicamentos da floresta é mais um fator que leva os seringueiros a optar em mais pela medicina oficial do que pela sua própria prática médica. O quadro clínico apresentado e a gravidade da doença, assim como a crença no curador e na sua técnica, o acesso aos especialistas ou à serviços de saúde, a condição econômica e política são fatores fundamentais no diagnóstico, na escolha e na avaliação do tratamento.

O acesso a alguma pessoa que possa ajudar a família e o paciente é o primeiro fator levado em consideração. A escolha de um curador ou de um agente de saúde mais próximo, geralmente é a primeira providência a ser tomada pela família fora do seu núcleo familiar. Nestas ocasiões, a proximidade do agente de cura direciona a escolha.

Na região do baixo Tejo, distante duas horas ou um dia de canoa a motor, (dependendo do nível das águas do rio) do agente de saúde mais próximo, mora uma família tradicionalmente reconhecida pela prática de reza. O mais conhecido é o Sr. João Cunha, com mais de 80 anos. Ele representa a principal referência nos casos de doenças não resolvidas a nível familiar. Relata uma de suas moradoras:

“Quando alguém fica doente por aqui a gente logo procura o João Cunha, ele sabe curar a gente daqui, se não a gente arruma um jeito, uma passagem ou uma canoa e procura os médicos lá de baixo.” (Moradora do rio Tejo)

Na Foz do rio Tejo, onde está localizada a sede da Associação dos moradores, existe o posto de saúde mais bem equipado da Reserva, a principal referência é o agente de saúde.

“Quando têm alguém doente aqui, logo procura o posto de saúde”(Moradora da Foz do Tejo)

Em uma colocação que tenha agente de saúde e/ou curador, o transporte não é a grande dificuldade, pois se pode ir a pé e retornar para casa num breve período de tempo. Já quando eles têm que sair das suas colocações as dificuldades de transporte e a falta de dinheiro aumentam o problema. Ir a um rezador ou agente de saúde perto de sua colocação implica em conseguir uma canoa ou um barco, facilmente conseguido entre seus vizinhos. Ir para Thaumaturgo já implica em conseguir, além de um transporte, a alimentação e um lugar para pernoitarem. O que também não é difícil, pois a maioria dos moradores possuem algum familiar morando na cidade e podem levar alguma alimentação de suas casas. Nos casos graves o paciente têm maiores possibilidades de conseguir transporte independentemente de sua posição econômica ou política, a prefeitura se responsabiliza pelo pagamento do transporte até Cruzeiro do Sul. Em outros casos, a prioridade não é o estado clínico do paciente, mas a posição política e econômica da família, que reflete nas possibilidades de transporte do paciente, pagamento de passagens, honorários médicos e compra de medicamentos, quando defrontados a um problema de saúde não resolvido nos diferentes níveis de atendimento.

Uma mulher casada há dois anos, sente dores na barriga e não consegue engravidar. O marido foi conversar com o vereador da vila (Marechal Thaumaturgo), antigo agente de saúde da Reserva e este garantiu que iria falar com o deputado, que, segundo ele, com certeza iria ajudá-la com passagem e hospedagem em Rio Branco. Após seis meses retornei a área e a

mulher não havia conseguido ir para Rio Branco. Sua família têm uma posição política contrária à posição do deputado. Eles não o apoiaram nas últimas eleições.

Em Cruzeiro do Sul, a dependência política e econômica é ainda maior. Mesmo a família com recursos econômicos melhores, têm dificuldade para comprar medicamentos, alimentação durante a estadia na cidade e raras vezes pagar uma consulta particular. A grande maioria fica submetidas ao poder público, no atendimento do hospital municipal e na dependência de amigos e políticos para a compra de medicamentos e/ou alimentação.

Se, por acaso, houver necessidade de alguém ser encaminhado para outra cidade com maiores recursos em saúde, a dependência política e econômica de terceiros se acentua. Por exemplo, o caso de uma senhora moradora do rio Bagé, que apresentou dores na barriga. Procurou inicialmente seus familiares, curadores populares, entretanto os resultados obtidos não foram satisfatórios. À seguir procurou uma parteira. Esta parteira lhe receitou chá de algodão branco. O chá aliviou um pouco as dores.

Mais tarde foi a Marechal Thaumaturgo onde a enfermeira lhe receitou calmantes, como são denominadas algumas pílulas, geralmente anti-inflamatórios e antitérmicos que acalmam algum sintoma. Durante uma viagem do projeto de saúde para a prevenção de câncer de colo uterino, foi notado a necessidade de um exame mais especializado. A senhora conseguiu uma passagem no barco da comunidade e foi para a cidade de Cruzeiro do Sul. No hospital municipal, da cidade, encaminharam-na para Rio Branco, pois não tinham condições de realizar os exames na cidade. A condição econômica da família, conseguiu suportar até a cidade de Cruzeiro do Sul mas, para ir a Rio Branco, ela contou com a ajuda de amigos que pagaram a passagem.

Voltando da REAJ, eu a encontrei no centro de referência de câncer de mulher em Rio Branco. Nesta etapa de seu itinerário terapêutico, foi diagnosticado um câncer de útero, necessitando ir para Goiânia, para uma cirurgia. Nesta ocasião, ela estava a procura de ajuda de políticos locais para a viagem e estadia em Goiânia onde seria operada.

Em outra viagem após dois meses, encontrei seu marido, um curador antigo que me informou que o deputado pagou as despesas, ela foi operada e estava voltando para casa. Quando chegasse iria recebê-la com uma festa de três dias, em comemoração a sua chegada. A preocupação maior, do esposo, naquele momento, era conseguir dinheiro para o retorno da mulher a Rio Branco, a cada três meses, para novas consultas. Eles já haviam gasto todas as economias na tentativa de melhora das condições de saúde de sua esposa.

As relações entre um agente de cura, o paciente e sua família são construídas através de suas relações pessoais cotidianas, a idade do agente e das experiências positivas que já teve em outros casos parecidos, a partir destes aspectos diferentes graus de confiança são estabelecidos entre eles.

Um morador relata o caminho que percorreu quando seu pai foi acometido de uma dor. *“Foi para a mata e veio com dor debaixo do peito. Andou uns dez metros e estava gritando, quase sem sentido. Aí a minha irmã e a mulher do meu tio, vieram na Foz do Tejo. Fui eu, Ilarindo, Maria, minha irmã e Conceição, agente de saúde, que aplicamos a injeção nele e levamos cedo para Cruzeiro do Sul. Em Porto Walter, não achei pílula, era de madrugada. Aí ele teve “espassamento”; igual a “xilique” [perda rápida de consciência]; “xilique” que é pouco tempo, “espassamento” dura mais. Cheguei em Cruzeiro do Sul levei para o hospital em seis dias ficou bom. Na subida para casa piorou de novo, a enfermeira e os*

agentes de saúde trataram dele. Ai ele melhorou. Ninguém rezou. Eu não acredito em reza porque não têm aqui ninguém que preste. Eu tenho fé nas pessoas mais velhas.”

O quadro clínico, as experiências anteriores da família, e as suas crenças, em conjunto, determinam a próxima etapa a ser seguida. Se uma criança está com corpo mole, sonolenta, logo se procura o rezador. Se um homem está com febre e tremedeira, logo suspeitam de malária e se vai atrás do agente de saúde que têm as pílulas. A mesma criança, se sua família tiver alguma crença contrária à prática do rezador, procuram o agente de saúde mais próximo e a seguir podem ou não procurar um curador.

A escolha de diferentes formas de curar representa uma pluralidade de opções de tratamentos que a família reconhece como verdadeiros e valiosos. Os seringueiros utilizam os modelos de assistência biomédicos e populares. Quando o seringueiro é submetido a uma doença, procura as práticas de cura primeiramente dentro de seu núcleo social mais próximo, seja dentro da família ou vizinhos e a seguir nas colocações vizinhas, na sede do município, em Cruzeiro do Sul, em Rio Branco, Goiânia e Brasília na tentativa de alívio de suas queixas.

* * *

Capítulo 4

Instituições

Com a criação da reserva Extrativista do Alto Juruá, novos elementos se juntaram ao quadro da saúde local. Antes da criação da Reserva, os serviços de saúde se restringiam aos padrões, parteiras, curadores, marreteiros e igreja católica. As ações de saúde das instituições governamentais, quando existiam, eram incompletas e raras. “Entre 1981 e 1990 houve apenas uma visita da Sucan no Rio Tejo para prevenção de malária, embora essas visitas devessem ser feitas anualmente”(Almeida: 1994b:199). Depois da criação da Reserva, e da formação da associação dos moradores (ASAREAJ), com o apoio de instituições não governamentais, as ações na área da saúde começam a ser freqüentes.

Deste a sua formação até os dias de hoje a ASAREAJ, com apoio da Associação saúde Sem Limites (SSL) e financiamentos externos, conseguiu estabelecer uma equipe técnica local, construiu postos de saúde, capacitou agentes comunitários em saúde, iniciou um programa regular de vacinação, produziu dois manuais de saúde (verminoses e plantas da floresta), criou um banco de dados, realizou um diagnóstico em atenção primária em odontologia e formou dois agentes de saúde em produção de pomadas, soluções e unguentos a partir dos medicamentos da floresta e organizou as parteiras tradicionais locais.

O apoio governamental se resumiu a parcerias esporádicas, na aquisição de medicamentos básicos e equipamentos para os postos de saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. O transporte de pacientes graves ao Hospital de Cruzeiro do Sul, cabe à Prefeitura municipal de Marechal Thaumaturgo. A construção de quatro

postos de saúde e ajuda de custos para oito agentes de saúde por seis meses, veio do Conselho Nacional do Desenvolvimento Sustentado para Populações Tradicionais (CNPT – IBAMA). Indiretamente a ASAREAJ, recebeu apoio do Ministério da saúde, através de convênio com a SSL para um projeto de prevenção em DSTs e Aids, cujas ações, se resumiram em cinco oficinas, camisetas e folder, por seis meses.

A necessidade de um apoio institucional governamental permanente é levada em consideração, na medida em que os projetos específicos com apoio de organizações não governamentais têm suas atividades restritas aos seus objetivos e ao tempo de duração dos mesmos. Embora a maioria dos agentes de saúde já participaram de vários cursos durante os últimos sete anos, e adquiriram um conhecimento suficiente para realizarem um atendimento primário, gratuito, em saúde à população, a infra estrutura de trabalho apresenta-se hoje com deficiências que comprometem o bom desempenho do trabalho. Muitas vezes não têm medicamentos e equipamentos necessários e os agentes de saúde não recebem ajuda econômica. A família do paciente têm que se articular para conseguir esta medicação e os agentes de saúde têm que gastar muito tempo, anteriormente despendido em atividades de saúde, na procura de um meio de sobrevivência. Quando necessitam sair da reserva, em casos não resolvidos a nível local, a necessidade do apoio institucional é maior, principalmente quando precisam de tratamentos especializados, internações hospitalares e cirurgias, e tudo isso muitas vezes não é conseguido.

Além das deficiências do governo em suas várias instâncias, a melhoria da qualidade de saúde da população da Reserva, as diferentes instituições, governamentais e não-governamentais que têm atuação direta na área (Secretária Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de saúde, Fundação Nacional de Saúde (FNS), Ministério da Saúde e ONGs) muitas

vezes apresentam-se fragmentadas. Há na Reserva diferentes instituições que nos anos recentes têm desenvolvido ações na área da saúde, mas em várias atividades, elas têm obedecido à determinações e prioridades de ordem diferenciada. Refletindo na deficiências da distribuição de medicamentos, no baixo índice de cobertura vacinal, na falta de controle de epidemias e endemias, como no caso da hepatite e malária, na falta de uma política eficiente de recursos humanos, na desvalorização das práticas médicas populares e na deficiência das linhas de comunicação inter -institucional.

Os programas de vacinação são um exemplo: Com o início do primeiro projeto de saúde, em 1991, a ASAREAJ e a ONG inglesa Health Unlimited, diagnosticaram uma alta incidência de doenças que podem ser controladas através da vacinação. Além de outras atividades de prevenção, foram treinados e capacitados agentes de saúde para vacinação. Durante cinco anos as campanhas de vacinação eram realizadas duas vezes ao ano, através da equipe técnica e do suporte de materiais do projeto. A Secretaria Estadual de Saúde e posteriormente a FNS remetiam ao setor de saúde da ASAREAJ as vacinas e material apropriado. Durante este período chegou -se a uma cobertura vacinal superior a 80 % das crianças de 0 a 5 anos de idade.(Barbin e Franco: 1997)

Após o termino do projeto da HU/ASAREAJ, os novos projetos, saúde reprodutiva e AIDS, não contêmplaram as ações de vacinação. O programa de vacinação da ASAREAJ, sem apoio governamental, foi desarticulado. As atividades de vacinação ficaram a cargo da FNS e da Secretaria Municipal de Saúde, que deslocam técnicos de Rio Branco, distante duas horas da Reserva de avião fretado, apesar dos agentes de saúde locais terem sua capacidade de vacinação comprovada através das campanhas de vacinação regulares, duas vezes ao ano, realizadas desde o início do primeiro projeto de saúde na REAJ. Nos últimos dois anos as

campanhas de vacinação na reserva aconteceram de forma irregular, uma vez ao ano, e realizadas de forma incompleta e desarticulada com a população. Várias pessoas relatam que quando ficam sabendo da vacinação, ela já aconteceu. Levando conseqüentemente a uma diminuição sensível no número das pessoas vacinadas e a volta de doenças preveníveis pelas vacinas.

*“As enfermeiras que vêm de Rio Branco, não gostam de viajar de canoa, e querem logo voltar. Não vão onde a gente ia na época das vacinas. Nesta vacinação só vacinaram até a Boca do Bagé e foram embora”.*¹⁴

O presidente da ASAREAJ relata:

*“Eu tive o desprazer de ver em 91 o sarampo matando 28 pessoas na reserva extrativista. Foi aí que tivemos a iniciativa de fazer imunização deste povo. Vacinamos 6 anos seguidos, como os recursos arranjados com o dr. Roraima, que era chefe da Fundação Nacional de Saúde – FNS. Infelizmente, em 98, quando fiz o levantamento para fazer a vacinação, aí a água terminou. Aí eu pensei assim: a prefeitura têm muitos barcos pequenos, inclusive agentes de saúde treinados por nós, eu dou o pessoal e a prefeitura faz a vacinação; não fizeram. Tiveram praquí e pracolá de helicóptero e não fizeram como nós fazíamos, em todos os igarapés. E aí já deu alguns casos de sarampo. Nós fazíamos lâminas de malária e agora nós paramos porque não há recursos”*¹⁵

Os pontos que levaram à diminuição da cobertura da vacinação apontados pelos moradores e participantes da última campanha foram: a falta de estratégias para cobrir toda a

¹⁴ antigo agente de saúde da ASAREAJ, que hoje mora em Thaumaturgo e é vereador.

¹⁵ Voz do Norte. 1º a 7 de novembro de 1998, pp.6. Cruzeiro do Sul - Acre

área devido ao desconhecimento da geografia da região, dificuldade de adaptação dos técnicos da FNS ao modo de vida na floresta e a desarticulação com o setor de saúde da ASAREAJ.

Um exemplo da falta de articulação entre os diferentes níveis de governabilidade da saúde na área. O trabalho do projeto de saúde reprodutiva, ASAREAJ/ SSL/ F. MacArthur, junto as parteiras da Reserva é um outro exemplo: Este projeto têm entre seus objetivos melhorar a capacitação da parteiras tradicionais no atendimento, realizado por elas a muitos anos e gratuitamente. Ao mesmo tempo o governo brasileiro aprova uma ajuda a parturiente e ao o recém nascido, de quatro salários mínimos a cada filho que nasce, porém para receber esta ajuda é necessário um documento só conseguido na cidade de Cruzeiro do Sul. Isto levou as parturientes da REAJ a terem os seus filhos no hospital da cidade, onde podem fazer os encaminhamentos necessários para receber a ajuda de custos, diminuindo o índice de partos antes realizados na área, gastando todo o dinheiro que recebera na cidade e aumentando a vontade de alguns de aumentarem a sua família. *“Se eu fizer um filho pôr ano da para comprar uma vaca cada ano.”*

As ações em atenção básica à saúde na Reserva, hoje, apresentam-se deficientes em vários pontos, e precariamente mantidas através do apoio não governamental (SSL). Além de uma falta de articulação entre as entidades governamentais e a associação local, os serviços públicos muitas vezes chegam a desprezar o trabalho dos curadores e desqualificá-los como atrasados e sem uma eficácia. Diferente da opinião dos moradores que têm respeito e procuram tanto os curadores como os agentes de saúde. O modelo popular de assistência à saúde, com suas técnicas de tratamento empregadas por especialistas é às vezes tolerada, mas não reconhecida pelo modelo oficial. (Loyola, 1991:126)B

A medicina popular tem a capacidade de resolver uma parte dos problemas de saúde da população, tem um papel complementar aos serviços da biomedicina. Serviços de saúde mais adequados à realidades clínicas da população requerem mais do que a presença de técnicos em biomedicina e materiais. “Há fatores sociais e culturais que influem na utilização dos serviços”:(Langdon, 1988:8) de saúde aos moradores. Várias experiências têm mostrado a eficácia da complementação das diferentes formas de conhecimento biomédico com práticas tradicionais e/ou populares. Por exemplo “a incorporação de especialistas nativos em ervas pelo governo do México; das parteiras na Guatemala; os “bare foot doctors” na China” (Langdon, 1988:10).

* * *

Municipalização da saúde

A introdução de formas populares e/ou tradicionais de lidar com a saúde e o controle e participação da população local na gerência de atividades na saúde, durante muito tempo, não foram consideradas como prioridades na formulação de políticas públicas de saúde no Brasil. Eram direcionadas para a expansão e monopólio do modelo Biomédico curativo e acentuando as antigas estruturas de poder.

O papel do Estado como mediador das relações entre enfermidades e sociedade, começa a redirecionar as políticas de saúde no Brasil, a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Nesta conferência conseguiu - se sintetizar as várias propostas de saúde em um Sistema Único de Saúde (SUS). Este processo conhecido como Reforma Sanitária, concentra distintas forças políticas e sociais na luta por uma sociedade

democrática, fundamentada nos princípios de participação popular e justiça social, e na formulação e controle das políticas de desenvolvimento econômico e social a nível local.

A Reforma Sanitária têm como fundamento a percepção da realidade da saúde a nível local, visando melhorar os serviços prestados e recebidos e pela possibilidade de uma inserção do cidadão no controle desses serviços (Mendes, 1994:94). Através deste movimento, na constituição nacional de 1988, o conceito de saúde foi ampliado, com a garantia do cumprimento de políticas sociais e econômicas e a assistência foi colocada como mais um dos seus componentes, com prioridade das ações preventivas. No artigo 198 relata:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada que constituem o sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
3. participação da comunidade.”

Regulamentado pela lei orgânica de saúde , definiu as várias instâncias de sua gestão, as atribuições e competências, os mecanismos de financiamento e as diretrizes gerais para a reorganização da assistência em todos os aspectos do processo.

O processo de reforma sanitária brasileira , a construção do SUS , tenta constituir-se em processo resultante da tentativa de organização dos diversos níveis administrativos e políticos e das diferentes realidades da saúde em cada localidade do país. Para sua implantação e implementação exige a mobilização e a participação política da sociedade em distintos planos - nacional, estadual e municipal, com o objetivo de estabelecimento de compromissos políticos

e institucionais. Através de práticas e ações concretas tentam garantir ao indivíduo o seu direito à saúde, segundo artigo 3 da mesma constituição, “A saúde é um dever do estado e um direito do cidadão”, expressa no grau de satisfação da população usuária dos serviços. A nível de governo federal, o Ministério da Saúde desempenha o órgão de coordenação nacional do SUS, desdobrando –se na esfera estadual e nos municípios através das Leis Orgânicas.

A integridade de várias instâncias políticas administrativas e a participação da sociedade na gestão, no planeamento e na avaliação das atividades são consideradas um dos mais importantes fatores para a efetivação do modelo de assistência preconizado pelo SUS. Tenta garantir ao indivíduo o direito a assistência em saúde dos níveis mais simples aos mais complexos, e permitir a compreensão e a abordagem do indivíduo na sua totalidade e das populações em suas singularidades, através de uma rede organizacional hierarquizada e descentralizada.

A base na qual o SUS preconiza a participação popular é através das comissões municipais de saúde. Formada através de uma representação da sociedade, de usuários, servidores, e instituições que trabalham em saúde no município. Desta maneira tenta maior inserção do indivíduo e da sociedade nas discussões, planeamento, e controle da saúde pública. Porém, na região na região do Alto Juruá, os entendimentos políticos e econômicos que direcionam a organização e as ações da saúde, distante da área estudada. Poucos moradores da reserva têm o esclarecimento e conhecimento de como a sociedade brasileira organiza o programa nacional de saúde. A economia local reconhece algumas dificuldades na compra de medicamentos, transporte de pacientes e internação hospitalar quando se defronta com um caso mais complicado. Nos casos comuns, diarreias leves, gripes, mau olhado, feitiços, entre outros, a população se organiza para a resolução á nível local. A participação nas

questões relacionadas à saúde é em muitas vezes entendida, pelos moradores, como uma obrigação das instituições para com seu povo. A sua participação resume –se apenas, em estar doente e procurar um meio de cura que pelo menos, alivie seu sofrimento, isso faz com que haja uma Comissão de Saúde que não participa de todas as direções da saúde na região.

O município de Marechal Thaumaturgo localizado no extremo oeste do estado do Acre, foi emancipado em 28/04/1992 pela lei nº 1.029, anteriormente vinculado a administração da prefeitura de Cruzeiro do Sul, conta com uma população aproximada de 8.381 habitantes (dados do IBGE). Distribuídas em 499 habitantes na zona urbana e 7882 na zona rural. Sendo que aproximadamente 10% são índios, 60% moradores da Reserva Extrativista do Alto Juruá e 30% moradores da sede do município e região, que corresponde ao espaço geográfico da sede até a divisa com o município de Porto Walter. Constituinto assim três diferentes formas de organização política, econômica e cultural.

A populações indígena do município está dividida em quatro áreas. As ações em saúde do poder público, quando existem são esporádicas e fragmentadas, através de campanhas de vacinação. Nos Araras do rio Bagé, nos Kaxinauwá do rio Breu e nos Kampa do Amônea, existem agentes de saúde contratados pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), fundação esta que se responsabiliza pelos salários, porém o apoio a seus trabalhos, atendimento clínico, instalação de programas em saúde inexistente. A maioria dos atendimentos é realizado na sede do município através da prefeitura municipal. Na região compreendida entre o limite do município de Porto Walter e a sede do Município não existem postos ou agentes de saúde rurais. A FNS realiza campanhas de vacinação e controle de malária em todo o município de forma desarticulada e esporádicas.



PORTO WALTER

TARAUACÁ

**Jamináwa-Arara
do Rio Bagé**

**Marechal
Thaumaturgo**



**Reserva
Extrativista
Do Alto Juruá**

JORDÃO

PERU

**Kampa
do Rio Amônea**

**Kampa-Kaxináuwa
do Rio breu**

PERU

**Mapa adaptado pelo autor
Original da Procuradoria Geral do Estado do Acre
Município de Marechal Thaumaturgo
Mesoregião 01 – Vale do Juruá
Microregião de Cruzeiro do Sul
Escala: 1/500.000
Data: 05/12/01
Área aprox. 7.720 Km²**

A municipalização da saúde, no município de Marechal Thaumaturgo, inicia-se em 1996, quando é formada a Comissão Municipal de Saúde e formulado um Plano Municipal de Saúde. Em 1998 foi aprovado o processo de municipalização, isto é, a transferência da gestão em saúde para níveis municipais. Através da Gestão Plena de Atenção Básica, é repassado ao município pelo governo federal uma verba inicial de dez reais por habitante, que correspondente ao Piso de Atenção Básica (PAB) para a saúde. Neste mesmo documento as populações indígenas do município não receberam nenhuma citação, o trabalho realizado pela ASAREAJ foi comentado somente em relação às oficinas de DSTs e Aids que foram realizadas também na sede do município. Os agentes de saúde da ASAREAJ não foram citados e no plano municipal refere-se a eles como sendo todos contratados pela prefeitura. A prefeitura assume o controle dos postos e dos agentes de saúde da reserva. Centralizando o gerenciamento da saúde do município, no prefeito e na secretaria municipal de saúde, que antes era realizado também através da ASAREAJ e do apoio de ONGs.

A forma como foi conduzida este processo direcionou a gestão e as ações em saúde para direções opostas aos princípios estabelecidos pelas diretrizes que regem a sua implementação. Centralizando a sua gestão nas instituições do poder público, diminuiu a disponibilidade de serviços de saúde para a população rural e a participação popular. A inserção da cidadania na saúde da população retrocedeu.

O planejamento e acompanhamento das atividades do atendimento em saúde do município, desta maneira, continuaram a ocorrer de forma fragmentada e desarticulada. As atividades da sede do município, sempre foram, realizadas através da Secretaria Municipal de Saúde e na Reserva Extrativista pelo setor de saúde da ASAREAJ. Nas áreas indígenas não existe nenhum órgão que planeje ou acompanhe as atividades, que quando ocorrem ficam a

cargo da Secretaria Municipal ou da Fundação Nacional de Saúde. Sendo que não existe de forma normativa no processo de planejamento e acompanhamento entre o setor de saúde da ASAREAJ e a Secretaria Municipal de Saúde. A manutenção da estrutura política na região, onde as políticas públicas em saúde, ainda são geradas através de interesses pessoais e partidários de setores da sociedade que detém o poder público há vários anos. Através delas, muitos deputados, prefeitos e vereadores foram eleitos no Alto Juruá.

A prefeitura local, em seus dois mandatos, sempre teve como prefeitos que de alguma maneira foram ligados aos antigos patrões, naturalmente contrários à criação da REAJ, pertencentes a partidos políticos que apresentam posições diferentes aos interesses da ASAREAJ, concentrando suas atividades em saúde na cidade de Marechal Thaumaturgo, não dando devida atenção à população da reserva e aos povos indígenas do município. Apesar de não cooperar diretamente com a saúde da população da REAJ, utilizou-se dela como meio político, na tentativa de arrecadar votos durante as eleições. A falta de uma política de recursos humanos condizente com o atendimento em saúde já realizado nas áreas rurais do município, tem ocasionado dificuldades na realização de projetos em conjunto, ASAREAJ e poder municipal, no interior da Reserva. Um dos pontos que apresentam maiores discussões e conflitos é no reconhecimento e contratação dos agentes de saúde da Reserva pelo poder municipal. O prefeito atual propõe a contratação de alguns agentes de saúde da REAJ, porém com a condição de trabalharem na sede do município.

*“O prefeito quer que o pessoal sai de sua colocação e ir para a cidade, para o povo ir para lá. Quanto mais atendimento lá, chama a atenção para a eleição”.*¹⁶

¹⁶ Agente de saúde convidado para trabalhar na sede do município

A maioria não aceita a proposta por que terão que sair de suas casa e viver longe de seus parentes. “Os agentes de saúde (da REAJ) constituíram-se num grupo local que recebeu forte incentivo e apoio de instituições não governamentais, cuja formação começou em 1991, são hoje peças - chave no processo de organização e gerenciamento da Reserva, e talvez por isto estejam sendo tão duramente punidos pelo poder público municipal, que têm se recusado sistematicamente a reconhecer o serviço que prestam à saúde da população do município e a pagar por este serviço.”(Franco 1999)

Com a aprovação nas instâncias estaduais e federais do projeto de Gestão Plena de Atenção Básica para o Município de Marechal Thaumaturgo, foi transferida para a esfera municipal a responsabilidade pelo atendimento de saúde da população e dos recursos, federais e estaduais. Desta maneira este projeto, com duração de dois anos, abre espaços institucionais para a contratação dos agentes de saúde, via Secretaria Municipal de Saúde. A diretoria da ASAREAJ, segundo seu presidente, têm uma posição ambígua, entende que uma das únicas maneiras de contratação de pessoal em saúde seja mesmo através da Prefeitura Municipal, da Municipalização da saúde e da introdução do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) preconizado pelo Ministério da Saúde. Porém ao mesmo tempo, ele tem receios que o prefeito venha a contratar pessoas “suas” como agente de saúde, deixando de lado os agentes de saúde que já estão em atividade ligados a ASAREAJ.

Para a introdução do PACS no município, negociações entre a prefeitura municipal e a ASAREAJ, estão ocorrendo, visando a transferência dos postos de saúde sob responsabilidade da ASAREAJ para a Secretaria Municipal de saúde. A transferência do controle dos postos e agentes de saúde da REAJ para a prefeitura municipal, converte os agentes de saúde da Reserva em funcionários do poder municipal, sujeitos a mecanismos de

manipulação política elaborados pelo poder municipal e pelos partidos políticos, de modo a aumentar suas apostas em épocas eleitorais e por fim transformando os postos de saúde em espaços institucionais com a finalidade de controle ideológico. Desta forma, muitas vezes sem desejar, os agentes de saúde começam a viver na ambigüidade de serem da comunidade e serem funcionários da prefeitura, e continuam na luta pela saúde de suas comunidades e pelas propostas de melhoria da qualidade de vida na REAJ.

* * *

Distritos Sanitários

A introdução do S.U.S. no município de Marechal Thaumaturgo apresenta pontos que têm levado a saúde da região a propostas contrárias às diretrizes estabelecidas no artigo 198 da constituição, principalmente quanto à descentralização e participação popular, ocasionando uma queda na qualidade dos serviços oferecidos para a população da Reserva.

Segundo Mendes, 1994, existem diferentes variáveis que podem influenciar a maneira como é conduzida a municipalização da saúde. Segundo ele, as formas de governabilidade municipal e o modelo de assistência a saúde são os fundamentos em que se deve apoiar este processo.

A governabilidade da saúde no município, construiu, nestes últimos oito anos, uma forma particularizada de governar a saúde. O setor de saúde da ASAREAJ, adquiriu através dos vários projetos, uma capacidade administrativa, de planejamento, gestão e execução das atividades em saúde, e hoje, muitas vezes, é a responsável em todas as atividades referidas sem o apoio direto de pessoal externo. A prefeitura municipal tem seu raio à ação restrito a área da sede do município, e também consegue realizar suas responsabilidades de modo

satisfatório, centralizadas no centro de saúde. As populações indígenas, segundo as diretrizes políticas a atenção à saúde é de responsabilidade do governo federal, através da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

Mendes, 1994, diz que duas alternativas devem ser avaliadas, quanto a governabilidade: a) a transferência real das instâncias federais e estaduais para o município, do poder de gerir o Sistema Municipal de Saúde, planejando, organizando, executando, avaliando e controlando as ações de saúde desenvolvidas pelos serviços públicos, estaduais e privados, conveniados e contratados. b) a realização de convênios realizados entre as instâncias estaduais e federais que passam a remunerar direta ou indiretamente os municípios por serviços realizados e/ou repassam as suas unidades executoras de primeira linha administrados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Ainda de acordo com Mendes (1994) quanto a mudança do modelo assistencial: a) a municipalização como transformação política –administrativa, efetivada num espaço de transformação institucional, com mudanças no modelo hegemônico assistencial, neste caso o biomédico. b) a municipalização como transformações do espaço institucional sem que aja mudanças no modelo assistencial.

Levando em consideração estas variáveis, governabilidade e modelos assistenciais, segundo mesmo autor, a municipalização da saúde poderia ocorrer de três diferentes formas: 1) através da forma de prestação de serviços, onde seriam repassados os recursos financeiros estaduais e federais aos municípios, para a execução de atividades. Desta forma não há transferência da gestão ao município e não ocorrem mudanças no modelo de assistência curativa e biomédica. Transferindo o problema da União para os municípios e acentuando as formas de regressividade da participação social. É a forma mais comum que ocorre atualmente

no Brasil; 2) a transferência da gestão ao município sem mudanças do modelo assistencial, denominada de “inampização”. Esta forma reproduziria os padrões de planejamento, controle e avaliação e financiamento que consolidam o modelo clínico de atenção médica e uma forma de gerência conservadora; sendo a forma de municipalização que, provavelmente, “é a mais reivindicada por Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde, de um lado, pela busca de mais poder através do mando único e por outro, porque um possível incremento quantitativo da oferta de atenção médica têm grande eficácia política para as populações com baixo grau de consciência sanitária, onde a representação da saúde dá-se através da atenção pronta ao momento auto percebido da doença” (Misoczky: 1991). 3) a transferência da gestão, com mando único municipal e mudanças no modelo assistencial através da implantação dos Distritos Sanitários.

Os Distritos Sanitários é uma proposta que surgiu através dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) criada em 19 de setembro de 1988 pela Organização Pan- Americana de Saúde (OPAS) que o governo brasileiro legalizou como Distrito Sanitário em 19 de setembro de 1990, através da lei número 8080. (Mendes, 1994: 94)

O Distrito Sanitário é uma unidade operacional e administrativa mínima dentro do SUS, que através de suas propostas pretende atuar a nível local, como um processo social de mudanças das práticas sanitárias. Apresentando uma concepção ampliada do processo saúde-doença, com caracter de mudança cultural, organizando as ações e serviços de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, vinculados com a prática concreta, não uma instância de conteúdo ideológico. Um processo decisório a nível local, atendendo melhor às necessidades da população e permitindo uma colaboração intersetorial.

Dentro do processo de criação de distritos a participação social é uma fato político, representa o exercício de uma capacidade organizativa concreta da população – enquanto entidade civil – tendo em vista o controle sobre atividades públicas. Só pode existir controle eficaz onde houver o exercício da cidadania , e isso dá-se com maior facilidade no espaço local.

O espaço local não se define somente como um espaço geográfico, mas um espaço demográfico, epidemiológico, tecnológico, econômico, social e político, inseridos numa totalidade histórica e onde se articulam diferentes sujeitos políticos com suas necessidades e interesses. Através da inter-relação dos diversos atores na situação, num determinado território, é que se poderá ter uma negociação sobre um projeto de saúde, sobre as formas para desenvolvê-lo e sobre os compromissos e responsabilidades a assumir para atingir os objetivos estabelecidos

O distrito sanitário desta forma é um processo de criação e recriação da cidadania num território, através dos recursos e necessidades, que num momento existem num determinado território, organizados através de um conjunto de mecanismos políticos institucionais, que incluem a participação da sociedade, para desenvolver ações integrais de saúde capazes de resolver a maior quantidade possível dos problemas de saúde.

A municipalização através dos Distritos Sanitários é a forma que nos parece a mais condizente com a maneira que já vem sendo conduzida a saúde do município. Através de sua proposta, de Distrito Sanitários, tenta-se redistribuir a gestão, supervisão e planejamento das atividades em saúde do município levando assim a uma maior participação social. Os modelos descentralizados de gestão, seriam mais condizentes com a forma como já é conduzida a saúde do município.

* * *

Conclusão

Vimos neste trabalho que a saúde na Reserva Extrativista do Alto Juruá é diretamente influenciada pelas transformações políticas e econômicas que ocorreram historicamente na região, entre as quais, o sistema de patronagem e a criação da proposta de Reservas Extrativistas. Durante a época conhecida como “tempo dos patrões” a saúde era mais um instrumento pertencente ao sistema de comércio existente na área, e que apresentava, como alguns de seus objetivos, a subjugação e a dominação dos patrões sobre a vida dos seringueiros. Com a criação da proposta de Reservas Extrativistas lançada na década de 80, tenta-se de alguma maneira associar a conservação ambiental ao desenvolvimento econômico, político e social das populações que residem dentro de áreas com uma biodiversidade particular. A criação de Reservas Extrativistas o seu início trouxe consigo a proposta de uma participação social nas decisões e gestões dos vários segmentos da sociedade. Inicialmente tal processo se deu através da utilização de práticas tradicionais de manejo ambiental e da formação de instituições sociais, entre elas, a associação dos moradores (ASAREAJ), e posteriormente, passou-se a desenvolver um trabalho participativo mais voltado à saúde.

Desde a criação da REAJ muitos dos antigos moradores deixaram a reserva, devido a situações políticas contrárias (como o caso dos antigos patrões), perspectiva de um desenvolvimento econômico maior, que não condizem com as propostas de Reservas Extrativistas que limitam espaços de pasto, caça e extração de recursos naturais, ou ainda pela falta de uma infra estrutura local básica que comporte a educação, a saúde e o transporte. Esses

pontos são importantes para que se possa pensar na permanência do morador no interior da floresta, solidificando a proposta de Reservas Extrativistas.

Quando se forma a REAJ, em 1990, como um modelo de preservação ambiental em locais anteriormente habitados, pressupõe-se a formação de uma nova identidade étnica, dos seringueiros que moram na Reserva, contrastando com a dos moradores e seringueiros de fora da área da Reserva e com das populações indígenas vizinhas.

Esta nova identidade de moradores da Reserva Extrativista do Alto Juruá, começou a ser criada desde o momento em que o movimento social dos seringueiros reivindicou outras formas de organização econômica e social, constituindo a partir daí um grupo com ligações familiares e históricas com um auto reconhecimento significativo, em contraste com o sistema dos antigos padrões e posteriormente, após a criação da REAJ, com os outros moradores do município e o poder público.

Os sentimentos, ascendência, situações de história e memória, fortalecem, nos moradores da REAJ, seus laços com o grupo. Através dos quais se reconhecem e são reconhecidos, a partir e através, desta identidade (Cunha, 1986), e em relação a alguns limites objetivamente traçados de maneira empiricista como aponta Cardoso de Oliveira (1980:1). Compreendendo um sistema dinâmico formado por relações sociais com particularidades sociais, políticas e culturais, o que define suas fronteiras étnicas. Suas especificidades são transformadas em conjunto às alterações da sociedade, sendo que os indivíduos, ora podem pertencer a este determinado grupo, ora da outro. (Poutignat: 1998).

Quanto à saúde, para pensar em modelos de organização e de gestão particularizados, tanto cultural quanto economicamente, os quais condizem com as propostas de Reservas Extrativistas, devemos levar em consideração as práticas do curandeirismo

popular e da biomedicina. As práticas populares, muitas vezes contrárias às diretrizes do conhecimento biomédico, são legitimadas pela população local e segundo a população local, apresentam um grau de eficácia que não pode ser desprezado, sendo que em conjunto com as da biomedicina, apontadas pela população como necessárias, são estes, os principais modelos de assistência à saúde que compõem o simbólico e empírico sistema de saúde local.

A participação popular, de acordo com as propostas de gestão das Reservas Extrativistas, é fundamental. Com a reforma sanitária iniciada no Brasil durante a década de 80 (descentralização, atendimento integral e participação popular), abrem-se espaços políticos legalmente instituídos para incorporação de políticas públicas em saúde nas propostas de gestão das Reservas Extrativistas.

A maneira pela qual se dará maior inserção do poder público na saúde da população da Reserva Extrativista do Alto Juruá, dependerá de uma participação popular com maiores qualificações em políticas públicas em saúde, bem como através de uma movimentação política dos vários segmentos desta sociedade que partilha interesses comuns. Através da municipalização por Distritos Sanitários, oficializa – se, assim, as maneiras pelas quais a saúde têm sido gestada na região, com suas especificidades econômicas, sociais, culturais e geográficas.

De acordo com o artigo três da Constituição Federal de 1988, “a saúde é um direito do povo e um dever do estado”, o poder público têm como obrigação a responsabilidade sobre a saúde da população brasileira. Devendo desta maneira associar as propostas de organização social das reservas extrativistas a uma sustentabilidade governamental dos serviços básicos em saúde na REAJ, que atualmente estão sendo realizados pelas organizações não governamentais

visando uma melhoria na qualidade da saúde da população da REAJ e maior satisfação do usuário,

* * *

Bibliografia

ALMEIDA, Mauro Willian Barbosa. Rubber Tappers Of The Upper Juruá River, Brazil. - The Making of Forest Peasant Economy.-. A dissertation submitted to the Ph.D. degree at University of Cambridge. England, 1992

____ A Reserva Extrativista do Alto Juruá. Levantamento Sócio-Econômico. Campinas, mimeo, 1994a

____ e ASSIS, Mauro Menezes. (1994). *Acre – Reserva Extrativista do Alto Juruá*. In O Destino da Floresta: Reservas extrativistas e desenvolvimento sustentável na Amazônia. Anthony Anderson.../et all;/Ricardo Ant (edição) – Ed. Relume – Dumará, Rio de Janeiro, 1994

ALVES, Paulo César e Maria Cecília de Souza Minayo (org.). Saúde e doença: Um olhar antropológico. FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1994.

AQUERELE, Olaywola. “*Um rumo para a medicina tradicional.*” In Saúde para o mundo, pp. 3 e 4, jun. 1993

ARRUABARRENA, Trindade. Relatório: Dados sobre a Reserva Extrativista do Alto Juruá. ASAREAJ – ASAREAJ, Cruzeiro do Sul, mimeo, 1990

ASAREAJ. Relatório da equipe de saúde a Reserva Extrativista do Alto Juruá - Cruzeiro do Sul, mimeo, 23 de dezembro/91 a 25 de fevereiro/92.

AUGÉ, M. "*Orde biologique, orde social; la malaide, forme élémentaire de l'évènement*". In Les sens du mal, Anthropologie, historie et sociologie de la malide, (pp. 35 -91). Editions des Archives Contemporaines (Ordres sociaux). Paris, 1984

BANNERMAH, R. H. – "*O programa da OMS*". In revista: Saúde do Mundo, pp. 13-14, 1977.

BARBIN, Hélio Júnior. *Artigo: "Curadores, rezadores e parteiras do Alto Juruá"*. In jornal: Página 20, 24 a 30.03.96, Rio Branco, Acre, 1996
_____ e FRANCO, Mariana Pantoja. Plano de desenvolvimento para a REAJ – Saúde e Educação – CNPT –IBAMA. Campinas, mimeo, 1997.

BERLIN & Astoga, Elois Ann & Victor Jara. *For the Common Good: Perspectives on the Integration of Anthropology and public Health*. In Ethnobiology: Implications and applications, vol 2. Org. by Darrel A. Posey and Willian Leslie Overal.- Belém , Museu Paraense Emilio Goeldi, 1990

BOURDIEU, Pierre. *Esboço de uma teoria da prática*. In Sociologia, org. Renato Ortiz. ed. Atica, São Paulo, 1987

BUARQUE, Aurélio de Holanda Ferreira. Novo Dicionário AURÉLIO. Ed. Nova Fronteira, 1ª edição, 14ª impressão, Rio de Janeiro.

BUCHILLET, Dominique (org.). Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém, MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991

BRANDÃO, C. R. Os deuses do povo. Ed. Brasiliense, São Paulo, 1980

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *Identidade, etnia e estrutura de classes*. In Série Antropologia, Universidade Nacional de Brasília, DF., 1980

CUNHA, Manuela Carneiro. Antropologia do Brasil. ed. Brasiliense/ EDUSP, 1986

ELISABETSKY And Setzer, Elaine and Raquel. "*Caboclo Concepts of Disease, Diagnosis and Therapy: Implications for Ethnopharmacology and Health Systems in Amazonia.*" In Studies in Third World Societies, numero 32, pp 243-278, Virginia, USA, june 1985

FRANCO, Mariana Pantoja. Breve relato sobre o alto Juruá e sua reserva Extrativista. Cruzeiro do Sul, mimeo, 1994

_____ Parecer Antropológico sobre a Viabilidade Social de um projeto de Saúde Reprodutiva na REAJ, Acre, Brasil. Associação Saúde sem Limites, São Paulo, mimeo, 1994

- _____. Relatório final de avaliação antropológica do Projeto “Maria Esperança”. ASAREAJ/Associação Saúde Sem Limites, São Paulo, mimeo, 1999
- FRANKENBERG, Ronald. “Medical Anthropology and Development a Theoretical Perspective”. *In Soc. Sci & med.*- Vol. 14B, pp 197-207. Pergamon Press Ltda, Great Britain, 1980
- GALLOIS, Dominique. A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?. *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, pp. 175-206. Org. por Dominique Buchillet - Belém, MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP., 1991
- GENNEP, Arnold Van.. Os Ritos de Passagem. Trad. de Roberto da Matta. Petropolis. Ed. Vozes, São Paulo, 1977
- GOOD, Bryron. *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective. (The Lewis Morgan Lectures)*. Cambridge University Press, 1994
- HELMAN, Cecil G. “Ritual e Manejo dos Infortúnios”. *In Cultura, Saúde e Doença*. Trad. Eliane Mussmich. Ed. Artes Médicas Sul Ltda. Porto Alegre, 1994
- HERRERA, Xochitl (1995). “La salud como principio de vida em los programas COAMA.” *In COAMA-SALUD*, numero 003, Fundacion Etnolando- Colômbia, outubro 1995

JANZEN, John M. "Therapy Management: Concept, reality, Process". In *Medical Anthropology Quarterly*, 1987, 1: 68-84, USA., 1987

KLEINMAN, A.M. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Bekerley, University of California Press. USA., 1980

_____ "Some issues for a comparative study of medical healing." In *International journal of social psychiatry*. 1973, vol 19. pp. 159-165, 1973

_____ "Concepts and a model for comparison of medical systems." In *Social science & medicine*, 1978, vol. 12, pp. 85-93. Pergamon Press Ltda. Great Britain, 1978

_____ "Why do indigenous practitioners successfully heal?". In *Social science & medicine*, vol. 13B, pp. 7-26. Pergamon Press Ltda, Great Britain, 1976

LANGDON, Esther Jean. "Saúde Indígena: A lógica do Processo de Tratamento". In *Saúde em debate*, ed. Especial: Saúde do índio(janeiro): 12 -15, CEBES, 1988

_____ and MACLENNAN, Robert. " Western biomedical and Shidundoy diagnosis: an interdisciplinary comparasion". In *Social science & medicine* . vol. 13B, pp. 211-220 .Pergamon Press Ltda, Great Britain, 1979

_____ "Percepção e utilização da medicina ocidental entre os índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia". In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. pp. 229-240. Org. por Dominique Buchillet - Belém, MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991

_____ A negociação do oculto: Xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri- étnico. Trabalho apresentado para o Concurso de professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994a

_____ "Representação de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona." *In Saúde dos povos indígenas*. Org. por Ricardo V. Santos , Carlos E. A. Coimbra Jr.- Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994b

_____ *A Doença como experiência: A Construção da Doença e seu Desafio para a prática Médica*. In *Antropologia de primeira mão*. P.P.G.A.S -UFSC, Florianópolis, 1996

LÉVI STRAUSS, Claude. O feiticeiro e sua Magia. *In Antropologia estrutural*. Cap. IX, pp. 193 –214. Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.

_____ A Eficácia Simbólica. *In Antropologia estrutural* .Cap. X, pp. 215 –236. Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro.

LOYOLA, Maria Andréa. "Medicina tradicional e medicinas alternativas. Representação sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo." *In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, Org. por Dominique Buchillet - Belém, MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991

LOZOYA, Xavier. (1983). "A escola do futuro é o passado". *In saúde para o mundo*: pp. 5 a 7, jun. 1983

MARTINI, Andréa. Tecendo limites na Foz do Breu, Alto Juruá, Acre, Brasil. Dissertação de mestrado, IFCH – UNICAMP, 1998

MARCUS, George E. *Anthropology as Cultural Critique*. University of Chicago, 1986

MENDES, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC-ABRASCO, São Paulo – Rio de Janeiro, 1994

_____ (org.). *A Organização da Saúde no Nível Local*. Ed. HUCITEC, São Paulo, 1998

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (1994). "*Representações da cura no catolicismo popular*".

In *Saúde e doença: Um olhar antropológico*. Org. Alves, Paulo César, pp. 57-73. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994

MISOCZKY, Maria Cecília. "*Distrito Sanitário desafio de descentralizar com democracia*".

In *Saúde em debate*. Número 33, CEBES, dezembro 1991

MURRIETA, Julio Ruiz e Manuel Pinzón Rueda. *Reservas Extrativistas*. UICN- União Mundial para la Natureza, Gland, Suíça e Cambridge, Reino Unido, 1995

OLIVEIRA, Elda Rizzo. "*Movimentos populares de saúde: Notas para um debate*." In

Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Org. por Dominique Buchillet - Belém, MPEG/CNPq/SCT/CEJUP/UEP, 1991

PARKER, Eugene. (1985). *The Amazon Cabloco: A Introduction and Overview*. In *The Amazon Cabloco: Historical And Contemporary Perspectives*. Studies in Third World Societies, número 32. Departmente of Anthropology, Collee Willian and Mary. Virginia , U.S.A., June 1985.

PIOVEZANE, Pedro de Milanélo (org.). *Constituição do Brasil de 1988*. Coordenadora Dulce Eugênia de Oliveira. Ed. Rideel, São Paulo, 1996

POUTIGNAT, Philippe. *Teorias de Etnicidade. Seguindo os grupos étnicos e suas fronteiras de Fredrick Barth*. São Paulo, Fundação Editora da UNESP, 1998

PREFEITURA Municipal de Marechal Thaumaturgo. Secretaria Municipal de Saúde. Doc: *PROCESSO DE HABILITAÇÃO – Gestão Plena de Atenção Básica*. Marechal Thaumaturgo- AC, mimeo, 1998

PRITCHARD, .E. Evans.(1978). *Bruxaria, Oráculos e Magia*. Zahar editores, Rio de Janeiro.

SÈNE, Marcel. “ *As parteiras do Senegal*.” In *Saúde para o mundo*, pp. 22 a 25, Jun 1983.

TURNER, Victor. “ *Social Dramas and Stories About Then*.” In *On Narrative*. Org. por W. J. T. Mitchell. Ed. The University of Chicago Press. U.S.A., 1981

_____. *O Processo Ritual. Estrutura e antiestrutura (The Ritual Process)* - Trad. Nancy Campi de Castro, Ed. Vozes, São Paulo, 1974

WEINSTEIN, Barbara. "*Persistence of Caboclo Culture in the Amazon: the Impact of The Rubber Trade, 1850-1920.*" In *The Amazon Caboclo: Historical And Contemporary Perspectives*. Studies in Thjird World Societies, publication number thirthy – two, Departmente of Anthropology, College Willian and Mary, pp 83 -113 – Virginia - U.S.A, june 1985.

WOLFF, Cristina Scheibe. *Mulheres da floresta: uma história, Alto Juruá, Acre (1890 – 1945)*.Ed. HUCITEC, São Paulo, 1999

YOUNG, Allan. "*Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology.*" In *American Anthropologist* 78(1): 5 –24,1976

_____ "The Anthropologies of illness and sickness." In *Ann. Rev. Anthropol.*, 11: 257-85, 1982.

ZEMPLÉNI, A. "*La 'malaide'et ses 'causes'. Introdsuction*". In *L' Ethnographie*, número spécial: Causes, origines et agents et agenes de la malaide chez les peuples sans écriture LXXXI, pp. 96-97:13-14. Paris, 1985

* * *