

Trocas culturais e saúde no Médio Rio Negro: a construção das estratégias caboclas contra as doenças

Fernando Sergio Dumas dos Santos*

Este trabalho se concentra sobre a parte média do curso do Rio Negro, afluente da margem esquerda do Solimões, no estado do Amazonas, compreendendo a região localizada entre as cidades de São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel, e mais o trecho que vai desta até Barcelos. A partir de depoimentos coletados localmente, entre agosto e setembro de 1995, contextualizados e compatibilizados com uma documentação pertinente, enfocamos, então, as estratégias desenvolvidas por estas pessoas no desenrolar da cena histórica.¹ Durante este período, foram gravadas histórias de vida da população, principalmente em vídeo, tendo sido percorridos os terços Médio e Baixo do Vale do Rio Negro e visitadas algumas comunidades na parte alta do rio. Também foi utilizado o arquivo da empresa J. G. Araújo & Co., depositado no Museu Amazônico, em Manaus.

Esta pesquisa nasceu, portanto, dentro dos marcos da história oral, buscando estabelecer, no interior dos discursos construídos pelos entrevistados, as principais questões que faziam parte de seu universo. A metodologia empregada permitiu que a diversidade do espectro social das comunidades e as diferentes inserções individuais neste cenário emergissem a partir da identificação, em cada comunidade, dos lugares e dos

* Doutor em História Social e Pesquisador Adjunto da Casa de Oswaldo Cruz.

1 O trabalho com as fontes deriva de incursões à região, as quais se devem ao desenvolvimento dos projetos “Revisitando a Amazônia de Carlos Chagas” e “Plantas Medicinais: políticas científicas e tradições de uso”, ambos patrocinados pela Fundação Oswaldo Cruz.

guardiões de memória: a escola, com a professora; as casas mais velhas, com seus respectivos moradores, além das famílias mais antigas da localidade; o agente de saúde e o líder da comunidade, que representavam um viés de memória mais coletivo e mais oficial, porque, por um lado, representam a única face visível de um poder público praticamente inexistente, e, por outro, possuem uma espécie de representatividade oficial, delegada pelas pessoas que ali vivem. Às vezes havia, ainda, uma ruína ou outra marca monumental.

Os conteúdos gravados informavam-nos sobre formas de transmissão e de construção dos saberes e conhecimentos. Assim, a compreensão apresentada neste artigo leva em conta a importância real e concreta de alguns ciclos naturais na vida das comunidades estudadas, levando-nos a refletir acerca de uma dimensão histórica da ocupação humana no Rio Negro, cujo marco teórico que se impõe é o da história social. O modo de organizar a vida, de estruturar a produção, de concretizar cotidianamente todas as tarefas necessárias ao viver neste território, se estabeleceu envolvendo os diversos grupos sociais, ao longo do tempo. Desta forma, por um lado modelou-se o relacionamento desta população com a floresta – de onde retiram não apenas os produtos que permite prover seu sustento e seus bens materiais, mas também os elementos fundamentais de suas estratégias de cura –, e, por outro, estruturaram-se relações de poder no seio destas comunidades, desenvolvendo-se hierarquizações entre seus habitantes.

O conceito de saúde que propomos ergue-se sobre a análise de fatores humanos e sociais, sob forte influência de elementos políticos, econômicos e culturais, permitindo uma compreensão tal que, partindo dos referenciais locais, pode-se incorporar em seu escopo todas as ações da população. Aqui reside o núcleo fundamental desta abordagem, a qual privilegia as relações entre as atividades humanas e o ambiente, compreendendo tanto o uso dos recursos da floresta e as práticas que lhes são articuladas, quanto o impacto histórico do modo de vida caboclo sobre o ambiente que o envolve. Para Eduardo Estrella,

[...] as condições de trabalho, a insalubridade e a presença de um alto número de vetores, são as causas imediatas da elevada incidência e prevalência das enfermidades. Frente a isto, as deficiências dos sistemas estatais de saúde, o curto alcance das ações preventivas como a vacinação, impedem uma boa resposta da medi-

cina moderna às crescentes demandas da sociedade. Toda esta situação se agrava pela existência de grupos vulneráveis: comunidades indígenas, setores urbano-marginais pobres, zonas rurais deprimidas e sobretudo, crianças e adolescentes desprotegidos. (Estrella, 1994, p. 7).

Os habitantes do Médio Rio Negro possuem concepções próprias de doença, culturalmente distintas das definições que vigoram na medicina ocidental, embora tenham incorporado noções e práticas terapêuticas oriundas desta. Recorrem primordialmente a um sistema etnomédico próprio, cujas práticas e recursos terapêuticos possuem uma profunda vinculação com suas matrizes autóctones, representando um importante ponto de encontro entre permanências e rupturas culturais. Marcadas pelo abandono histórico dos serviços oficiais de saúde, estas populações foram obrigadas, ao longo dos séculos, a elaborar estratégias de cura que incorporaram conhecimentos e técnicas introduzidas pelo contato com os diversos agentes culturais com os quais se relacionaram.

O principal traço cultural do território estudado tem sido a convivência de uma multiplicidade de etnias, ao longo dos séculos. Aos habitantes autóctones, que haviam descido das cabeceiras para sua seção média, vieram juntar-se os portugueses e, mais tarde, os brasileiros. Todos arrastavam consigo seu quinhão de saberes e suas marcas culturais. Assim, quando olhamos retrospectivamente para o cotidiano destas populações, podemos perceber que a história obrigou-as a uma estreita convivência, emergindo, então, o modo de vida caboclo, que tinha no assimilacionismo e na adaptabilidade duas de suas principais características.

As análises realizadas demonstraram, ainda, que a interferência do mundo do trabalho na vida do caboclo está na base das maneiras de viver em sociedade no Rio Negro, tal a sua influência no estabelecimento de padrões para o dia-a-dia das pessoas, sendo determinante de práticas e costumes. Entretanto, as estratégias de cura desenvolvidas por estas pessoas permaneceram como um forte ponto de contato com as culturas autóctones. Vale lembrar que, como destacou o farmacologista Frederico Arruda, “o universo mitológico do caboclo amazônico e do índio” não eram iguais:

Não há dúvidas de que o índio destribalizado, depois de muitos anos de convívio com o branco, ele e seus descendentes estarão

muito parecidos aos ribeirinhos comuns. E aí, é claro que haverá uma perda brutal desse componente do universo mítico original, e ele então incorpora e até ajuda a engendrar as peças que vão se sucedendo na permanente reconstrução desse universo mitológico do caboclo. Há então uma interação com perdas para o patrimônio cultural indígena. De qualquer forma existe uma visão de mundo, e também da saúde, das doenças, e dos recursos que poderão ser mobilizados para os diversos tratamentos. Esse mundo tem uma linguagem própria. (Arruda, 2000, p. 280).

As duas principais componentes deste arcabouço foram, de um lado, as práticas ritualísticas, de conotações mágico-religiosas, dos pajés, rezadores e curadores, e, de outro, os saberes acerca dos usos curativos das plantas, dominados por outros especialistas, alguns deles treinados com base nos preceitos da terapêutica científica ocidental. Ambas foram amplamente reconhecidas e solicitadas pela população. Assim, ao focarmos este assunto observamos a continuidade e as metamorfoses de uma tradição, cerzida no calor das trocas culturais, segundo os preceitos baseados em um modo de vida caboclo.

É importante ressaltar que o caboclo traz as marcas culturais de uma movimentação que terminou por fixá-lo num modo de vida híbrido, onde os costumes mais arraigados das sociedades tribais permanecem dominantes, embora articulados à economia capitalista do extrativismo florestal, que o absorve enquanto mão de obra e modifica seu modo de vida (Ribeiro, 1995, p. 319-320). As permanências estão ligadas aos saberes desenvolvidos dentro do território, os quais foram elaborados desde os próprios costumes da população, plasmados nas relações entre as pessoas e na organização sócio-produtiva da comunidade, sendo, enfim, determinantes dos processos de ritualização e formalização das práticas que lhes são relacionadas.

O conhecimento terapêutico

A busca por uma terapêutica capaz de vencer as forças naturais do ambiente amazônico mobilizou, ao longo do século XX, os setores da elite intelectual brasileira que se preocuparam com o problema. Analisando o

relatório deixado por Carlos Chagas, quatro décadas depois do cientista de Manguinhos ter visitado a Amazônia, Arthur Reis não apenas concordava com o quadro descrito, como considerava “natural” não haver médicos, nem farmacêuticos, “no seringal”, exaltando, ainda, o abandono, a que estavam relegados os trabalhadores extrativistas, entregues aos cuidados dos patrões, pois somente “nos barracões havia sempre estoques de ‘café beirão’, que os seringueiros usavam nos momentos de sofrimento, e outros medicamentos que se julgavam apropriados para a cura daqueles males” (Reis, 1997, p. 263).²

O panorama histórico dos costumes populares acerca dos sistemas terapêuticos vigentes na Amazônia possui, também, especificidades vinculadas aos processos transcorridos nos diferentes territórios da região. A noção de território foi concebida, aqui, a partir da concepção de que os rios passam a significar muito mais do que os caminhos naturais e a fonte da subsistência. A dimensão organizativa do espaço funda uma noção de territorialidade identificada com as práticas sociais de seus habitantes, tanto no que tange às relações de poder, quanto no que toca à apropriação cultural desta área geográfica.

No Médio Rio Negro, tanto a tradição de uso de plantas medicinais, quanto as práticas de cura, mostram-se bastante enraizadas. Ambas têm nas figuras dos rezadores e curandeiros seus principais artífices. Lá, estes saberes se configuraram, por um lado, como uma resistência cultural aos costumes introduzidos no bojo da transfiguração étnica pela qual todos passaram, e, por outro, como uma resposta ao abandono a que estas populações foram relegadas pelos poderes públicos brasileiros. Parece-me, portanto, correto afirmar, neste caso, que “a resistência à mudança e sua aceitação nascem de toda a cultura”, e que “essa cultura expressa os sistemas de poder, as relações de propriedade, as instituições religiosas etc.” (Thompson, 1998, p. 288).

Neste processo, o conhecimento terapêutico autóctone viu-se frente à chegada de outros saberes, oriundos da medicina ocidental, obrigando-os a assimilar e adaptar práticas que lhes permitiram resistir à avassaladora

2 O “café beirão” fazia parte do pedido de mercadorias feito, por exemplo, por José Alves de Oliveira, que encomendara seis jardas do produto (Arquivo J. G. Araújo: Pasta 464, carta de José Alves de Oliveira, de Moreira, em 23/10/1891).

pressão. Acostumadas a enfrentar, com seus próprios recursos, enfermidades que, às vezes desconheciam, nossos caboclos criaram novas técnicas de uso, descobrindo, muitas vezes, novas finalidades para plantas e procedimentos terapêuticos que já conheciam, na medida em que os dados iam sendo incluídos no seu dia a dia. Os sistemas terapêuticos encontrados representam, assim, um importante ponto de encontro entre permanências e rupturas culturais, estabelecidas no entrecruzamento das principais matrizes étnicas presentes no processo histórico transcorrido no território. Em princípios do século XX, Carlos Chagas já havia percebido que os trabalhadores extrativistas, observados por ele, buscavam tratamento em expressões terapêuticas locais:

Entre os gentios, especialmente, a moléstia só é tratada pela prática de feitiçarias, repugnando-lhes o uso de medicamentos, de cuja eficácia descrêm. E, aliás, têm os gentios para isso fundas razões, uma vez que são assistidos na moléstia pelos patrões seringueiros, inteiramente alheios às fáceis noções de tratamento da malária, guiando-se pelas indicações de anúncios de jornais ou orientados pelas falsas doutrinas de curandeiro. (Chagas, 1972, p. 114-115).

Destacam-se, neste depoimento, dois pontos importantes acerca da saúde dos habitantes do Rio Negro: o primeiro diz respeito à ausência de representantes da medicina ocidental, fato que, para o cientista, justificaria o recurso de tratar das enfermidades “pela prática de feitiçarias”. Em nenhum momento Chagas apoiou este tipo de iniciativa, embora, nesta passagem, demonstre uma certa compreensão da permanência de valores culturais autóctones como dominantes na região.

O segundo ponto se refere à observação de que “os patrões seringueiros” eram, também, “orientados pelas falsas doutrinas de curandeiro”, o que demonstra a penetração das práticas terapêuticas populares regionais inclusive no cotidiano daquelas classes dominantes. Vale destacar, ainda, que o foco nosológico principal da Comissão era a malária, denominada por Oswaldo Cruz de “duende do Amazonas”, sendo esta, portanto a principal endemia a observar e obliterar (Ibidem, p. 50).

Oitenta anos depois, pudemos constatar que a medicina ocidental fincara raízes institucionais na região. Entretanto, o discurso oficial, em

relação às práticas terapêuticas costumeiras, permanecia idêntico, como se pode depreender da entrevista realizada com a enfermeira Janete de Souza, Secretária Municipal de Saúde de Santa Isabel em 1995, que vivenciava, na época, uma situação de conflito cultural. Para ela, no município, era

[...] boa a condição de saúde, embora que a população seja bastante supersticiosa. Eles preferem ainda cuidar das crianças em casa, dar todos os cuidados, rezas, benzeduras, isso devido a uma população indígena, ainda. Eles têm aquela cultura, primeiro em casa; já no fim, quando não tem jeito na casa, vai para o hospital. Ainda há muita superstição em relação a soro, medicamento, injeção. Muitos acham que o soro mata. Outros acham que a injeção faz mal, não é bom. Então, é muito difícil mudar a cabeça dessas pessoas. (Entrevista com Janete de Souza, em Santa Isabel, 20/08/1995).

O apego às tradições de cura nativas e a confiança já estabelecida nestes saberes e práticas chega a incomodar as autoridades responsáveis pela saúde pública, porque, em caso de enfermidade, o povo normalmente procura primeiro um rezador ou benzedor. Se este tratamento não resolver, aí eles vão procurar o atendimento em um hospital ou posto médico. Aquilo que a enfermeira Janete, representante oficial do sistema oficial de saúde pública em Santa Isabel, chamou de superstição é, em realidade, uma dimensão característica da cultura popular local, completamente arraigada nas concepções de vida ali dominantes.

É importante perceber que os costumes dominantes não se coadunam completamente às práticas que prevalecem entre as classes dominantes. Assim, nossa conhecida D. Alda, que incorporava também a função de agente de saúde da comunidade do Tapereira, não tinha dúvidas sobre a origem dos males que afligiam os que estavam sob seus cuidados no final do século XX:

Eles têm curandeiro, sim. Eles gostam de curandeiro. Eles procuram primeiro o curandeiro. Como agora. Ontem eu estive no posto, eu passei lá com eles tudinho: 'Não tem, não. Não tem ninguém doente, não senhora.' E quando foram agora, lá, disseram que tem, desde ontem, duas crianças com febre. Eles não gostam de

furar o dedinho para tirar o sangue e fazer a lâmina, e mandar para o laboratório em Santa Isabel. Primeiro eles vão com o curandeiro. Eles gostam de curandeiro e não deixam esse costume, por mais que eu explique que o curandeiro não faz nada. Mas não tem jeito, gostam. (Entrevista com D. Alda de Aguiar Cardoso, no seringal São Tomé, em 22/08/1995).

A avaliação simplória de todo um processo histórico decorre, de um lado, da inobservância de que a cultura, a mentalidade, enfim, a “cabeça dessas pessoas” – como disse Janete – estão em um movimento acelerado, não inercial, mas descontínuo; cheio de avanços e recuos, de resistências reforçadas ou vencidas, e com múltiplas direções. De qualquer forma, estão mudando. Em relação à saúde, estão incorporando saberes, técnicas e práticas que lhes eram completamente estranhos, não inspirando confiança nem nos procedimentos, nem nos protagonistas destes conhecimentos. Em seu argumento, Janete mostra uma percepção da fortíssima influência das culturas nativas sobre o modo de vida caboclo no Rio Negro de hoje. Segundo ela, esse quadro ocorre “devido a uma população indígena, ainda”.

Todavia, ao desconsiderar a importância dos cuidados caseiros, das rezas e das benzeduras no modo de vida caboclo, ou ao qualificar de superstição o fato de que “muitos acham que o soro mata”, Janete distanciava-se cada vez mais da realidade popular de seu município. Seu julgamento apenas reforçava a aura positivista que circunda a concepção de ciência apresentada sistematicamente à população, ao desvalorizar os cuidados caseiros, as rezas e as benzeduras, ou ao qualificar de superstição o fato de que “muitos acham que o soro mata”. Ainda assim, para a Secretária Municipal de Saúde, “é boa a condição de saúde” em Santa Isabel. A mesma leitura pode ser feita em relação ao que disse D. Alda Aguiar:

No Tapereira, a saúde não melhora porque o pessoal é um pouco teimoso, e eles são... e eles não têm aquela coisa que a gente ensina a ter, higiene, limpeza, a usar certos medicamentos na água. Eles não querem aceitar a opinião da gente. Eles acham que com a natureza está melhor do que com a gente educando eles, para melhorar a coisa. Continua nisso. (Entrevista com D. Alda de Aguiar Cardoso, no seringal São Tomé, em 22/08/1995).

Este depoimento não parece condizer com o fato de D. Alda ter nascido, no ano de 1928, e passado toda a sua vida no Médio Rio Negro. No entanto, o seu estranhamento em relação aos costumes e à educação dos moradores de Tapereira, tende a confirmar uma hipótese, levantada na pesquisa que originou este texto, sobre o processo de ocupação e de movimentação populacional na região, segundo a qual desenvolveu-se uma elite rural, fortemente apegada aos valores culturais europeus, sobretudo portugueses, e parcialmente responsável pelas singularidades deste vale, em relação às conjunturas que a historiografia costuma generalizar para a Amazônia.

Também é interessante ressaltar a conotação negativa que nossa entrevistada emprestou ao termo natureza, aplicando-o num sentido de ambiente bravio, sem o controle das ações humanas, e calcando-o sobre as práticas cotidianas derivadas das tradições caboclas dos habitantes de Tapereira. D. Alda era neta do comerciante português Joaquim Gonçalves de Aguiar, antigo proprietário de seringais no território estudado. Ao longo do século XX, os descendentes dos portugueses que se fixaram no Rio Negro absorveram diversos elementos de ambas as culturas, gerando um conhecimento formado com bases na cultura popular lusitana e nos saberes caboclos.

Rapazes e moças nascidos no interior da floresta amazônica foram educados na Europa, em princípios do XX, custeados pelo dinheiro gerado na exploração da indústria extrativista. Através deste esforço, os imigrantes buscavam, por um lado, reforçar os vínculos com a terra natal, provendo os descendentes caboclos com uma rígida educação doméstica e com valores familiares tradicionais, os quais eram considerados elementos básicos na formação moral deste grupo. Por outro lado, havia nesta ação uma preocupação em prover os herdeiros de uma visão de mundo compatível com a do patriarca, o que garantiria a reprodução do modo de produção e exploração implantado na Amazônia (Santos, 2003, p. 63-65).

Em sua terceira ou quarta geração, contudo, os descendentes dos imigrantes portugueses já não possuíam muito da educação européia, sendo, entretanto, herdeiros de uma lógica de vida própria, que busca, por exemplo, ainda hoje, amealhar riquezas ou bens de raiz (Benchimol, 1999, p. 123). Cabe, aqui, um parêntesis para ratificar a importância dos conhecimentos introduzidos pelos imigrantes portugueses e alimentados pelos seus descendentes. Gente como Seu Aquidabã, morador de Camanaus e

irmão do Seu Américo, que era filho de um português com uma índia e afirmou ter aprendido com seus pais tudo o que sabia acerca das receitas caseiras que usava:

Meu pai e minha mãe me ensinaram. Eles aplicavam este remédio prá gente e há muito tempo que usavam. Os avós, os bisavós usavam. E agora nós estamos aplicando este sistema. Muitos usam o remédio da Sucam; muitos usam o remédio da gente também, porque estão distante. Não têm como ir à cidade, usam aqui mesmo. (Entrevista com o Sr. Aquidabã de Oliveira, em Camanaus, em 17/08/95).

Além da formação de berço, D. Alda recebeu informações e treinamentos técnicos para exercer a função de agente de saúde comunitária, o que, possivelmente, veio reforçar sua visão de mundo na qual a educação, nos padrões ditados pelas sociedades burguesas, torna-se o veículo, por excelência, da socialização e da civilização modernas. Isso não quer dizer que ela surja como um baluarte da medicina científica pregando entre os hereges. Não. Como todo mundo, lá no Médio Rio Negro, esta senhora se vale de todo um arsenal terapêutico desenvolvido no contexto da cultura cabocla em suas especificidades locais. Em sua narrativa historiográfica – pontilhada de observações sobre o seringal e o seringueiro amazônico da década de 1940 – Arthur Reis assinala que, no início dos anos 1950, perfis como o de D. Alda já despontavam, alavancados pela popularização do uso do quinino no combate à malária e pela disseminação de alguns padrões de comportamento e de consumo próprios aos que prevaleciam nas sociedades burguesas:

Com a introdução do uso do quinino e posteriormente os serviços de higiene e as práticas sanitárias que os próprios seringalistas começaram a aceitar e a adotar nas suas propriedades, com a modificação do sistema alimentar, que já não se baseia nos enlatados, nas conservas, mas na produção agrária, local ou importada, modifica-se o quadro. E o seringal está deixando de ser aquele canto do mundo que escondia tantos perigos à vida em meio às riquezas que proporcionava. (Reis, 1997, p. 264).

As práticas terapêuticas

Apesar de reconhecermos a presença, às vezes ostensiva, dos saberes próprios à medicina ocidental no território estudado, não se pode, contudo, inferir que estes, no final do século XX, pudessem ser considerados como preponderantes, em relação aos outros saberes envolvidos no sistema. Mesmo os depoimentos de pessoas que optaram por passar mais tempo, ao longo do ano, nos centros urbanos, e que, por isso mesmo, ganharam mais intimidade com a medicina ocidental, ainda têm nos terapeutas populares seu ponto de referência para os processos de cura. Seu Américo, ao responder sobre a preferência dos habitantes de Camanaus para tratar de suas doenças – “eles procuram um médico ou tem um curador ou um rezador?” – dizia-nos:

S. Américo: Sempre existe, né? A maioria, agora, já vão agora num médico, né? que já tá... até muita... pra bem dizer... já tá mais avançada que a civilização, né? Eles agora não quer ir pro... curandeiro, essas coisas, né?

P: No seu tempo, como era, quando a pessoa ficava doente, quando o senhor era jovem?

S. Américo: Pegava alguma erva do mato. Ia na medicina mesmo, tomava pastilha. (Entrevista com o Sr. Américo de Oliveira Neto, em Camanaus, 17/08/95).

Em um depoimento indicativo de quanto as tradições e os costumes permanecem em constante metamorfose, nosso entrevistado situou, ainda, a prática de se medicar com os padrões, estampada no recurso às pastilhas e representando, provavelmente, os comprimidos que eram tomados nos casos de malária. O diálogo mantido com D. Maria de Nazaré reforça ainda mais esta dedução. Tendo vivido sua infância em São José, nos anos cinqüenta, ela traçou uma rápida, mas expressiva, comparação entre aquele tempo e o momento da entrevista:

P: D. Maria, quando as pessoas ficavam doentes no tempo em que a senhora era criança, o que se fazia?

D. Maria: Minha tia cuidava. Fazia remédios. Fazia suador. Quando estava com inchação no corpo, ela fazia suador.

P: Quais eram as doenças que mais ocorriam aqui, quando a senhora era criança?

D. Maria: Era gripe, febre, sarampo.

P: Morria muita gente aqui?

D. Maria: Morria. Estes que não vinha para cá, morria.

P: Que não vinham para cá, onde?

D. Maria: Para minha tia tratar deles.

P: Tinha médico por aqui?

D. Maria: Não era só ela que tratava deles.

P: E hoje em dia como é que faz quando alguém fica doente?

D. Maria: Às vezes eles vêm aqui atrás de remédio. Eles trazem criança pra gente tratar deles. O que a gente pode fazer, a gente faz.

P: E quem trata essas pessoas é a senhora mesmo?

D. Maria: Sou eu mesmo.

P: E a senhora trata com o quê?

D. Maria: Remédio de casa, limão. Quando tem gripe é limão.

P: Quais as doenças que mais têm aqui, hoje em dia?

D. Maria: Hoje em dia é disenteria e febre. Gripe, que sempre não acaba mais. (Entrevista com D. Maria de Nazareth Ferreira, em São José, 17/08/1995).

Os dados de permanência que afloram neste depoimento são impressionantes. Depois de quatro décadas, ela detectou apenas a introdução das diarreias como novidade no quadro da saúde local. Esta observação é corroborada pelo inquérito promovido pela equipe do Dr. Renato Athias, o qual detectou a presença de afecções gastrointestinais no território, em 1997 (Leonardi, 2000, p. 101). O lugar – São José – também permaneceu como uma referência para o tratamento de casos de doença que não obtinham sucesso nos tratamentos caseiros e D. Maria de Nazaré passara a ocupar, por herança, o lugar que havia sido de sua tia. As práticas de cura também continuavam as mesmas, embora, talvez, pudessem ter surgido transformações nas receitas e em seus elementos. O quadro de doenças traçado por D. Maria de Nazaré repetiu-se amiúde nas entrevistas com os habitantes das zonas rurais.

O mesmo panorama foi traçado por D. Íris, uma das responsáveis pelo “Pronto Socorro dos Remédios Caseiros” – iniciativa da Comissão Pastoral da Criança, ligada à Igreja Católica – e que, portanto, conhecia bem o itinerário percorrido por um doente, lá:

Em geral, o nosso povo, ele procura logo o benzedor, procura logo o curador. Procura uma pessoa que sabe rezar. Se for criança recém-nascida, ele leva no benzedor, porque ele julga ser quebranto, ele pensa que fez mal olhado... esse problema todo. E daí, então, quando o curador diz que não é, ele procura o hospital. Vem prá gente, primeiro, pergunta se a gente pode falar algum remédio e, se for o caso, a gente encaminha para o hospital. (Entrevista com D. Íris de Jesus Santos da Silva, em Santa Isabel, 21/08/1995).

Em sua fala, nossa depoente deu uma certa hierarquia às opções cotidianas da população. Para ela, o universo mental dos caboclos apontava na direção das práticas terapêuticas tradicionais, pois a própria identificação dos males derivava daí. Dentro destes marcos, ganham relevo algumas noções consideradas básicas para determinar os contornos das práticas estudadas. Um ponto fundamental para a visualização das permanências e rupturas estabelecidas ao longo do processo, é o conceito de saúde vigente entre a população estudada. Numa sociedade que tem seu dia-a-dia fortemente imbricado ao mundo do trabalho, é fácil ajuizar que esta noção esteja intimamente relacionada ao corpo e à capacidade de trabalho dos indivíduos: assim, estar com saúde é estar bem disposto para trabalhar. Em oposição, a doença faz com que a pessoa interrompa suas atividades rotineiras, e a sua gravidade é, geralmente, avaliada a partir do tempo de permanência dos sintomas e de algum comportamento “fora do normal” do doente.

A doença, a gente sabe pelos sintomas. Quando começa a febre, né? Às vezes ela dá um frio, às vezes ela vai esquentando e não dá um frio, a gente sabe qual é a doença. Porque a febre da malária dá um frio certo, num horário certo. Se ela dá às sete horas, aquele frio é às sete horas. Se ela dá às quatro horas da tarde, é às quatro horas que ela chega, ela vai, esquenta, esquenta, e vai aliviando aos pouquinhos. Aí dá aquela dor de cabeça, aquela quebradeira no corpo. A gente já sabe que é malária. (Entrevista com o Sr. Alberto Araújo, na comunidade de Cauboris, em 27/08/1995).

Seu Alberto acentuou a importância da observação empírica do comportamento do doente como de fundamental importância para identificar a doença e estabelecer o tratamento. No caso da malária, a febre intermitente é recorrentemente apontada como um fator de distinção desta moléstia, em relação a outras que também causam a elevação da temperatura corporal. Por sua vez, Seu Joanico, rezador nascido no Rio Curiari e descendente do povo Desana, utilizou repetidamente, em seu depoimento, o verbo experimentar, para explicar de que maneira ele reconhecia a doença a ser tratada:

Eu vou experimentar. Pegar a pontadeira no seu braço, como está o coração, fraco, ou então, forte. Aí experimenta ver nessa parte aqui [no peito], aí, aqui no coração: se está batendo, se está mal a batida. Aí a gente diz: 'Está fraco'. (Entrevista com o Sr. Joanico Raimundo Lopes, em Moura, 03/09/1995).

O aprendizado de Seu Joanico, assim como o de Seu Alberto e o de D. Íris, por exemplo, incluiu as noções transmitidas em casa, pelos pais e avós. Entretanto, os dois últimos especializaram-se nos cursos e treinamentos promovidos pela Igreja Católica, fatores de disseminação de novos conhecimentos que são incorporados ao contínuo processo de formação dos saberes terapêuticos. Sua efetivação se dá na medida em que os novos dados penetram nas redes de transmissão cultural local, passando a ser manuseados cotidianamente.

Deste modo, por exemplo, na medida em que as comissões pastorais desenvolvem sua missão, elas exercem o papel de agentes introdutores de novos dados no cotidiano das comunidades. E todos os habitantes, a partir de suas vivências (individuais e coletivas), terão contribuído para este processo. Entretanto, o enfeixamento das diferentes receitas, rezas, padrões de diagnósticos e todas as outras práticas constitutivas destes saberes, cabe, apenas, a algumas pessoas, reconhecidas socialmente pela sua capacidade de manipulá-las. A história de vida de D. Íris é capaz de nos deixar entrever este percurso:

P: D. Íris, como a senhora aprendeu a receitar esses remédios de planta caseira?

D. Íris: Uns, a gente já sabia, já vinha de trás, dos nossos avós, de

nossas mães. A gente já se tratava. A minha mãe teve doze filhos e nunca precisou ir em hospital, não conhecia médico. Eu, por exemplo, eu não conhecia médico. Conheci médico de pois que comecei a estudar aqui no colégio. Agora não, para aperfeiçoar, as irmãs me mandaram para Barcelos. Veio, em 1994, umas senhoras, que vieram de Manaus fazer um estágio da Pastoral da Criança e ensinar a medicina caseira. Aí, a gente foi lá aprender, mas muita coisa a gente já sabia, só para aperfeiçoar.

P: A senhora tem idéia de como seus avós, sua mãe, aprenderam que cada planta serve para uma doença?

D. Íris: Eu acho que aprenderam na medicina indígena, porque os meus avós não eram daqui do rio Negro, mas minhas avós eram, tanto materna, como paterna, eram daqui do rio Negro. [...] Elas devem ter aprendido com os índios, porque eles não têm médico. Os Yanomami, no meio da mata, não têm médico. Tem o curador, o pajé. (Entrevista com D. Íris de Jesus Santos da Silva, em Santa Isabel, 21/08/1995)

Outros elementos, presentes neste conjunto, provêm das experiências trocadas com outros entendidos nas artes de curar:

Aprendo muito. A gente vai conversar, chega gente de fora, como por exemplo, o remédio para cobra que o rapaz me ensinou. Ele estava conversando com a namorada dele na frente de uma casa, quando uma cobra passou. Ele mexeu e ela picou o pé dele. E a moça falou: ‘O que foi?’ E ele falou: ‘Uma cobra me mordeu’. E ela disse: ‘Espera um instantinho aí’. Aí ela pegou na cozinha um terçado e cavou um buraco, e enterrou a cisura [o local mordido pela cobra] para dentro da terra. Pegou, socou o barro todo, e ficou conversando com ele ali: ‘Tá doendo?’ ‘Não’. Passaram-se trinta minutos, e ele tirou a perna, e estava bonzinho da perna. Eu já vi dois cidadãos serem mordidos lá no castanhal, uma criancinha desse tamanhinho, eu fiz o remédio e foi imediatamente. Então a gente aprende assim, com os outros de fora. Conversando a gente vai aprendendo e ensinando. (Entrevista com o Sr. Alberto Araújo, na comunidade de Cauboris, em 27/08/1995).

Transparece no relato o modo pelo qual acontece a transmissão destes saberes: a oralidade e a observação são as vias privilegiadas, gerando uma memória social da doença, a qual é construída dentro do contexto de tradições que se transmitem oralmente e de histórias que se repetiram ao longo do tempo. Estamos, assim, diante de um somatório de conhecimentos, o qual origina-se em formas culturais distintas e é estabelecido em temporalidades diferenciadas. Este fato gera novos saberes, os quais são do conhecimento de todos, e são desenvolvidos e exercitados em trocas cotidianas que envolvem as relações entre as pessoas. Esta movimentação se dá tanto no que toca as maneiras de viver em sociedade, quanto naquilo que concerne ao modo de produzir das comunidades. Estes saberes consolidam-se em usos que, esboçados como reações a situações específicas ou frutos dos diferentes rumos estabelecidos ao longo do processo histórico transcorrido, terminaram por se transformar em práticas costumeiras.

Segundo as fontes trabalhadas, os protagonistas destes sistemas terapêuticos são pessoas idosas e com larga vivência na região, fato explicável até por uma hierarquização cultural que tem nos mais velhos o ápice da sabedoria e que, herdada ainda dos modos de vida tribais, predomina entre a população. Em todas as localidades visitadas, em 1995, foram encontrados rezadores, curandeiros e parteiras. Eduardo Estrella, ao analisar as várias formas de expressão do saber médico tradicional, como parte do sistema de atenção médica na Amazônia, identificou que:

[...] os agentes desta medicina são numerosos e praticam distintas 'especialidades' e, se bem não têm o poder espiritual que possuem os xamãs e tampouco usam drogas alucinógenas, têm em troca uma grande ascendência em suas comunidades e assumem um importante papel na vida social. (Estrella, 1994, p. 11).

Efetivamente, estes personagens passavam a desfrutar de um espaço de poder pessoal, dentro da sociedade estudada, tanto no plano político, quanto no plano espiritual. Aliás, parece-me que é o plano espiritual que legitima o político. Esta situação, no entanto, não significava uma condição de mobilidade social, pois o reconhecimento concreto de alguém como pertencente às classes dominantes se dava a partir de critérios econômicos. O poder político que exerciam consolidava-se, assim, na

posição de um formador de opiniões dentro da comunidade para a qual voltava a sua atuação. Neste sentido, Estrella, estabelece uma distinção entre os pajés (ou xamãs) e os curandeiros, incluindo, entre estes, os conhecedores dos usos das plantas medicinais (“herbalistas”), as parteiras (que tratam “o embarço, o parto e as enfermidades das mulheres”) e os rezadores (chamados de “*curanderos*”, que tratam as “enfermidades culturais, como o susto e o mau olhado”). Todavia, ele não reconhece, nos rezadores, “o poder para tratar a bruxaria, que é o campo de trabalho dos xamãs” (Estrella, 1994, p. 11). Para ele, os rezadores exercem um papel de “defensores da saúde”:

[...] a eles as pessoas recorrem com confiança; inclusive quando já chegou à comunidade a medicina ocidental, através de um posto sanitário ou dispensário médico, os curandeiros seguem sendo consultados dentro de um itinerário terapêutico que busca de várias maneiras a solução de um problema de saúde. (Ibidem).

Corroborando a observação, o depoimento de Seu Joanico aponta para estas diferentes funções:

P: Alguém já lhe procurou pra pedir pro senhor fazer mal pra outra pessoa?

S. Joanico: Pediram, mas eu não sei fazer. [...] Por exemplo, eu estou com raiva desse, eu tiro meu [incompreensível], vou entregar no macumbeiro: ‘Pode trabalhar pra botar um espírito mau nele, pra ele sofrer, pra acabar com a casa dele’. Aí, de repente, acabou tudo com ele: não tem mais casa, fazenda. Isso eu não sei trabalhar para mim mesmo. Mas tem um médium que faz. (Entrevista com o Sr. Joanico Raimundo Lopes, em Moura, 03/09/1995).

Sua prática terapêutica se baseia, principalmente, na recitação de orações, em banhos de ervas, chás, massagens e na celebração de alguns ritos específicos. Mesmo nas cidades, a presença e o papel destes praticantes de artes médicas possui grande relevância. Vale ressaltar que a medicina popular predomina amplamente entre os habitantes da região estudada, embora o recurso ao hospital – o lugar da saúde no imaginário

popular – seja uma variável sempre presente nos discursos. A crença, ou melhor, a fé está na base destes sistemas populares de cura, e os procedimentos e as práticas que lhe são relacionados devem passar pelo mesmo crivo. Analisando a entrevista concedida por D. Íris, podemos perceber esta nuance

P: O pajé e o benzedor conseguem curar uma doença mesmo, de verdade?

D. Íris: Eu acho que sim. Porque eu tive um derrame, aqui mesmo, em Santa Isabel, depois de adulta. Me senti mal, fui no hospital com problemas nas pernas. Passei uma semana com muita febre e aquela dor na perna, porque, em tempo de infância, eu peguei a paralisia infantil e fui andar com quatro anos, e já cismada, pensei que fosse voltar. Aí eu fui no benzedor, pajé – não são mais aqueles pajés antigos, são modernos, já – ele soprou o cigarro e disse: ‘Olha, D. Íris, a senhora ia em frente à porta da igreja, quando deu uma ventania, tipo um funil, e pegou nas suas pernas. Essa é a causa.’ Agora, a gente não sabe o que eles querem dizer com isso. Com a graça de Deus, no dia seguinte vim para o trabalho. Eu trabalho como empregada da SEDUC e nunca mais senti nada. Por isso eu digo: cura. Eles benzem com o cigarro, benzem o chá. (Entrevista com D. Íris de Jesus Santos da Silva, em Santa Isabel, 21/08/1995).³

Começemos por analisar o final da citação: D. Íris diz que “com a graça de Deus, no dia seguinte vim para o trabalho”. Esta lógica está presente nos processos de cura encetados pelos rezadores: se ela ocorre, é por uma dádiva divina, obtida pela fé do enfermo em Deus, naqueles que atuam sob Sua égide e neste sistema de cura. Mas D. Íris, ao contrário do que ela própria diz ser habitual, foi, primeiramente, ao hospital; mas permaneceu com os sintomas por mais uma semana. O fato de ela ter ido diretamente a um médico quando sentiu a dor nas pernas, talvez possa ser explicado pelo medo de que a paralisia infantil reemergisse. Contudo, não percebendo melhora no seu quadro geral, procurou um benzedor.

3 SEDUC é o termo que designa popularmente a Secretaria de Educação do Estado do Amazonas.

Este foi tão convincente em seu diagnóstico que ela sequer o esqueceu, mesmo sem ter compreendido o sentido de sua afirmação. Nossa entrevistada também não deve ter entendido o que lhe disse o médico – ou, mais normalmente, no hospital de Santa Isabel, um enfermeiro – e, no entanto, não mencionou nada acerca da consulta; sequer deixou transparecer que lhe tenha sido indicado algum medicamento ou procedimento terapêutico.

Os terapeutas populares que atuam no território estudado estabelecem distinções entre “doenças do corpo” e “doenças do espírito”, sendo que cada um dos tipos requer remédios e habilidades de cura diferentes. Entretanto, como ambas incidem sobre os corpos, esta é, então, a característica básica desta noção usual de doença. Para o rezador Raimundo Nonato da Silva, conhecido como Seu Raimundo Cobra, dependendo da doença que fosse identificada, a cura se dava por um ou outro processo: “Tem doenças que são com a reza, e outras que são com remédio. Por causa de um quebranto, um ramo, uma congestão, a gente reza. Faz aquelas preces, aí, com a fé que a pessoa tem, fica boa” (Entrevista com o Sr. Raimundo Nonato da Silva [Raimundo Cobra], em Caracará, em 31/08/95).

As doenças tratadas com remédios têm esta designação porque são compreendidas como curáveis através de medicamentos, os quais podem ser de fabricação caseira ou industrial. Suas causas são identificadas como provenientes de vetores físicos externos ao homem (picada de insetos, água contaminada, ingestão de alimentos, etc). Entre estas populações, que se encontram longe de obter um atendimento médico-hospitalar satisfatório, a tradição de uso de plantas medicinais na composição caseira de remédios é um traço distintivo. Ela se constitui, praticamente, no único recurso de acesso a medicamento nos beiradões da região.

Como contraponto às “doenças de remédio”, encontramos as “doenças de reza”, as quais requerem terapêuticas e habilidades de cura diferentes, ficando sob a responsabilidade dos rezadores. Assim, o rezador surge como um dos principais personagens para o entendimento da visão de mundo destas populações. As enfermidades tratadas por estes terapeutas vão desde o quebrante,⁴ o ramo⁵ ou a congestão, apontadas

4 Os sintomas do quebrante são: falta de apetite, fastio, sonolência, vômito, moleza e dores no corpo. Embora todos sejam suscetíveis de pegar o quebrante, nas crianças esta doença pode, segundo a cultura popular, levar à morte. Ele advém, muitas vezes, do próprio familiar, que pega a criança no colo com o corpo suado ou com fome, transmitindo, naquele momento, a mazela.

por Seu Raimundo Cobra, na citação anterior, até a pneumonia, a fraqueza de depois do parto e a rachadura,⁶ tratadas pelo Seu Joanico (Entrevista com o Sr. Joanico Raimundo Lopes, em Moura, 03/09/1995).

Os rezadores adquirem o dom da cura através dos ensinamentos de algum parente ou de algum amigo próximo. Muitas vezes, este aprendizado é complementado com leituras específicas. Seu Raimundo Cobra, por exemplo, contou que aprendeu a rezar e curar observando o pai:

Meu finado pai era muito cheio de marmota [sic] de orações. Então ele morreu, e eu peguei um livro que ele tinha, que ele usava, e comecei a ir estudando. E, fazendo aquelas práticas, fui aprendendo. Desde os quinze anos. E eu estou com 75 anos. Eu não me esqueço de minhas devoções e, graças a Deus, não para fazer mal para os outros, mas para fazer o bem. Tenho me dado bem também. Sou procurado por muita gente, gente boa, todo mundo. Tem gente que vem e eu nem conheço, vem para pedir informação. (Entrevista com o Sr. Raimundo Nonato da Silva [Raimundo Cobra], em Caracará, em 31/08/95).

Seu Raimundo diz que só trabalha para o bem e que iniciou-se nos mistérios da reza em sua própria casa. Entretanto, somente assumiu a função depois que seu pai morreu, quando pôde estudar no “livro que ele tinha, que ele usava” e, então, começou a praticar. Novamente a empiria desponta como um recurso fundamental no estabelecimento dos saberes vinculados às práticas terapêuticas populares estudadas.

Seu Joanico, por sua vez, percorreu uma trajetória diferente para descobrir que possuía dons que lhe permitiam realizar curas. Assim como Seu Raimundo, ele também herdou um certo aprendizado de seu pai, configurado pelo conhecimento mágico que envolvia algumas pedras de cristal:

5 O “ramo”, também chamado de “doença do ar”, tem fama de perigoso e causador de convulsões. Seus sintomas, muitas vezes, confundem-se com os do derrame. Segundo Jôsa Magalhães, “o povo acredita que haja um espírito mau ou um ar impuro desencadeador dessa situação”. Para ele, o ramo é uma espécie de hemorragia cerebral, causadora de uma hemiplegia irreversível (Magalhães, 1966, p. 243).

6 A rachadura é uma doença de pele, que Seu Joanico trata com as pedras sagradas, como se fosse uma agulha costurando, com álcool, e rezando para Jesus.

S. Joânico: Esse cristal serve pra curar dor de cabeça, dor de estômago, dor de malária também. Dá com água. Pra isso serve essa pedra. Esse cristal da chuva, dá cura pra gente. É assim.

P: E quem lhe ensinou a usar esses cristais?

S. Joânico: Foi meu pai mesmo. A gente bota a água, dentro da água, num copo, e dá pra criança tomar. Pra qualquer pessoa tomar. (Entrevista com o Sr. Joânico Raimundo Lopes, em Moura, 03/09/1995).

As pedras que ele utiliza são as mesmas que o pai dele usava em rituais que ele não descreveu para nós, na entrevista. A estes saberes de herança paterna, Seu Joânico incorporou um conjunto de rezas que ele aprendeu em sonhos:

É um doutor que me ensina: ‘Reza assim, assim, assim. Tu quer [sic] aprender, meu filho?’ ‘Quero sim senhor’. No meio do sonho, então, ele me ensinava como fazer, como trabalhar. Às vezes, sempre antes de eu dormir, vinha aquele doente, chega logo aquele espírito. [...] Ele me ajudou muito até agora. Essa fé toda eu devo a esse senhor. (Entrevista com o Sr. Joânico Raimundo Lopes, em Moura, 03/09/1995).

Mesmo enfronhado em um universo mágico, muito próximo de práticas xamânicas, este rezador executava suas orações valendo-se de elementos dos rituais cristãos, como ele mesmo afirmou:

Com 12 anos comecei a trabalhar. Rezar. Rezar doente, benzendo eles, jogava lavando, lavando, benzendo, jogando, benzendo, fazendo cruz, fazendo cruz e lavando, né? Então assim, nosso pecado, esse que caiu pra nós né? Então por isso vamos te lavar, com água né? Com água né? Como a gente lava uma ferida. Então assim a gente lava. (Entrevista com o Sr. Joânico Raimundo Lopes, em Moura, 03/09/1995).

A história de vida deste rezador nos mostra que os processos históricos desenvolvidos no território rionegrino permitiram a construção de saberes que não apenas mantêm nexos com seu passado histórico apropriado,

como incluem as práticas ancestrais entre seus principais elementos. As diferentes formas de contato intertribal e interétnico, além de vivências distintas relativas aos relacionamentos com os agentes das sociedades ocidentais – europeus e brasileiros –, deram origem a um sincretismo cultural, que, no entanto, não pasteurizou os métodos de cura. Quando os grupos inventam ou reinventam uma tradição, estão estabelecendo uma relação concreta de continuidade em relação a algum dado concreto de seu cotidiano. E é desta maneira que se estabelecem os conteúdos das práticas de cura desenvolvidas pelos povos do rio Negro, as quais permanecem como um forte ponto de contato com as culturas ancestrais. As permanências estão ligadas aos saberes nativos, e nelas serão encontradas as referências aos seus processos de ritualização e formalização.

Práticas pertinentes ao processo de transfiguração étnica ocorrido no território estudado, o qual perpassou todo o tecido social, enfro-nhando pessoas como o padre italiano Carlo Zuchetti, que vivera, antes de assumir o comando da Missão Salesiana de Santa Isabel, durante vários anos entre o povo Yanomami. Este religioso nos proporcionou um impressionante testemunho da força das permanências ancestrais entre as concepções de saúde e de doença no território estudado:

P: Padre Carlo, o senhor acha que os rezadores e curandeiros sabem curar algumas doenças?

Padre Carlo: Eu acredito que alguma coisa eles sabem fazer. Acredito que eles tenham incidência naquela área psicossomática, onde os nossos médicos dizem que boa parte das nossas doenças são psicossomáticas, são somatizações. Então, eles podem agir nessa área, com possibilidade de alcançar resultados positivos. Eu mesmo vou lá com os pajés ianomâmis [sic], quando estou nervoso, estou com problemas de tensão psicológica, eu recorro a esses pajés e me benefico, me dá frutos positivos. (Entrevista com o Padre Carlo Zuchetti, em Santa Isabel do Rio Negro, 21/08/1995).

Trata-se de um testemunho exemplar para ilustrar o amplo campo de trocas culturais que continua a se estabelecer no território pesquisado. Ali, não foram apenas os caboclos que modelaram seus hábitos, costumes e tradições pelos padrões burgueses convencionais; o “homem branco”,

educado na Europa, também foi obrigado a assimilar o modo de vida local, adaptando-se e amoldando-se aos contingenciamentos culturais impostos no decorrer do processo histórico. Esta dedução vale, portanto, tanto para os missionários europeus que vêm convivendo estreitamente com os povos indígenas, quanto para os imigrantes portugueses e seus descendentes, com destaque para aquela primeira geração cabocla – ou seja, os primeiros filhos dos imigrantes portugueses que se instalaram no Rio Negro, e que vêm a ser os pais de muitos dos nossos entrevistados – que obteve uma escolarização ibérica, e, ainda, para os brasileiros que para ali convergiram.

As práticas terapêuticas populares propiciam, ao observador desatento, uma falsa impressão de inércia, de que o tempo não passa e que nada muda, apresentando-se como um dado dos discursos e das memórias. No entanto, embora mantendo práticas que, se observadas de fora de seu contexto possam ser compreendidas como arcaicas, o universo da cura, no Rio Negro do século XX, estabeleceu-se em um processo que envolveu as trocas entabuladas entre as concepções autóctones e outras, oriundas das sociedades ocidentais. Este universo veio se concretizando no bojo das inúmeras adaptações e assimilações engendradas no conjunto das práticas. Estas, por sua vez, precisam ser percebidas como lugares de produção e de apreensão de conhecimentos, os quais vêm a estabelecer-se em ações e representações aceitas pela população. A regulação das ações se dá no cotidiano das pessoas, criando o costume de aplicar determinadas práticas às situações correspondentes e gerando um sentido referenciado numa continuidade histórica, comportamental e ritual.

Considerações finais

Quando focamos as análises nos sistemas terapêuticos vigentes no território rionegrino, pudemos observar que estes fazem parte de um processo epidemiológico, o qual envolve as condições de vida da população, seus hábitos de trabalho e os impactos que, tanto um como outro, provocam no ambiente. Foi possível, então, constatar que não houve uma supressão total dos saberes e práticas tradicionais, mas uma convivência dos novos com os antigos modos de vida, estreitada através dos movimentos de assimilação e adaptação dos dados presentes no cotidiano daquelas comunidades.

E não deixamos de perceber que os elementos tradicionais das culturas locais permanecem como dominantes, mesmo quando os instrumentos e os *modi operandi* da medicina ocidental se acham disponíveis para a população.

Se, hoje em dia, olharmos inadvertidamente para as localidades visitadas ao longo da viagem de 1995, correremos o risco de concluir que a situação epidemiológica permanece inalterada desde o princípio do século XX. As doenças verificadas por Carlos Chagas, em 1913, ainda constituem alguns dos principais problemas de saúde: a malária é um grande mal, assim como as verminoses, as doenças respiratórias agudas, as entéricas e as infecciosas. A mesma situação se repete, no que tange às atuais relações de trabalho nas atividades extrativas na floresta.

Em 1995, contudo, a expedição comandada pela Fiocruz verificou que, a hipertensão, as doenças cardiovasculares, a obesidade e a dependência química vieram se somar ao quadro descrito acima. E, embora existissem hospitais nas sedes dos municípios, a ausência crônica de profissionais de saúde comprometia gravemente o atendimento. Todavia, na última década do século XX já se esboçavam, no território, duas alternativas interessantes, do ponto de vista da organização destes serviços.

A primeira delas diz respeito aos agentes comunitários de saúde que, escolhidos dentro das próprias comunidades, criaram um compromisso mais efetivo quanto à prestação de atendimento ambulatorial primário. Trata-se de um programa criado e mantido pelo poder público, mas assumido pela população, que, através de seus agentes, ganhou mais um instrumento de pressão política, além de desenvolver mecanismos terapêuticos que envolvem as práticas e técnicas curativas tradicionais.

A segunda alternativa foi a criação de pequenas farmácias para manipulação de espécies medicinais da flora, ligadas à Igreja Católica e localizadas, até 1995, nas sedes municipais de Barcelos e Santa Isabel. Estes núcleos de difusão de técnicas e conhecimentos articulavam os saberes populares sobre estas práticas terapêuticas a um campo do conhecimento científico, a fitoterapia. A grande importância da flora local no arsenal terapêutico popular parece justificativa suficiente para esta estratégia, conquanto a difícil relação entre o sistema oficial e as estratégias populares de cura seja emblemática das dificuldades de aproximação entre visões e padrões culturais bastante distintos.

Deste modo, o território delimitado pelo Médio Rio Negro, que para Carlos Chagas se afigurou, em 1913, como aquele “onde se tem a

impressão exata de um fim da raça, de um aniquilamento lento e contínuo da vida humana” (Chagas, 1972, p. 114), apresenta-se, quase um século depois, como um território onde as permanências e mudanças revelam uma história de resistência e assimilação da cultura cabocla, frente a um mundo moderno, que insiste em penetrá-lo. E onde a esperança permanece.

Referências bibliográficas

- ARRUDA, Mércia E.; GÓMEZ I PRAT, Jordi; VALLE, Suiane. *Da borracha à biodiversidade: revisitando as condições médico-sanitárias no vale dos Rios Acre e Purus, Amazônia, noventa e quatro anos após a expedição da equipe de Carlos Chagas*. Recife: CPqAM / Fiocruz, 2000 [dig.].
- BENCHIMOL, Samuel. *Amazônia, formação econômica e social*. Manaus: Valer, 1999.
- CHAGAS, Carlos. Relatório sobre as condições médico-sanitárias do Vale do Amazonas. In: *Sobre o saneamento da Amazônia*. Manaus: P. Daou, 1972.
- ESTRELLA, Eduardo. *Plantas Medicinales Amazonicas: realidad y perspectivas*. Relatório de Consultor ao Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Quito: 1994.
- LEONARDI, Victor P. de B. *Fronteiras Amazônicas do Brasil: saúde e história social*. Brasília: Paralelo 15, 2000.
- REIS, Arthur Cezar Ferreira. *O seringueiro e o seringueiro*. Manaus: Ed. da Universidade do Amazonas, 1997.
- RIBEIRO, Darcy. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- SANTOS, Fernando S. Dumas dos. *Os caboclos das águas pretas: saúde, ambiente e trabalho no século XX*. Campinas, Unicamp (Tese de Doutorado em História Social), 2003.

Resumo: Este artigo busca compreender a construção, pela população cabocla residente nas áreas rurais do Vale do Rio Negro (Amazônia Brasileira), de suas estratégias terapêuticas, enfeixadas em um conjunto de práticas e saberes oriundos de conceitos de saúde e de doença, histórica e localmente determinados. O universo da cura, presente no território estudado em fins do século XX, estabeleceu-se em um processo que envolveu práticas referenciadas na própria continuidade histórica.

Palavras-chave: Amazônia; etnohistória da saúde; cultura popular; práticas terapêuticas.

Cultural Changes and Health at the Middle Negro River: the Construction of the Caboclo's Strategies Against the Diseases

Abstract: This paper try to understand the construction, by the caboclo people who lives in the rural areas at Rio Negro Valley (Brazilian Amazon), of their therapeutic

strategies, reunited in a conjoint of practices and knowledge became from health and disease concepts historically determined. The cure universe, present at the studied territory in the end of the XXth century, established itself by a process that involved practices countersigned at the owner historical continuity.

Keywords: Brazilian amazon; ethnohistory; popular culture; therapeutic practices.

