

A Comunidade do Pau Rosa/Amazonas e a Relação entre Natureza, Cultura e o Processo Saúde/Doença¹

The Community of *Pau Rosa/Amazonas* and the Relationship between Nature, Culture and the Health/Disease Process

Ana Cláudia Fernandes Nogueira

Cientista Social. Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia. Consultora do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Ministério do Meio Ambiente.

Endereço: Esplanada dos Ministérios, Bloco B, Sala 932, CEP 70068-900, Brasília, DF, Brasil.

Email: a_manauas@yahoo.com.br

Evelyne Marie Therese Mainbourg

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais. Pesquisadora do Instituto de Pesquisas Leônidas & Maria Deane/Fiocruz Amazônia.

Endereço: Rua Teresina 476, Adrianópolis, CEP 69057-070, Manaus, AM, Brasil.

E-mail: evelyne@amazonia.fiocruz.br

¹ Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas – Fapeam.

Resumo

O presente trabalho tem por objetivo compreender o olhar da comunidade do Pau Rosa, localizada na área rural a 30 km de Manaus, Amazonas, sobre o processo saúde/doença e sua relação com a natureza. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como pressuposto que a saúde e a doença fazem parte de um processo construído social e culturalmente (Langdon, 1995). Para o trabalho de campo, foram utilizados os métodos de observação e coleta de narrativas. Os dados foram levantados em três momentos: janeiro de 2007; julho a outubro de 2007; janeiro e fevereiro de 2008. O método de análise dos dados coletados compreendeu três etapas, ou polos cronológicos, de acordo com Bardin (2004). Os resultados mostram que a natureza e o processo saúde/doença se entrelaçam e mantêm um vínculo constante em que a natureza ora é provedora de auxílio e segurança, ora causadora de doenças. Foi portanto possível se verificar que a relação entre a natureza e o processo saúde/doença se organiza num universo constituído de reciprocidades.

Palavras-chave: Saúde/doença; Natureza; Cultura; Narrativas.

Abstract

The objective of the present work is to understand the view of *Pau Rosa* community, located in a rural area, approximately 30 km far from the city of Manaus, State of Amazonas, about the health/disease process and its relationship to nature. It is a qualitative research that is based on the presupposition that health and disease are socially and culturally built (Langdon, 1995). The fieldwork was composed of observations and collection of narratives. The data were collected in three moments: January 2007, July to October 2007, and in January/February 2008. The data analysis method had three stages or chronological poles, in agreement with Bardin (2004). The results show that nature and the health/disease process are intertwined and maintain a constant bond, in which nature sometimes provides aid and safety, sometimes it causes diseases. Therefore, it was possible to verify that the relationship between nature and the health/disease process is organized in a universe of reciprocities.

Keywords: Health/Disease; Nature; Culture; Narratives.

Introdução

São poucos os estudos que procuram estabelecer uma conexão direta entre a relação do ser humano com seu ambiente natural e a influência da cultura, apesar de o debate sobre saúde, cultura e natureza já estar em discussão há décadas no Brasil. A principal vertente em relação ao tema ainda é sobre os impactos ambientais causados à saúde humana e aos problemas relacionados ao crescimento urbano que interferem diretamente na saúde da população.

O quadro de saúde da região amazônica expressa de forma marcante a condição sociocultural da população e a aplicação das políticas de saúde na região. O acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), para as populações amazônicas que não vivem na capital varia em função da localização - sede de município ou zona rural - e do tipo de população; os indígenas, por exemplo, são contemplados por um subsistema de saúde (criado em 1999) articulado ao SUS e organizado de forma hierarquizada a partir das comunidades ligadas a alguns polos-base dentro de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (34 em todo território), com equipes de saúde que se deslocam para realizar ações preventivas e curativas de saúde, enquanto os agentes indígenas de saúde cumprem sua função nas suas respectivas comunidades. O que não é o caso das outras populações rurais que nem sempre têm um posto de saúde nas proximidades e precisam viajar, geralmente, dias e dias de barco para chegar à sede do município, que na maioria das vezes possui um atendimento limitado e de baixa complexidade, seja por falta de equipamentos ou insumos, seja por falta de profissionais de saúde pouco atraídos para trabalhar nesse contexto.

A variação do nível das águas dos rios e as chuvas dificultam as viagens na Amazônia, assim como a falta de pavimentação das estradas e ramais, como no caso da área de estudo desta pesquisa. Esta situação influencia na maioria das vezes os itinerários terapêuticos dessa população que não deixa de usar os recursos terapêuticos oferecidos pelo ambiente natural onde vive nem de recorrer ao saber de terapeutas tradicionais de diversos tipos.

Dentro da perspectiva do Governo Federal já houve vários acenos na direção de se construir políticas públicas que pensassem de forma interministerial e bus-

cassem um diálogo entre os vários campos do saber. Como exemplo do avanço no diálogo entre ambiente e saúde podemos citar o Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável (PNSADS), lançado em 1995 pelo Governo Federal. No entanto, este plano não foi desenvolvido e acabou arquivado pelo Ministro da Saúde do governo seguinte.

A compreensão do olhar de populações rurais que moram na região amazônica quanto ao processo saúde/doença e à natureza que as circunda nos permite entender melhor, entre outras coisas, a cultura e o saber local dessas populações. E é por meio da identificação de suas práticas de cura, suas formas de enfrentamento das doenças e suas formas de cuidado, que poderemos reconhecer como é estabelecida a relação entre o ser humano e a natureza.

O homem rural amazônico, ou ainda o camponês ou neocamponês, como chamam Adams e colaboradores (2006), possui um estreito relacionamento com a natureza.

As sociedades “não urbanas” contemporâneas da Amazônia podem ser divididas, *grasso modo*, em sociedades indígenas, camponeses “tradicionais” ou históricos (caboclos), oriundos da incorporação colonial da região amazônica, e os neocamponeses que, desde a década de 1970, têm migrado como parte das políticas governamentais de ocupação da Amazônia... (p. 15).

O seu modo de vida é baseado na exploração geralmente de forma sustentável (mas nem sempre) de recursos naturais que não são valorados no mercado, colocando-o à margem do desenvolvimento econômico. Seus laços familiares e inserção numa rede de relações sociais são importantes num ambiente que é isolado. Adams, Murrieta e Neves falam de uma relativa invisibilidade sociopolítica (op. cit.). É a natureza que na maioria das vezes lhe provê a sobrevivência e lhe serve como fonte de cura para diversos agravos à sua saúde. Por isso, grande parte da população que habita áreas consideradas endêmicas pelas instituições oficiais de saúde não pensa em sair delas,

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 saberes sistematizados consolidaram-se em seus costumes, destacando-se o uso dos “remédios do mato” como um dos seus traços mais marcantes (Santos, 2003, p. 227).

Neste sentido, para a execução e a tomada de decisão dos atores responsáveis pelos programas de governo, na elaboração das políticas públicas locais de saúde, são necessários o entendimento e a reflexão sobre as formas de percepção da natureza e do processo saúde/doença das populações que são alvo dessas políticas. Compreender este olhar é de suma importância para que os construtores destas políticas de saúde possam pensar suas ações para a Amazônia numa perspectiva interdisciplinar.

Material e Método

O principal objetivo desta pesquisa contemplava compreender o olhar sobre o processo saúde/doença da população que reside na comunidade do Pau Rosa, assentamento Tarumã Mirim, município de Manaus, Amazonas, a partir do entendimento da relação que esta população possui com a natureza que a circunda, e da forma como a cultura media essa relação; atendendo a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas.

Para se ter êxito com esta compreensão, foi necessário: verificar como a cultura age como mediadora da relação entre o homem e a natureza no cotidiano da população; identificar as práticas socioculturais de enfrentamento das doenças; descrever a partir de narrativas as formas de cuidado com a saúde que traduzem a cultura dessa população e sua relação com a natureza.

Os métodos de pesquisa deste trabalho foram a coleta de narrativas e a observação direta (tendo sido obtidos a carta de anuência e o termo de consentimento livre e esclarecido). A escolha por esses métodos qualitativos de pesquisa deu-se em razão do interesse pelo cotidiano da comunidade, pelo emprego da observação de primeira mão e das narrativas abertas e, enfim, por considerar-se que,

A metodologia qualitativa é aquela que incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. O estudo qualitativo pretende apreender a totalidade coletada visando, em última instância, atingir o conhecimento de um fenômeno histórico que é significativo em sua singularidade (Minayo, 1994, p. 10).

O método de análise dos dados coletados compreendeu três etapas ou polos cronológicos como chama Bardin (2004): a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A partir da observação da vida na comunidade, feita através de visitas que duraram três meses, foi possível perceber cenários e situações do cotidiano dos entrevistados. Por meio das narrativas foram descritas as experiências vividas, o que trouxe à evidência a forma como é estabelecida a relação do grupo estudado com a natureza circundante.

Resultados e Discussão

O assentamento Tarumã Mirim

O Projeto de Assentamento Tarumã Mirim (PA - Tarumã Mirim) foi criado pelo Incra, através da Resolução nº 184, de 20 de agosto de 1992, estando este imóvel inserido no Projeto Fundiário Manaus da década de 1970. O PA - Tarumã Mirim situa-se a aproximadamente 21 km da área urbana de Manaus. Seu acesso dá-se tanto por via terrestre quanto por via fluvial, e a distância da margem esquerda da rodovia BR-174 é de 8 km. Sua capacidade de assentamento de unidades agrícolas é de 1042 famílias. O PA - Tarumã foi criado em uma área arrecadada em nome da União e que já era parcialmente ocupada antes mesmo do Incra.

Antes da criação do assentamento em 1992, residiam aproximadamente dez famílias na área onde é hoje a comunidade do Pau Rosa. Esses moradores antigos contam que, para chegar ao Pau Rosa, atravessavam o igarapé Tarumã Açu a nado ou de canoa em épocas de cheia, e a pé por dentro da água, em épocas de seca. Em meados de 1980, a fim de melhorar o acesso pelo ramal, alguns moradores resolveram construir uma balsa com camburões e

pranchões de madeira, que aguentava a passagem de até um caminhão, principalmente para aqueles que saíam da antiga usina de beneficiamento de pau rosa existente na época (origem do nome da comunidade).

A comunidade e os moradores de Pau Rosa

A população residente na comunidade do Pau Rosa é formada em sua maioria por pessoas oriundas de outras áreas do interior, seja do Amazonas ou não. No entanto, grande parte dessas pessoas passou um período morando em áreas urbanas. Vários são os motivos para este fato, mas grande parte desse êxodo rural deveu-se ao empobrecimento econômico do campo e ao atrativo financeiro que passou a caracterizar os grandes centros urbanos. No caso de Manaus, a criação de uma área de livre comércio - a Zona Franca de Manaus - trouxe a oferta de empregos e a possibilidade de melhoria das condições de vida por meio da geração de renda.

No entanto, muitas dessas pessoas que hoje residem na comunidade do Pau Rosa não encontraram na área urbana do município de Manaus a oportunidade que esperavam devido à falta de qualificação profissional, à idade acima de 30 anos, e ao desemprego ocorrido em consequência da crise passada pela Zona Franca de Manaus na década de 1990. Como muitas dessas pessoas já tinham vivência anterior com práticas agropecuárias e até mesmo com o extrativismo, a possibilidade de retornar à zona rural com a garantia da propriedade da terra lhes foi uma oportunidade importante:

Tenho 71 anos de idade. Eu vim pra cá [o Amazonas] por causa da família. Meus filhos já tinham vindo, e aí acharam que era melhor, aí nós vínhamos. Outros queriam estudar, outros queriam servir, melhorarem de vida né, aí me arrastaram, só ficou eu e a veia lá, aí me arrastaram. Eu vendi o meu lugar lá e vim pra cá. Cheguei aqui. A função que eu queria não deu, que foi emprego né, e aí resolvi ir pra zona rural, procurei o Incra. Me informei de um lado pra outro, e aí cortaram essa terra aqui e eu vim pra cá (Comunidade do Pau Rosa). Aonde me sentaram eu fiquei. Ainda hoje tô, porque eu gosto da zona rural (Entrevista 004, 71 anos, masculino, morador há mais de oito anos, oriundo da zona rural).

O processo saúde/doença, a natureza circundante e o saber local

O processo saúde/doença não é um fenômeno isolado, explicável unicamente a partir de conceitos biológicos. O sentir-se doente ou com saúde é um processo vivido, permeado por relações diretas do indivíduo com seu ambiente físico e sua cultura. Como afirma Langdon (1995), o processo saúde/doença é uma construção sociocultural,

A doença é melhor entendida como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores. A doença não é mais um conjunto de sintomas físicos universais observados numa realidade empírica, mas é um processo subjetivo no qual a experiência corporal é a medida da cultura (p. 99).

Definições mais flexíveis, de saúde ou de doença, consideram múltiplos aspectos causais da doença e da manutenção da saúde, tais como fatores psicológicos, sociais e biológicos. A história da saúde e da doença é, desde os tempos mais longínquos, uma história de construções de significações sobre a natureza, as funções, a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente (Gonçalves, s/d).

Como ser social o homem apreende, incorpora conhecimentos e experiências acerca do processo saúde/doença através de sua integração social ao meio em que vive, transformando os significados apreendidos em significantes que ele irá incorporar em suas práticas de auto-cuidar/tratar. Para Nunes (1987), “as noções de saúde e doença não são as mesmas na cidade e no campo, no norte e no sul. São influenciadas por fatores culturais, pelas condições de vida, pelo clima, pelas atividades econômicas dominantes, etc.” (p. 233).

Pressupõe-se, portanto, que o processo saúde/doença é um sistema simbólico público, centrado nos atores que o usam para interpretar seu mundo e agir nele, de forma também que o reproduzam (Langdon, 1994). Neste sentido, não se deve tratar a saúde e a doença como categorias fixas, mas como um processo.

Se a cultura representa a organização da experiência e da ação humana por meios simbólicos (Sahlins, 1997) traduzindo uma visão de mundo que

guia seus membros em o que devem fazer e o porquê devem fazer, a questão do processo saúde/doença está inserida nesta visão do mundo. Este processo faz parte das preocupações universais da vida humana; porém cada cultura desenvolve métodos e papéis “congruentes” com seus recursos e estruturas para adaptar ou responder a uma experiência da doença (Santos, 2003).

“Ao pensar sobre saúde e doença, os indivíduos estão pensando sua relação com os outros, com a sociedade, com a natureza e com o mundo sobrenatural” (Victora e col., 2000, p. 21). A promoção da saúde humana também perpassa pelo reconhecimento de como a natureza pode influenciar no agir e no pensar do indivíduo. Portanto, a compreensão do processo saúde/doença pode ser a medida da efetividade com que os grupos humanos combinam recursos biológicos e culturais para se adaptarem ao seu ambiente.

Durante muito tempo, o ocidental concebia a natureza de forma etnocêntrica, em uma ordem objetiva, a ser descrita segundo as ciências naturais. Seu significado diverso era dado segundo um modelo linear meta e intra ou supraorgânico (Foladori e Taks, 2004).

Nos séculos XX e XXI, diversas linhas teóricas buscam, entre outras coisas, a melhor compreensão sobre a relação natureza e cultura. Isto nos permite identificar ora tendências que defendem uma ruptura entre essas duas categorias, ora defesas acerca de sua integração. Para Lévi-Strauss (1982), “o homem é um ser biológico ao mesmo tempo que é um indivíduo social [...] e a cultura não pode ser considerada nem simplesmente justaposta, nem simplesmente superposta à vida” (p. 41-42). Por outro lado, de acordo com Gaston Bachelard apud Bulcão (2006), podemos enumerar algumas proposições acerca da tese desta não integração: não podemos alegar a superioridade do natural sobre o cultural; o homem é bom por seu poder cultural; a natureza pura não existe; o homem como ser cultural é capaz de construir caminhos que lhe permitam viver uma nova forma de relação com a natureza; e é impossível a integração plena entre o homem e a natureza.

No entanto, a relação entre natureza e cultura varia culturalmente, assim como suas noções, pois cada cultura discute de maneira diferenciada os

termos desta oposição, ou não oposição, já que algumas sociedades não estabelecem uma ruptura entre natureza e cultura. Como afirma Rodrigues, “toda sociedade volta-se para a natureza em busca de elementos escolhidos para representar as frações e as relações sociais; procura nela os significantes do sistema” (2006, p. 28).

A natureza compreende a cultura; esta é parte e também certa modalidade de expressão da natureza (Lima, 1999). A integração de natureza e cultura propõe uma reflexão sobre onde acaba a natureza e onde começa a cultura. Processos devastadores de homogeneização de determinadas culturas têm contribuído para separar o homem da natureza, havendo não somente perda de identidades coletivas, mas de grande parte do sentido histórico de cada sociedade, que tem sua cronologia ligada, em grande parte, à sua relação com a natureza,

Não é uma questão simples. De um lado há o fato de que, durante a tradição judaico-cristã e mais ainda desde o nascimento da ciência moderna no século XVII, o homem se considera mestre e senhor da natureza, considera que ela é sua, que pode fazer com ela o que bem entender. Essa atitude criou uma espécie de fosso entre a racionalidade e a ordem natural, que se tornou apenas objeto, um instrumento, e não um interlocutor (Lévi-Strauss, 1989).

Neste sentido, portanto, podemos refletir que um dos grandes obstáculos na construção de políticas públicas de saúde mais integradoras é a dificuldade por parte dos gestores públicos de compreender o sentido de pertencimento que as populações possuem com o lugar onde moram principalmente no caso das populações amazônicas, pois há uma relação cultural entre elas e seu ambiente físico.

A relação do homem rural amazônico com a natureza que o circunda possui peculiaridades que demonstram: sua forma de perceber-se com saúde ou com doença, sua cultura, suas estratégias de vivência no ambiente e os hábitos que o acompanham. Neste sentido, pode-se afirmar que as formas diferenciadas de relacionar-se com a natureza, e o fato de a cultura influenciar nesta convivência, tornam o processo saúde/doença do amazônico de difícil acesso às macropolíticas de saúde. Portanto, responder a questões como: “Culturalmente, o que

é estar doente para esta população?” “Como ocorre a dinâmica sociocultural de enfrentamento das doenças em determinado contexto ambiental?” podem contribuir de maneira significativa para a melhoria das ações de saúde, diminuindo a distância entre os programas de saúde e a realidade vivida por uma população acostumada a ter na natureza sua base cultural, social e econômica.

O olhar sobre saúde/doença e a cultura

Culturalmente, estar doente para o grupo estudado é não estar alimentado, não poder trabalhar ou perder a alegria: “estar doente acaba tudo”; e estar com saúde é ter disposição, não ter sua rotina de trabalho alterada ou prejudicada. Muitas vezes, mesmo acometidos de doenças “graves” como a malária, a maioria dos entrevistados não se sentiu intimidado a ir trabalhar, como mostrou o entrevistado de número 07, que, mesmo com malária, estava no roçado no dia da entrevista. Neste sentido a cultura deve ser considerada “não um complexo de comportamentos concretos, mas um conjunto de mecanismos de controle, planos, receitas, regras, instruções para governar o comportamento” (Geertz apud Laraia, 2007, p. 62).

Um dos problemas postos pelas ciências sociais aos programas de saúde pública, em relação à população amazônica, é a questão de como determinadas populações constroem sua vida em áreas endêmicas de doenças como malária ou leishmaniose, e não sentem vontade de deixar esses lugares:

A experiência da doença é moldada culturalmente, o que determina a maneira como percebemos e como buscamos superá-la. Podemos dizer que nós literalmente “aprendemos a ficar doentes”, de acordo com nosso meio social, que influencia diretamente a forma como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de cura à nossa disposição (Kleinman, 1980 apud Oliveira, 2002).

No caso pesquisado, a necessidade - definindo-a como a necessidade básica de habitação, renda, entre outras - não é o principal motivo para a manutenção do homem na área de estudo. Existem outras explicações. Questões que se sobrepõem à ideia de que “não há alternativa, por isso estou aqui”, ou “só vivo aqui porque preciso”. Como afirma Benedict (2007)

“a cultura é uma lente através da qual o homem vê o mundo”.

O uso de narrativas como técnica de coleta de dados possibilitou a compreensão de como a cultura assume o papel de mediadora entre o homem e a natureza. As narrativas sobre histórias da mata, por exemplo, mostraram, por meio de sua forma simples de narração, como o homem se comporta frente à natureza e o que ela representa. No trecho abaixo o entrevistado tenta dar uma explicação sobre as histórias contadas pelos trabalhadores que estavam abrindo o ramal da comunidade, acerca da existência de assombração em seu terreno:

Eu tô aqui estes anos todinho. Eu desço aí no açude, qualquer hora da noite, qualquer hora da madrugada. Tá chovendo, eu vou lá pra ver se tá transbordando; e eu nunca vi nada disso [a história de dois pretinhos que apareceram para os trabalhadores que estavam abrindo o ramal]. Eu acho o seguinte: O pessoal conta que existe. Tem a mãe do rio, tem a mãe da mata, tem as coisas todas. Então eu acho o seguinte: se este terreno é meu, foi uma coisa mandada por Deus eu ter este terreno aqui. Se este terreno é meu, eu acho que este é um tipo de proteção, quando eu não tô que chega alguém, tem alguém diferente aqui em casa, eu não sei porque mas aparece pra essas pessoas. Mas a gente acha que seja assim, um guardião da floresta, como quem diz assim: Olha, não encosta aqui, você não é o dono (Entrevista 01, 55 anos, homem, morador há mais de oito anos, oriundo da zona urbana).

Para entender a fala acima, faz-se necessária a busca da significação das ações ou dos eventos descritos para aqueles que a conta. Então, o que faz sentido nestas narrativas? O que elas traduzem? Sabemos que a cultura está repleta de símbolos e significados voltados para o meio ambiente físico e, como afirma Loureiro (1995), “na cultura amazônica predomina o imaginário presente na identidade cultural cabocla” (p. 55).

A narrativa apresentada traduz a forma como a cultura é mediadora da relação do homem com a natureza; relação que, durante muito tempo, ora foi baseada na submissão do homem à natureza, ora o inverso. Poderíamos dizer que o que compreendemos agora, diante das narrativas coletadas, é que o grupo

estudado não está acima nem abaixo da natureza que o circunda; mas mantém com ela uma íntima relação que não perpassa pela tese de quem domina quem, mas de uma interdependência. Como afirma Soares (2003) “a cultura surgiu na natureza e dela nunca poderá ser independente, mas a humanidade, [...] relaciona-se com a natureza através dos objetos e das significações criadas na e pela cultura” (p. 21).

A expressão de uma determinada cultura e a forma de explicação desses grupos sociais são o que vai justificar ou validar o que faz sentido para eles: “A mata tem dono”. Esse dono, não sou eu, nem o outro, mas alguma coisa que, ao mesmo tempo em que não pode ser vista, pode ser sentida, pode ser experimentada.

Neste contexto, afirmações como: “existe muita coisa na natureza, o bom e o ruim”, “eu, quando ando na mata, ando com todo respeito, chego num poço de água eu peço licença”, permitem interpretar as formas como o sistema cultural deste grupo se manifesta. Geertz (2004) afirma que o saber local se baseia na vida como um todo, o mundo é sua autoridade, ou seja, é o que se vive, o que se aprende.

A maneira como tudo é interpretado e traduzido permite a elaboração de um conhecimento onde há convivência entre as diversas formas de saberes. E mais: este conhecimento gera instrumentos que tornam o grupo capaz de conviver com a natureza que o circunda.

A relação do homem com a natureza, no grupo estudado, é baseada numa espécie de vínculo onde ambos têm algo a oferecer, como uma “via de mão dupla”. Esta relação é que estabelece as formas de tratamento, a convivência e a forma de externalizar a cultura do grupo, além de identificar como se dá o processo saúde/doença na comunidade, principalmente quando os agravos são ligados diretamente com a natureza.

Outra questão interessante sobre a relação do homem com a natureza, neste grupo, pôde ser percebida quando, em vários trechos de narrativas, alguns entrevistados diziam que em seu lote não havia problemas de doenças como malária ou leishmaniose (apesar da área ser considerada endêmica pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas):

Eu não tive problema de malária aqui. Eu não tive problema. Eu tô com dez anos aqui, e não tive

problema nenhum de malária, nenhum outro tipo assim. A gente tem acidente assim né: eu cortei a perna com motor serra, tive problema de apendicite; mas problemas de doenças tropicais, certas doenças assim eu não tive problemas (Entrevista 01, 54 anos, homem, morador há mais de oito anos, oriundo da zona urbana).

Você sabe que vai fazer dez anos que eu tô aqui e nunca peguei malária e ninguém da minha casa, graças a Deus. Meu Deus obrigado por isso. Ninguém. Toda vez que o rapaz da malária vem aqui, todo mundo tem que furar o dedo. Aí eu digo assim: Eu quero furar meu dedo porque essa noite eu senti uma dor de cabeça. Eu não sei se essa malária já tá incubada (risos). Ele fura; não dá nada (Entrevista 005, 68 anos, mulher, moradora há mais de oito anos, oriunda da zona urbana).

Neste sentido, as falas acima não devem ser encaradas como desconhecimento dos problemas de saúde, mas como uma forma de valorização da sua propriedade e uma estratégia de enfretamento do problema. Estas pessoas partem do seguinte pensamento: “se eu nunca tive doença nenhuma, nem meus familiares, é porque o problema não existe aqui!”. Isto não significa ignorância, no entanto que,

O estoque de conhecimento que utilizo para me orientar na situação e resolver os problemas que me confrontam é heterogêneo. [...] A configuração que o estoque de conhecimento assume a cada momento é determinado pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance, é o interesse prático que dita o que é relevante ou não na situação (Alves e Rabelo, 1998, p. 15).

Na comunidade do Pau Rosa pôde-se identificar, por meio das narrativas, que a natureza é percebida de três formas. Primeiro, ela é apresentada como aquela que provém os recursos necessários para a sobrevivência, como alguns alimentos, a madeira, os remédios etc.: “Diariamente eu tô fazendo aqui é meu campo. Eu faço uma hortazinha, cuido de um cheiro-verde, planto uma cebola, planto uma macaxeira, faço a minha farinha, vendo um cacho de banana” (Entrevista 04, 71 anos, homem, morador há mais de oito anos, oriundo da zona rural).

A outra forma é reconhecer a natureza como causadora de doenças, principalmente se o homem não respeitar os limites dele em relação a ela: “a malária é do rio, da vazante” (Entrevista 07, 62 anos, homem, morador a mais de oito anos, oriundo da zona urbana). A terceira forma de como a natureza é percebida diz respeito ao lugar para se viver: “Eu continuo aqui porque eu gosto. Eu não tô na cidade porque eu não quero, porque eu gosto do mato mesmo” (Entrevista 02, 59 anos, mulher, moradora há mais de quinze anos, oriunda da área rural).

O homem, seja ele rural ou urbano, tece sua teia de significados e interpreta seus sentidos da melhor forma possível, a fim de sobreviver, prover sua família, enfim, estar no mundo. São essas ações e aprendizados que constroem a identidade de determinado grupo social. Portanto, essa construção não depende somente da sua vontade, mas de todo um arcabouço de saberes sobre si e sobre a natureza que o circunda.

A cultura é construída com a história do indivíduo e do grupo no qual está inserido. Assim sendo, podemos afirmar que, como herança cultural, mesmo que a maioria dos moradores da comunidade não tenha nascido no local, o grupo estudado possui estratégias de enfretamento das doenças baseadas no que foi vivido em outras áreas rurais e até urbana e junto a pessoas mais velhas.

O modo como as pessoas buscam na natureza recursos para resolver os problemas relacionados à doença - o uso de cascas de árvores medicinais, por exemplo - é mostrado por meio de várias estratégias. Estas, por conseguinte, externalizam as formas de o grupo perceber a natureza e conviver com ela. Quais são as possibilidades de enfretamento da doença numa área que apresenta condições naturais e artificiais que contribuem para o seu aparecimento? Ora, mesmo que o PA - Tarumã Mirim seja considerado pela vigilância sanitária estadual e municipal como uma área endêmica de malária, foi possível observar que a presença do vetor desta doença não é fator suficiente para que a população entrevistada se sinta desta forma submetida a algum tipo de risco. O entendimento que se tem é que o “dá pra resolver”, “a gente se cuida” demonstram que a crença nas práticas vai resolver certos problemas de saúde, inclusive a malária.

A técnica da coleta de narrativas propiciou neste trabalho instrumentos que forneceram pistas acerca do sentido do mundo vivido, “idiomas culturais” diversos que organizam percepções e práticas de diferentes sociedades sejam urbanas, rurais ou outras (Souza e Rabelo, 2000). As formas de se buscar evitar ou tratar a doença numa comunidade rural expressam muito mais que a identificação de remédios caseiros, mas a maneira como a natureza é sentida e vivida por estas pessoas. A prática de enfrentamento da doença expressa a maneira como o grupo estudado compreende e se engaja nas situações a que está sujeito:

Aqui a gente usa muito remédio caseiro, xarope, essas coisas que eu faço (Entrevista 02, 59 anos, mulher, moradora a mais de quinze anos, oriunda da área rural).

As doenças que eu tive fui muito bem tratado com remédio do mato mesmo (Entrevista 04, 71 anos, homem, morador a mais de oito anos, oriundo da área rural).

Eu uso remédio por demais. Eu faço chá de saracura-mirá, de xixuá, de sacaca (Entrevista 07, 62 anos, homem, morador a mais de oito anos, oriundo da zona urbana).

Durante as entrevistas foi possível adentrar no mundo dos entrevistados e perceber que contar as práticas de cura é muito mais que repassar receitas. É também falar sobre sua história, seus sentimentos em relação ao lugar onde vivem, sobre sua sabedoria. Estas experiências permitem refletir sobre o fato de que a população não está alheia às problemáticas de saúde, mas que, conhecendo-as e entendendo-as, torna-se apta a viver nestas localidades. No entanto, é também importante ressaltar que as práticas de cura não se dão somente no campo do conhecimento tradicional. Há por parte da população o conhecimento de que, em determinadas situações, é necessário procurar o serviço de saúde implantado na comunidade ou ir até a zona urbana.

Compreender as práticas de cura do ponto de vista do grupo estudado permite identificar que todas as formas de cura não medicalizadas pela biomedicina estão relacionadas com o que é oferecido pela natureza. Esta visão demonstra hábitos aprendidos num processo de experiência vivido por estas pes-

soas, sejam elas nascidas ou não em áreas rurais. Durante o trabalho de campo, foi possível observar que na maioria das casas dos entrevistados não havia medicamentos industrializados, e os que foram identificados eram usados para o controle da pressão arterial, os reumatismos e para o tratamento da malária, e tinham sido dados pelo agente de saúde. No entanto, havia com bastante frequência garrafas de plástico contendo cascas de árvores em cima do batente das janelas; cascas de laranja penduradas; alguns tipos de sebos ou banhas; folhas secas amarradas umas às outras; entre outras.

Vale frisar que a comunidade é formada por uma população heterogênea em relação a sua origem, com pessoas vindas de áreas interioranas e de zonas urbanas. Mas mesmo com essas diferenças de origem não percebemos diferenças de comportamento frente à natureza. Dos treze trabalhadores rurais entrevistados, cinco sempre moraram em áreas urbanas, apesar de dois serem oriundos de cidades menores que Manaus. Três dos entrevistados são oriundos de áreas rurais, mas trabalharam mais de dez anos na área urbana de Manaus antes de vir para o assentamento, e os demais sempre moraram em área rural.

O conhecimento detido por estas pessoas pode ser reconhecido como senso comum, o que para Geertz (2004) refere-se a um sistema cultural, embora às vezes não muito integrado, que se baseia nos mesmos argumentos em que se fundamentam outros sistemas culturais semelhantes. Ainda segundo este autor:

Se quisermos demonstrar, ou mesmo sugerir que o bom senso [saber local] é um sistema cultural, e que ele possui uma ordem única, passível de ser descoberta empiricamente e formulada conceptualmente, não o faremos através de uma sistematização de seu conteúdo, pois este é profundamente heterogêneo, não só nas várias sociedades, como em uma mesma. O único procedimento que nos resta, portanto, é o de tomarmos o desvio específico de evocar o som e os vários tons que são geralmente reconhecidos como pertencentes ao senso comum, aquela ruazinha paralela que nos leva a construir predicados metafóricos para podermos lembrar às pessoas aquilo que já sabem (p. 139-140).

Para Geertz a cultura é um sistema simbólico. Neste sentido, não existe um homem ideal, mas uma variedade cultural que contrasta com a unidade da espécie humana (Laraia, 2007). A compreensão das práticas de cura nos fornece fortes argumentos de que a relação entre o homem e a natureza é mediada pela cultura na qual ele está inserido, pois ela também traz em seu bojo informações sobre diferentes pontos de vista, diferentes percepções e compreensões acerca do que é a natureza.

A maioria das doenças explicadas pelo grupo estudado possuía uma estreita ligação com a natureza. Chamamos de “doenças explicadas” as que dizem respeito àquelas que podem ser entendidas desde a forma de contágio até o tratamento e a cura. São doenças que foram apreendidas no dia a dia, sendo possível “diagnosticá-las”. É evidente que muitas dessas explicações estão permeadas não somente pela cultura da medicina tradicional do homem rural amazônico, mas também pela cultura da biomedicina, ouvidas diretamente ou transmitidas. No entanto, “é sob os ângulos das propriedades comuns que chegamos mais facilmente às formas de pensamento que nos parecem muito estranhas” (Lévi-Strauss, 2007, p. 25).

Grande parte das pessoas que residem na área rural é sabedora, além das práticas de cura, das formas como se contraem determinadas doenças e de como evitá-las. Mas a compreensão desta questão é bastante delicada, principalmente do ponto de vista de quem acredita que, em determinados momentos, o homem se põe em situações de risco propositadamente. Sendo assim, o que pôde ser entendido é que não há uma intencionalidade em, por exemplo, tomar banho de igarapé às sete horas da noite numa área endêmica de malária, porque, como afirma Jackson (apud Rabelo e col., 1999, p. 11), “o conhecimento através do qual se vive não é necessariamente idêntico ao conhecimento através do qual se explica a vida”.

Alguns conjuntos de palavras como: “leishmaniose, malária e desmatamento”, “água empoçada”, “na folha o bicho desova” e “tudo tem horário”, mostram de forma prática o conhecimento acerca de como se “pega” determinadas doenças. Como afirma Rodrigues (2006), “desde que é fundamentalmente concebida, a sociedade não é simplesmente

uma ‘coisa’, mas uma construção do pensamento. As relações sociais envolvem crenças, valores e expectativas tanto quanto interações no tempo e no espaço” (p. 18).

O processo saúde/doença na comunidade do Pau Rosa reflete a relação direta existente entre a natureza e as formas de conviver com ela, formas que são demonstradas em comportamentos e falas:

Às vezes eu paro cedo, às vezes é seis horas. Escurecendo é que eu venho. Não tenho medo de pegar malária. Peguei muita malária no Juruá. Aqui eu tô com vinte anos. Graças a Deus, nunca mais peguei malária. Passo semanas pelos matos, bebo qualquer água, como o que aparecer. Graças a Deus, até hoje, nada (Entrevista 10, 65 anos, homem, morador há mais de quinze anos, oriundo da zona rural).

A maioria da população não está alheia às condições naturais impostas a ela diante de uma natureza que pode afetar diretamente sua saúde. É o que pode ser chamado de lógicas particulares, articulações feitas a partir de situações experimentadas ou observadas: “porque aqui dá malária eu tenho que ir embora?” (entrevista 07, 62 anos, homem, morador a mais de oito anos, oriundo da zona urbana). Esta pergunta foi feita por um entrevistado quando falava sobre seu primo, que mora no município do Castanho, Amazonas, e que já esteve doente de malária mais de dez vezes. É como se ele dissesse: “Eu sei que a natureza às vezes pode ser ‘perigosa’, mas eu preciso também aprender a conviver com isso, com as minhas limitações. Afinal doença tem em todo lugar”.

São as concepções de vida, uma teia de estratégias, que dão sentido e significado, que estabelecem normas de comportamento à ideia do “eu posso me proteger”. Não há falta de conhecimento sobre as condições de moradia por parte do grupo estudado, porque mesmo que a maioria das pessoas do grupo tenha baixa escolaridade, em todas as narrativas foi constatado o entendimento quanto à situação endêmica da área. Por certo, não foram colhidos depoimentos científicos acerca da transmissão da malária ou da leishmaniose, por exemplo; mas cada um dos entrevistados sabia as formas de transmissão e qual relação as doenças citadas tinham com a natureza:

Menina, eu acho assim: antes da gente fazer esses bueiros que colocaram aqui quando foram fazer o ramal, que o daqui tá num igarapé morto, mas os outros daqui nenhum tá no igarapé, eles põem, por exemplo, um metro de distância do igarapé como daqui pra lá, aí entope com a água, aí vai caindo folha seca tudinho, ali o bicho desova né. Eu fui falar pro homem aí. Ele disse: aqui quem manda sou eu. Não senhor. O senhor pode mandar, mas aqui quem mora é nós. O senhor vai fazer essa metragem todinha longe do igarapé, isso vai empossar o igarapé, e vai dá malária, dengue. (Entrevista 02, 59 anos, mulher, moradora há mais de quinze anos, oriunda da zona rural).

As práticas de cura ligadas à natureza são comuns em áreas rurais, e fora delas também. Elas constituem uma alternativa de tratamento e ao mesmo tempo retratam uma forma de o homem sentir-se como parte integrante da natureza, como se ela fosse a extensão do seu quintal ou terreiro. O entendimento de que “eu posso ficar doente se não seguir o regulamento” é um aspecto visto em todas as falas, e este aspecto retrata uma consciência sobre o lugar onde se vive.

Mas ao mesmo tempo em que a natureza pode causar doenças, também pode curar. Ela também é um agente que possibilita alívio ao sofrimento. E no que pesa na balança, o ônus de se “pegar” qualquer enfermidade relacionada à natureza, em relação às vantagens que ela oferece, esta última é muito maior: “lá em Manaus não tem condição de viver”; “eu gosto do mato mesmo”; “eu sou bicho do mato”; “a natureza é amanhecer o dia com o cantar dos passarinhos”.

As formas de cura ligadas à natureza possuem lógicas particulares que se sustentam e se legitimam quando são embasadas em crenças, valores e experiências positivas de sua ação. À medida que o indivíduo vai conhecendo e reconhecendo o ambiente em que vive, ele se torna apto a relacionar-se com este ambiente, percebendo, portanto, suas limitações e adquirindo instrumentos que irão garantir-lhe uma convivência menos penosa para si. Esses instrumentos são as práticas de cura aprendidas e o respeito ao “espaço da natureza” que leva o homem a reconhecer que a natureza também pode fornecer

doenças. Os instrumentos utilizados para vivência próxima à natureza podem ser identificados como importantes estratégias para a manutenção da qualidade de vida da população.

O processo de cura que diz respeito às estratégias do cuidar da saúde e do tratar a doença é intrinsecamente articulado ao processo saúde/doença. São etapas do mesmo processo não somente a percepção quanto ao estar ou não doente, mas também as formas de enfrentamento da doença, de tratamento e de cuidado para com o doente.

Considerações Finais

As três formas de percepção da natureza pelo grupo estudado (a que provém os recursos, a que causa a doença e a de natureza como lugar para se viver) foram compreendidas nesta pesquisa sob dois aspectos como “entidade viva” e fonte de recurso. Estas duas compreensões foram identificadas principalmente quando se verificou que nas narrativas analisadas o termo ambiente aparece somente quatro vezes e sempre com a conotação de espaço, por exemplo: “a vida no interior ajuda a saúde, porque, pelo menos, a gente não tá naquele ambiente quente dentro de casa” (entrevista 11, idade 75 anos, homem, morador há mais de quinze anos, oriundo da zona urbana). Enquanto a expressão natureza é citada trinta e duas vezes, sempre se referindo à mata, à floresta, sendo apresentada como “entidade viva” e fonte de recurso, por exemplo: “desde pequeno eu convivo com a natureza. Eu nasci e me criei no interior, na natureza” (entrevista 07, idade 62 anos, homem, morador há mais de oito anos, oriundo da zona rural).

A partir do saber local do grupo rural amazônico estudado, pode-se reconhecer que a relação do homem com a natureza é mediada pela cultura em que ele está inserido. Esta relação é demonstrada por meio do processo saúde/doença em que foi possível evidenciar a influência direta da natureza nas formas de o homem enfrentar as doenças e perceber-se doente ou com saúde.

Tomando o grupo estudado como exemplo, evidenciou-se que o homem rural amazônico cria, a partir do seu estoque de conhecimentos, instrumentos que lhe permitem conviver com a natureza que o circunda e se adaptar a ela. Uma das formas

desta adaptação é a que chamamos de enfrentamento das doenças. Este enfrentamento gera, de acordo com cada situação, determinadas condutas terapêuticas.

Não se deve caracterizar a relação do homem rural amazônico como um todo a partir do que foi compreendido na comunidade do Pau Rosa, mas podem-se enxergar neste grupo características que extrapolam os limites da comunidade. O conceito cultural para Geertz (1989) denota um padrão de significados transmitidos historicamente, demonstrado por meio de símbolos, um sistema de concepções herdadas e expressas de forma simbólica por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.

Por tanto, em se tratando de como a compreensão do processo saúde/doença, a partir da relação entre homem e natureza pode melhorar a qualidade de vida da população amazônica que reside em áreas rurais, tem-se a convicção de que os programas de saúde para a Amazônia precisam de um olhar interdisciplinar, um olhar que permita enxergar este homem como um grande estrategista dotado de diversos saberes.

Almeja-se que o resultado deste trabalho contribua para as discussões interdisciplinares acerca da problemática de saúde na Amazônia e auxilie em suas reflexões. É sabido da urgência em se encontrar instrumentos eficazes no controle de várias endemias. No entanto, também é necessário entender que, sem a compreensão do modo como o amazônida se relaciona com a natureza, sempre se estará olhando a saúde na Amazônia de uma maneira uniforme e não multifacetada. Para a formulação das políticas públicas de saúde para a Amazônia, são necessárias discussões interdisciplinares pautadas no homem amazônico e sua cultura.

Referências

- ADAMS, C.; MURRIETA, R.; NEVES, W. (Org.). *Sociedades caboclas amazônicas: modernidade e invisibilidade*. São Paulo: Anablume, 2006.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. (Org.). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BENEDICT, R. *O crisântemo e a espada*. Tradução de César Tozzi. 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- BULCÃO, M. O binômio natureza-cultura: a perspectiva de Gaston Bachelard. In: CESAR, C. M. *Natureza, cultura e meio ambiente*. Campinas: Alínea, 2006. p. 27-34.
- FOLADORI, G.; TAKS, J. Um olhar antropológico sobre a questão ambiental. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 323-348, 2004.
- GEERTZ, C. *O saber local*. Tradução de Vera de Mello Joscelyne. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.
- GONÇALVES, M. A. A doença mental: determinação individual ou construção social. *Millenium* (online), Viseu, v.32, p. 163-168, fev. 2006. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/12_.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2007.
- LANGDON, E. J. *A negociação do oculto: Xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico*. 1994. Tese (Concurso de Professor Titular). Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.
- LANGDON, E. J. A morte e corpo dos Xamãs nas narrativas Siona. *Revista de Antropologia da USP*, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 107-149, 1995.
- LARAIA, R. B. *Cultura: um conceito antropológico*. 21. ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2007.
- LÉVI-STRAUSS, C. *As estruturas elementares do parentesco*. Petrópolis: Vozes, 1982.
- LÉVI-STRAUSS, C. "Lévi-Strauss". *Folha de São Paulo*, São Paulo, 22, outubro, 1989. Caderno D, p.25.
- LÉVI-STRAUSS, C. *O pensamento selvagem*. 7. ed. Campinas: Papyrus, 2007.
- LIMA, M. A. *A saúde entre o Estado e a sociedade*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 14, n. 40, p. 43-52, 1999.

- LOUREIRO, J. de J. P. *Cultura amazônica: uma poética do imaginário*. Belém: Cejup, 1995.
- MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.
- NUNES, B. Sobre as medicinas e as artes de curar. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 23, p. 233-242, 1987.
- OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. *Interface (Botucatu)*, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.
- RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. (Org.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- RODRIGUES, J. C. *Tabu do corpo*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- SAHLINS, M. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção. *Mana: Estudos de Antropologia Social*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 41-73, 1997.
- SANTOS, F. S. D. dos. *Os caboclos das águas pretas: saúde, ambiente e trabalho no século XX*. 2003. Tese (Doutorado em História) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.
- SOARES, A. G. *A natureza, a cultura e eu: ambientalismo e transformação social*. Blumenau: Edifurb, 2003.
- SOUZA, I.; RABELO, M.C. *Vida Vivida, Vida Contada: uma reflexão sobre a experiência de nervoso na trajetória de mulheres de classe trabalhadora em Salvador*. In: XXIV Encontro Anual da ANPOCS - Programa e Resumos. 2000; Petrópolis, s/p.
- VICTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. Corpo, saúde e doença. In: _____. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 11-23.

Recebido em: 17/12/2008

Reapresentado em: 13/05/2009

Aprovado em: 21/05/2009