Artigos

Agentes Comunitários de Saúde: Transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil

João Valentin Wawzyniak
(UEL)

INTRODUÇÃO

No processo de definição, implementação e execução de políticas públicas em saúde em nível internacional, nacional, regional e local, a figura do agente comunitário de saúde (ACS) é considerada fundamental na atenção primária à saúde por ser membro da comunidade onde atua. Entretanto, como pretendo demonstrar, ele situa-se no espaço fronteiriço entre o modelo terapêutico tradicional e o biomédico, e entre a racionalidade das políticas públicas em saúde e a lógica política local. Neste trabalho, busco compreender como os agentes comunitários de saúde que residem e atuam em comunidades ribeirinhas situadas nas margens do baixo rio Tapajós articulam essas diferentes esferas e as relacionam segundo orientações culturais pré-existentes e lógicas políticas e terapêuticas locais.

Esses ACSs exercem suas atividades cotidianas guiando-se por uma cosmologia segundo a qual não existe dicotomia ou antagonismo entre as dimensões naturais e sobrenaturais e na qual é possível a intervenção de seres sobrenaturais sobre a ordem natural. Sua cosmologia também admite o reconhecimento dos elementos do meio como possuindo poder de encantamento e a possibilidade de alguns seres se transformarem em outros. A relação com estes seres, "bichos", é possível porque os concebem como dotados de atributos humanos, tanto que a relação é tratada como sendo entre pessoas, entidades morais — em algumas situações, classificadas como parentes — com as quais são estabelecidas relações sociais.

Os "bichos" são seres que possuem a plasticidade virtual de mudar de aparência, "engerar", tanto física quanto comportamentalmente, e de provocar perturbações corporais e psicológicas nas pessoas vitimadas pelo seu olhar. A categoria "bicho", devido à sua extensão semântica, pode englobar qualquer ser estranho, ambíguo ou potencialmente perigoso (animal, espírito, instituição, objeto ou pessoa). A apreensão dos seres com capacidade de transformar seu corpo mudando de aparência revela uma permanente construção e desconstrução da

pessoa, que é levada a adotar diferentes atributos e a incorporar outros pontos de vista sobre si mesma e sobre os outros seres, humanos ou não-humanos. Contudo, cabe observar que mais importante que a intensidade do desfiguramento físico é o progressivo processo de transformação da pessoa. A categoria "engerar", na concepção dos ribeirinhos, está diretamente associada à perturbação físico-moral denominada por eles de "mau-olhado de bicho" ou "assombro de olhada de bicho", pois acreditam que os "bichos" com capacidade de mudar de aparência são os agentes causadores dessa doença (Wawzyniak 2003, 2008).

O "mau-olhado de bicho" implica na possibilidade de ruptura da identidade tipicamente humana, pois, se não for convenientemente tratada, a pessoa pode se metamorfosear no "bicho" que a "assombrou" e passar a ter o ponto de vista dele. Se o ponto de vista está no corpo (Viveiros de Castro 1996, 2002), essa perturbação pode resultar em alteração de determinada coerência do mundo, especialmente entre os pajés e curadores[1], ao afetar os sentidos da percepção. As concepções relacionadas à possibilidade de mudança permanente das aparências e ao "mau-olhado de bicho" informam o modo como são apreendidas outras perturbações físico-morais que afetam a pessoa e a coletividade. Isto porque, também, as doenças naturais e as instituições possuem agências e podem se transformar, adquirindo diferentes formas e atributos, ou apresentarem uma aparência sob a qual se esconde outra espécie de ser.

Ainda que a transformação dos corpos dos seres não se verifique materialmente, a afetação da percepção do corpo causada pelas perturbações provocadas pelo "olho do bicho" pode alterar a identidade da pessoa e indica que tais dimensões se cruzam ao menos em nível de pensamento. O corpo de alguém afetado pelo "mau-olhado de bicho" e submetido ao itinerário terapêutico é um corpo performado, por ter alteradas suas capacidades perceptivas. Para os ribeirinhos do Tapajós, ser afetado pelo olhar de um "bicho" é indicativo da possibilidade de a pessoa ter o "dom para trabalhar com saúde" e poder tornar-se pajé ou curador. Interpretação que sugere ser adequada à observação de Viveiros de Castro: "não há mudança espiritual que não passe por uma transformação do corpo, por uma redefinição de suas afecções e capacidades" (2002: 390).

UM BREVE HISTÓRICO DO APARECIMENTO DOS ACS

Abordar o trabalho dos ACSs nas comunidades onde realizei minha pesquisa de campo, também requer uma breve exposição do surgimento desse sujeito, considerado fundamental na atenção primária à saúde, nos contextos internacional e brasileiro. Ou melhor, trata-se de situá-lo no contexto das políticas de atendimento primário à saúde enquanto membro de uma comunidade com concepções e práticas sobre saúde e doença muitas vezes conflitantes com as biomédicas. Os ACSs transitam na interface entre o modelo biomédico e o sistema terapêutico tradicional, e entre as políticas públicas implementadas pelo Estado e a lógica política local. Embora inseridos no interior desse complexo contexto, articulam o modelo biomédico com as concepções e práticas terapêuticas locais,

e as políticas públicas com a lógica política local. Nesse sentido, sua experiência pode catalisar e dar visibilidade às "contradições e problemas na relação entre Estado/profissionais/serviços e população/comunidade/usuários" (David 2001: 225) no tocante às políticas públicas de saúde, bem como às contradições e problemas existentes entre o sistema biomédico e o sistema terapêutico local.

Alguns autores consideram que a idéia originária dos ACSs foi influenciada pela doutrina de "polícia médica", criada na segunda metade do século XIX na Alemanha de Bismarck, a qual partia do "pressuposto [de] que ao Estado cabia assegurar o bem-estar e a segurança para o povo, mesmo contrariando os interesses individuais" (Vasconcelos 2001: 85). Entretanto, historicamente verifica-se que, como sugere Vasconcelos (2001: 73), políticas mais gerais de âmbito mundial influenciam "a dinâmica da participação popular nos serviços de saúde" em nível nacional, regional e local. A Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, idealizada e promovida pela OMS, realizada em 1978 em Alma-Ata, na ex-URSS, coloca-se como marco crítico na postura universalizante do sistema biomédico de saúde[2]. O plano "Saúde para Todos até 2000", definido em Alma-Ata, buscou garantir o acesso universalizado aos cuidados primários de saúde integral através da promoção, prevenção, cura e reabilitação a um custo acessível, bem como o respeito e a colaboração entre representantes das práticas tradicionais e da biomedicina[3].

Nos documentos da OMS, o ACS é apontado como o principal ator para a "ampliação da cobertura dos serviços de saúde por meio da atenção primária à saúde" (Erthal 2003: 197). Embora a Declaração de Alma-Ata seja considerada referência na atenção à saúde primária, ações em saúde pública já são ensaiadas, no Brasil, desde o início do século XX. Osvaldo Cruz, em 1903, na campanha sanitarista de combate à febre amarela, criou as "milícias paramilitares" que, mesmo sem autorização, entravam nas casas da região pobre da cidade do Rio de Janeiro para identificar problemas higiênicos. Vasconcelos (2001: 90) registra que a Fundação Rockefeller ingressou no país, no início da década de 1920, no âmbito de "uma estratégia internacional de controle das doenças transmissíveis globalmente", estimulada pelos interesses dos Estados Unidos na nossa economia. No tocante à Amazônia, a Fundação começou a atuar na região em 1922, dedicando-se "a campanhas contra a febre amarela e ancilostomíase, [promovendo] visitas domiciliares [...] atividades de higiene pré-natal, infantil, pré-escolar, controle de tuberculose, verminose, etc." (Vasconcelos 2001: 90). Desde o surgimento da moderna saúde pública no Brasil, especialmente com Osvaldo Cruz, o Estado vem tentando promover intervenções na região Amazônica (Confalonieri 2005).

Importantes ações em saúde pública começaram a ser implementadas a partir da criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública - Sesp, agência bilateral Brasil/Estados Unidos. Nunes (1998, 2003) assinala que as investigações antropológicas em saúde realizadas por Wagley a partir desse ano foram apoiadas pela divisão de saúde e saneamento do Instituto de Assuntos Interamericanos no contexto da Segunda Guerra Mundial. Tais estudos visavam subsidiar o planejamento sanitário na região amazônica e forneceram elementos para a constituição do Sesp. Entre os objetivos sanitários definidos, constava o monitoramento da saúde dos indivíduos e das suas famílias, prevenção e controle das doenças transmissíveis e formação de enfermeiros auxiliares (Silva & Dalmaso 2002a; Campos 2006).

No livro *Uma comunidade amazônica*, Wagley fornece algumas informações sobre o Sesp. Segundo ele, "uma das partes mais importantes do programa geral do Sesp era o gigantesco programa de saúde pública na Amazônia brasileira" (Wagley 1988: 74-75). Na área da educação em saúde, o Sesp desenvolveu atividades pioneiras na região. Entre elas, Wagley (1988: 76) destaca a criação de "clubes de saúde para crianças das escolas a fim de nelas se inculcarem hábitos higiênicos modernos". Outro conjunto de ações — que continuam sendo repetidas, ainda que reelaboradas pelas agências hoje atuantes, especialmente as ONGs — consistia em usar "folders, cartazes, palestras de médicos, projeção de diapositivos e visitas periódicas das 'visitadoras' [...] para educar os habitantes dentro dos preceitos modernos de higiene e lhes fazer compreender as vantagens do programa de saúde pública. (Wagley 1988: 76).

A educação sanitária era considerada pelos supervisores do Sesp como atividade essencial para a consecução do programa, a "pedra fundamental", segundo um deles (Campos 2006)[4]. Wagley, ressaltando a importância das ações pedagógicas, escreveu que "o problema da nutrição assim como outros diversos problemas de saúde podem ser melhorados com apropriada educação sanitária" (1945, *apud* Campos 2006: 231). É surpreendente que esse modelo de assistência, com entrosamento de ações curativas e preventivas, já tivesse sua implementação cogitada para a Amazônia no começo do século XX. Isso revela não serem originais as ações em saúde atualmente desenvolvidas por diferentes organizações, governamentais ou não.

De acordo com Silva e Dalmaso (2002a), foram as atividades pioneiras da Fundação Serviço Especial de Saúde pública (FSesp), a agência nacional sucessora do Sesp, que mais influíram na concepção de diretrizes orientadoras do PACS e do Programa Saúde da Família (PSF), especialmente no tocante à figura do ACS. Isso porque as "visitadoras sanitárias", auxiliares capacitadas durante seis meses por um enfermeiro, embora não recrutadas nas comunidades onde atuavam, "desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos" (Silva & Dalmaso 2002a: 27). O recrutamento de pessoal de nível auxiliar nas próprias comunidades a serem beneficiadas ocorreu, pela primeira vez, em 1976, no âmbito do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), cuja finalidade era reorientar o modelo de assistência à saúde no país implementando uma estrutura básica de saúde pública em comunidades com até 20.000 habitantes (Silva & Dalmaso 2002a). Essa foi a primeira experiência de trabalho em ampla escala com ACSs escolhidos pela própria comunidade entre aqueles que, de alguma forma, já atuavam na área da saúde (as parteiras leigas, por exemplo).

Na região Norte do Brasil, a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e a posterior seleção dos agentes deu-se em caráter emergencial, para fazer frente à epidemia de cólera que se abateu sobre a região entre 1991 e 1992 (Silva & Dalmaso 2002a; Souza 2003). Contudo, a municipalização do programa em Santarém ocorreu em outubro de 1995 e em Belterra, em 1997. Inicialmente, foram incorporados os "agentes da cólera" contratados por ocasião da epidemia e, posteriormente, foram sendo selecionados outros, indicados pelas próprias comunidades. Muitos deles já haviam atuado como voluntários de saúde capacitados pelo Movimento das Comunidades Eclesiais de Base (MEB), pelo Projeto Saúde e Alegria (PSA)[5], pela Igreja da Paz[6], pela Fundação

Esperança[7] e pelas pastorais da Saúde e da Criança, da Igreja católica.

Embora o trabalho do ACS no âmbito de políticas públicas tenha se iniciado somente na segunda metade da década de 1990, existem algumas experiências anteriores que merecem ser mencionadas, uma vez que muitos dos que estão atualmente em atividade vivenciaram-nas como voluntários. No município de Santarém, o MEB incorporou, na década de 1960, noções de educação popular em saúde. Essas noções surgiram na esfera do campo religioso da ação pastoral da Igreja católica por intermédio das pastorais da Saúde e da Criança, que treinaram membros das próprias comunidades. Na década de 1990, a Igreja da Paz também treinou congregados nas práticas de atendimento à saúde, muitos dos quais continuam atuando como ACSs em diferentes comunidades. Esse vínculo com uma instituição religiosa ou a dimensão religiosa se mantém presente no cotidiano, independente da confissão a que pertencem aqueles que atuam na área da saúde comunitária (David 2001: 224).

Em 1976, a Fundação Esperança começou a atuar em Santarém, nas áreas de organização comunitária e políticas de saúde pública capacitando moradores locais para trabalhar como promotores de saúde. Posteriormente, os princípios da Declaração de Alma-Ata passaram a orientar sua atuação, como relatou um dos seus diretores, e, assim, foram escolhidas pessoas que exerciam alguma atividade de liderança nas comunidades e que tivessem facilidade de comunicação. Foram selecionadas, especialmente, pessoas que também já exerciam alguma prática de cura, como é o caso de dois conhecidos pajés, Laurelino Cruz[8] e Gracir[9].

Segundo Tomaz (2002: 85), com a implantação do PSF e a incorporação do PACS a ele, a estratégia era, "a médio e longo prazo [...] promover atenção básica em saúde para toda população de acordo com os princípios da integralidade, universalidade e equidade do SUS". Nesse novo contexto, ainda segundo o mesmo autor, o "papel do ACS foi ampliado, saiu do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além de exigir novas competências no campo político e social". Apreende-se, tanto nos documentos oficiais quanto nos trabalhos que abordam a incorporação do ACS ao sistema de saúde pública, que ele é considerado como "ponte", "mediador", "tradutor", "intermediário", "grande operador", "canal de comunicação" e "interlocutor privilegiado", "articulador" entre os serviços de saúde e a comunidade (Giffin & Shiraiwa 1989; Brasil 2000; Nunes et al. 2002; Silva & Dalmaso 2002a, b; Tomaz 2002; Souza 2003; Levy, Matos & Tomita 2004; Kluthcovsky & Takayanagui 2006; Bornstein & Stotz 2007; Martines & Chaves 2007; Nogueira, Silva & Ramos 2007). Para Nogueira, Silva e Ramos (2007:10), o ACS atua na interface de dois modelos, como

> [...] um elo entre os objetivos das políticas públicas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado.

Tomaz (2002: 85), refletindo sobre as expectativas em torno do ACS, considerado por muitos como agente de transformação, com a árdua e complexa tarefa de ser "a mola propulsora da consolidação do SUS", critica tais concepções, considerando-as como sendo "heroicização" e "romantização" da figura do ACS. Nunes et al. (2002),

analisando a construção da identidade dos ACSs, consideram que eles são "híbridos" e "polifônicos", porque transitam entre diferentes sistemas, saberes, práticas e agentes muitas vezes conflitantes entre si. Martines e Chaves (2007) apontam a sobrecarga de atribuições e as expectativas, tanto por parte da comunidade quanto da equipe de saúde, como causas de vulnerabilidade e sofrimento desse trabalhador. Nogueira, Silva e Ramos (2007) os definem como um trabalhador "*sui generis*", por não trabalhar exclusivamente nem para o Estado e nem para a comunidade, ele "não pode estar subordinado hierarquicamente aos poderes de mando típicos da burocracia". Ainda, segundo os autores, a equiparação com os demais servidores da estrutura burocrática municipal poderá provocar ruptura dos laços comunitários, fundamentais para assegurar a sua participação na gestão do modelo.

ACS NO TAPAJÓS

Na região do Tapajós, o ACS é considerado, pelo poder público municipal e pelas ONGs, fator fundamental para a implementação de programas de atendimento diferenciado em saúde para a população ribeirinha na região do interfluvio Tapajós, Arapiuns e Amazonas. Os próprios ACSs reconhecem sua importância para o funcionamento do sistema, especialmente por se encontrarem cotidianamente na comunidade. Para uma das ACS entrevistadas, o "ACS é linha de frente, porque é ele que se depara com a situação". Entretanto, apontam uma série de dificuldades para a realização do trabalho de forma satisfatória, isto é, para cumprir o que lhes é exigido pelos "regulamentos"[10] do Pacs e atender as demandas dos moradores das comunidades onde atuam e das suas próprias famílias.

Alguns ACSs relataram ter iniciado suas atividades na área de saúde segundo o modelo biomédico, ingressando como voluntários na Igreja da Paz, na Fundação Esperança ou no PSA, onde fizeram cursos de capacitação. Vários participantes dessas capacitações deixaram de atuar como promotores de saúde ou monitores de saúde, mas continuam aplicando os conhecimentos obtidos, pois, em caso de emergência ou de doença de algum membro da comunidade, são chamados para ajudar no diagnóstico, aplicar injeção e realizar curativos. Os ACSs dessa região são contratados e supervisionados pelo poder público municipal por meio da Secretaria Municipal de Saúde, e atuam no âmbito do Programa Saúde na Floresta, que integra o Programa de Saúde Comunitária do PSA. Segundo dados obtidos no sítio eletrônico do PSA, este visa implementar um conjunto de infra-estruturas de higiene e saneamento básico em 143 comunidades ribeirinhas do Arapiuns e do Tapajó (CEAPS/PROJETO SAÚDE & ALEGRIA 2006).

Considerando os vínculos dos ACSs com a Igreja da Paz, com o PSA, com a Fundação Esperança, com as secretarias municipais de saúde e com a Igreja católica, pode-se dizer que, embora orientados e capacitados para atuar no âmbito do modelo biomédico, eles transitam na confluência de "discursos concorrentes, que disputam sentido no campo da saúde" (Garnelo 2001:243) e "diferentes formas de entendimento da questão saúde"(Garnelo 2001: 244).

Chama atenção o fato de a maioria dos ACS, quando jovens, terem sido "atacados por um bicho" [11]. Embora

nem todos tenham feito referência à descoberta do "dom de curar", é possível que tenham passado pelo tratamento de "desinvocação do bicho", no qual podem ter descoberto o "dom para trabalhar com saúde", como parece ser generalizado entre especialistas locais de cura. Estes são homens e mulheres reconhecidos publicamente como possuidores do poder de curar, distinguem-se e hierarquizam-se nas seguintes categorias: pajés, curadores, benzedores, puxadores e parteiras. Eles detêm conhecimentos e habilidades que lhes permitem tratar diferentes "qualidades" de doenças, seja recorrendo aos procedimentos terapêuticos tradicionais, seja transitando entre distintas modalidades terapêuticas simultânea ou alternativamente.

Em algum momento de suas vidas, esses especialistas passaram pela experiência da doença e do tratamento com um curador, que então identificou o seu "dom" de curar. Assim, como explica Lévi-Strauss (1975: 208): "um doente curado com sucesso por um xamã está particularmente apto para se tornar, por sua vez, xamã". O processo de formação xamânica inicia-se com os primeiros sintomas, entretanto a cura não se efetiva totalmente, porque a realização de um tratamento completo implicara na perda do dom xamanístico. Assim, esse agente de cura se caracteriza como um doente com poder de cura, um "médico ferido" que superou sua doença, ou melhor, aprendeu a controlá-la (Caprara 1998). Curada, a pessoa ficaria impossibilitada de comunicar-se com os encantados, por ter interrompido o processo de alteração das suas capacidades perceptivas. Pode-se dizer, então, que o próprio tratamento é o início do seu aprendizado.

O "dom de trabalhar com saúde" qualifica o especialista local de cura a descobrir qual é a doença que afeta quem o procura e a indicar os "remédios"[12] apropriados ou a busca de novas alternativas terapêuticas. Possuir o "dom" implica na obrigatoriedade moral de atuar na área da saúde como retribuição a uma dádiva recebida ao ser curado, sob pena de voltar a adoecer. Além do "dom", esses especialistas possuem conhecimentos e habilidades complementares que vão sendo adquiridos e aprimorados durante a vida através do ensinamento dado por um especialista mais experiente, da observação, da experimentação e do que lhes é "ensinado" pelos seres que neles "se invocam" durante os "trabalhos" [13] de cura.

Não apenas os especialistas locais de cura passaram pela experiência da doença e do tratamento com um pajé ou curador que identificou o seu "dom de trabalhar com saúde". Também os ACSs, de forma geral, tiveram, nessas circunstâncias, a descoberta do seu "dom", mesmo que não atuem segundo o "jeito tradicional". De forma análoga aos especialistas de cura tradicionais, embora não recorram aos espíritos guias ou às orações, os ACSs "foram pacientes, que aprenderam primeiramente as medicinas e procedimentos curativos de uma enfermidade determinada enquanto estavam sendo tratados dela" (Turner 1980:391).

Eles vivenciam a experiência híbrida de atuar segundo o modelo biomédico simultânea ou alternadamente com as concepções e práticas terapêuticas tradicionais; atuam transitando entre as perspectivas cosmológica e científica sobre saúde, doença e cura, e, na sua atuação, "múltiplas visões de mundo podem coabitar sem se contradizer" (Descola 1999:122). Analogamente ao xamã, cabe ao ACS, em certas circunstâncias, "interpretar o inusitado, conferir ao inédito um lugar inteligível, uma inserção na ordem das coisas" (Carneiro da Cunha 1999:227), uma vez que, por sua trajetória pessoal de doença, tratamento, seleção, capacitações, viagens, contato com

diferentes agentes, ele tem a possibilidade de olhar de diferentes maneiras (Viveiros de Castro 1996). Embora isso, muitas vezes, dê alguma "dor de cabeça".

Nas comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós, os ACSs possuem papel destacado, sobretudo por controlarem bens simbólicos que lhes conferem poder e prestígio (a guia de encaminhamento para consultas nos Postos de Saúde de Belterra ou Santarém, por exemplo). Além disso, fora as atividades relacionadas diretamente à área de saúde, envolvem-se em atividades da vida comunitária — isso quando não entram em conflito com moradores ou lideranças porque não realizam determinados procedimentos. Esse envolvimento é uma das exigências para serem mantidos no cargo, como se pode verificar na série de atribuições que lhes é conferida pelos "regulamentos" das secretarias municipais de Saúde de Belterra e Santarém.

Tais atribuições correspondem, em linhas gerais, às indicadas na Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997, do MS, e ao conteúdo do programa do Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde elaborado pelos coordenadores nacionais do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), e servem como roteiro aos Pacs municipais (Silva & Dalmaso 2002a). Mais que indicar atividades a serem realizadas, o elenco de atribuições tem um significado mais amplo: segundo Silva e Dalmaso (2002a), o programa, ao organizar o trabalho, definindo conteúdos e formas de agir, estabelece também o modo de interação do ACS com as famílias. Entretanto, isso ocorre de acordo com o modelo biomédico de atendimento individual, embora seja atribuição do ACS desenvolver ações de caráter coletivo (Bornstein & Stotz 2007).

A aceitação da intervenção do ACS na vida familiar está condicionada, em grande medida, às suas relações de parentesco com as diferentes famílias que compõem a comunidade, e conflitos interfamiliares implicam em rejeição ou críticas ao seu trabalho. Tais conflitos entre famílias podem ocorrer por diversos motivos, mas o ACS acaba por ser alvo da desavença e o seu cargo passa a ser disputado. Desavenças ou disputas com lideranças comunitárias também são apontadas como obstáculo para a realização do seu trabalho. Uma liderança questionada ou contrariada pode estimular seus parentes a mobilizar esforços para afastar um ACS, acusando-o de negligência ou despreparo, por exemplo.

Também a religião do ACS ou seus vínculos com as práticas tradicionais interferem nessa aceitação, pois, segundo explicou uma ACS, a "aceitação das orientações depende da religião da pessoa da comunidade". Exemplo dessa situação é o caso do ACS de Paraíso, designado para atender também duas outras comunidades, Tapuama e Jatuarana, que encontrava dificuldades para realizar o trabalho nesta última, onde os moradores, em sua maioria são evangélicos. Uma razão para evitarem suas visitas ou dificultarem seu envolvimento em atividades comunitárias deve-se ao fato de uma das filhas do chefe da família extensa que constitui a comunidade não ter sido aprovada na seleção. Essa família mantém a expectativa de uma oportunidade para assegurar uma vaga no programa para um dos seus membros.

Suponho que outra razão se acrescente a essa: além de ser "filho particular"[14] de Laurelino Cruz, na adolescência ele foi "atacado por um bicho", e talvez a comunidade rejeite-o também por esse motivo, uma vez que a "invocação de bicho" pode indicar um pacto da pessoa com o demônio, pois, para os evangélicos, os "bichos" e

"encantados" integram a legião de demônios que foi expulsa do Paraíso. Parece que a explicação de Murphy (1958, *apud* Almeida 2001) para as hostilidades contra os feiticeiros ou pajés entre os Munduruku se mantém atualizada entre as comunidades tapajônicas. Ou seja, segundo o autor, é "delicado o equilíbrio existente entre crenças religiosas e as relações internas no âmbito das aldeias. É sabido que a posse de um poder hereditário, como o de ser filho de um pajé, é condição suficiente para ser suspeito potencial" (Murphy 1958, *apud* Almeida 2001: 10).

A relação entre os ACS e os especialistas locais de cura apresenta-se como complementar, mesmo havendo tensão em algumas ocasiões, quando divergem quanto ao diagnóstico e ao tratamento. Embora se verifique o que parece ser um sistema articulado, as "parcerias" entre eles não são tranqüilas, porque cada um possui um estilo pessoal. Cada um tem seu próprio "jeito de trabalhar", dizem. Isto é, cada especialista de cura recria e usa os procedimentos terapêuticos individualmente conforme seu conhecimento, experiência e circunstância. Ou, de acordo com as orientações dos "bichos" que se invocam durante os "trabalhos", como é o caso dos pajés e curadores. Entretanto, há uma negociação na qual o ACS depende e segue a orientação dada pelo pajé ou pelo curador quando este identifica se a doença lhe pertence ou não, mas aquele também quer fazer valer os conhecimentos que adquiriu nos cursos de capacitação.

É comum, em caso de emergência, mobilizar, simultaneamente, mais de um especialista local de cura. Isso porque, como explicou uma ACS, "o que um não conhece, outro conhece; o que um faz, outro não faz". Cada um contribui "do seu jeito", inclusive o ACS, para restaurar a saúde do doente. Verifica-se, nessa mobilização de especialistas, a complementaridade de saberes, que ocorre mesmo quando eles não atuam em concomitância. Assim, durante os cuidados de uma pessoa doente, cria-se uma zona de contato entre esses diferentes sistemas. Nessas circunstâncias, há permeabilidade das fronteiras entre modelos terapêuticos (Follér 2004).

O ACS é mobilizado para "tirar febre" e para "tirar pressão", e, caso a temperatura e a pressão estejam normais, a pessoa é encaminhada para os especialistas locais de cura, mas, geralmente, eles são procurados diretamente pelas pessoas ao sentirem os primeiros sintomas. Se eles dizem que a doença pertence ao médico, o ACS é acionado para fornecer a "guia de encaminhamento" para a pessoa ser atendida no Posto de Saúde de Belterra (acreditam que o atendimento no Posto é rápido quando se vai com o "encaminhamento", porque, lá, os enfermeiros "têm certeza que a pessoa é assistida pelo ACS da comunidade"). Recorrem aos médicos quando, em nível local, o tratamento não surte efeito, pois o ribeirinho não depende "muito do doutor médico; só quando o caso é muito grave o jeito é correr atrás de médico". Assim, aos primeiros sinais da "entrada" ou "ataque" da doença, o ACS parece ser quem menos interfere nas decisões que são tomadas então. Isso porque antes de procurá-lo as pessoas seguem suas próprias orientações: procuram os mais velhos no âmbito doméstico, depois recorrem aos benzedores, curadores ou puxadores da própria comunidade ou de outras vizinhas.

A ida ao médico é, também, uma orientação do pajé ou do curador, quando verifica que a "doença não lhe pertence" ou quando, em âmbito local, "não tem mais recurso". Os dados etnográficos mostram que o itinerário é feito circularmente, pois, em muitos casos, inicia-se com um pajé ou curador, residente na própria comunidade; depois, busca-se tratamento com outro, e, se não der certo, uma consulta e um tratamento médicos, muitas vezes

com internação hospitalar; se "desenganada pelos médicos", a pessoa volta a procurar pelos primeiros.

Mensalmente, os ACSs precisam viajar para participar das reuniões coordenadas pelo enfermeiro supervisor pelo PACS do município ao qual estão vinculados, nas quais devem entregar obrigatoriamente os formulários (protocolos padronizados) das atividades realizadas no mês anterior. Tais formulários contêm informações relativas às visitas domiciliares, casos de doenças surgida nas comunidades, sobretudo entre crianças de zero a cinco anos, participação em campanhas de vacinação, oficinas de capacitação e outras atividades relativas à vida comunitária. Há, por parte dos ACSs, grande preocupação com o preenchimento dos dados exigidos no relatório, pois a sua não-observância pode implicar em cobranças ou reclamações públicas durante as reuniões e até o seu afastamento do programa.

Tais encontros são designados por eles como "entrega da produção", numa explícita analogia ao sistema de aviamento[15], quando a produção de borracha era entregue no barracão pertencente ao seringalista, oportunidade na qual saldavam parcial ou integralmente a dívida contraída com a compra de "mercadorias". Essa idéia é reforçada pelo condicionamento do pagamento à entrega dos relatórios, procedimento semelhante ao "tempo do barracão" quando apenas se recebia após a entrega da produção.

Silva e Dalmaso (2002b: 74) avaliam que o "preenchimento dos dados diários de produção e a contabilização mensal conformariam o seu ritmo de trabalho e o conteúdo básico das visitas". Cardoso (2005: s.p.), tendo como referência o contexto alto-xinguano, aponta que a organização padronizada das ações em saúde obedece "aos parâmetros da objetividade e da racionalidade" que presidem não só o gerenciamento do modelo mas também a "eficácia clínica e epidemiológica" dele esperada, o que também é válido para a região do baixo Tapajós. Além disso, de forma semelhante ao observado por Langdon et al. (2006: 2642) entre os agentes indígenas de saúde Kaingang da TI Xapecó, de Santa Catarina, os ACSs da região do Tapajós também não visualizam os formulários como "parte do sistema de informação em saúde". Esses instrumentos de registro de dados são interpretados como mecanismo de "controle por parte do resto da equipe [de saúde] e do gestor" (Langdon et al. 2006: 2642). No contexto do Tapajós, a apresentação dos formulários é apreendida como mecanismo para a "fiscalização do trabalho".

A sua relação com os profissionais de saúde com formação escolar é tensa, em virtude do corporativismo destes últimos. Observei, entre os profissionais de saúde do PSA e das secretarias municipais de Saúde, atitude de desdém pelo ACS, e atitude submissa deste em relação àqueles. Em várias ocasiões, ouvi os técnicos em enfermagem criticarem os ACSs pela sua falta de compromisso com os objetivos do programa, seja por terem dificuldade de compreender o conteúdo das explicações devido à baixa escolaridade, seja, contraditoriamente, pelo seu envolvimento com a dinâmica cotidiana da vida da comunidade, com seus compromissos e conflitos. Pareceu-me que os profissionais de saúde estavam voltados apenas aos objetivos mais imediatos, contábeis ou diretamente relacionados ao trabalho em saúde de uma perspectiva biomédica, sem considerar as concepções e práticas terapêuticas tradicionais, os compromissos comunitários ou familiares, as alianças e estratégias políticas da comunidade. David (2001: 225) afirma que entre esses profissionais há "dificuldade em aceitar as formas populares

de enfrentar e resolver problemas de saúde", e que na sua relação com os ACSs ocorre um embate entre o saber popular e o científico.

Para Silva e Dalmaso (2002b: 76), historicamente "sempre ocorreu uma disputa em termos de jurisdição, de espaço de atuação do ACS com o pessoal de enfermagem, mesmo que ele nunca tenha atuado sob essa jurisdição". Em relação à legitimidade profissional, Silveira (2004: 118) verifica sua desqualificação "perante o sistema de saúde e, por extensão, perante a própria comunidade" pelo fato de não terem base no ensino formal em saúde. Como não realizam uma série de procedimentos, são considerados "profissionais" pouco habilitados também pelos usuários. O ACS encontra-se numa situação liminar, e, por não pertencer plenamente a nenhuma das duas esferas, representa perigo para as duas. No contexto do baixo Tapajós, essa situação causa tensão entre os ACSs, uma vez que transitam entre dois universos cognitivos: a lógica cosmológica e a lógica científica. Num esforço de tradutores, eles tentam estabelecer a comunicação entre dois sistemas terapêuticos ou atuam entre os dois alternadamente.

ACS DA PRAINHA DO TAPAJÓS

Nesta seção focalizarei na pessoa da ACS de uma das comunidades onde realizei mais detidamente minha pesquisa de campo. Moaçara nasceu e reside na Prainha do Tapajós, é filha de um ex-presidente da comunidade e sobrinha de destacadas lideranças comunitárias e do mais respeitado pajé do Tapajós, Laurelino Cruz. Ela integra uma parentela com membros residindo em diferentes comunidades e com relações junto ao poder público municipal de Belterra. Quando a prefeitura dessa cidade abriu o processo de seleção para ACS, seu pai, que era o "presidente" da Prainha do Tapajós, procurou o prefeito para interceder em seu favor, para lhe "arranjar uma colocação"[16] (cargo).

Ela me contou que foi "atacada de bicho" quando era adolescente e que, no tratamento realizado por Laurelino, este falou, durante o "trabalho" terapêutico de "desinvocação", que ela tinha o "dom" para "trabalhar com saúde", devendo, portanto, desenvolvê-lo, sob pena de algum dia poder voltar a adoecer. Pode-se apreender, a partir dos relatos de Moaçara, que ela foi levada ("descoberta") a "trabalhar com saúde" a partir de duas motivações complementares, que se situam no plano cosmológico por transcenderem razões estritamente monetárias ou de prestígio que o cargo representa: o desejo da avó em transmitir-lhe os conhecimentos e o "dom para trabalhar com saúde", indicado pelos curadores que a trataram. Esse caso mostra como a decisão de ingressar numa atividade vinculada a uma política pública de saúde pode estar orientada por valores e idéias locais fornecidos por esquemas culturais pré-existentes (Sahlins 1999).

A avó, impedida de realizar práticas de cura pelos filhos "convertidos para a Igreja da Paz", pretendia que Moaçara continuasse o seu "trabalho"; e esta chegou a aprender orações de "puxar" e benzer com aquela. No final da vida, dizia que a doença da neta era um "ataque do [seu] espírito" cobrando para "não parar de trabalhar". Era sua intenção "deixar" seus "espíritos" para a neta. O verbo "deixar", neste caso, indica que o "espírito" é um bem

passível de ser transmitido via herança.

Moaçara não "puxa", não benze, nem "defuma", mas encaminha as pessoas aos especialistas locais de cura quando verifica que a "pressão e a temperatura estão normais", após medi-las com aparelhos digitais. Procede assim por respeitar as práticas terapêuticas "tradicionais do povo" — mesmo estas sendo condenadas como "tabus" nos cursos de capacitação dos quais participou nos últimos anos. Interpreto que a decisão de não atuar na área de saúde segundo o "jeito tradicional" deu-se, não porque desqualifique ou não reconheça a eficácia deste modo, mas porque há, na comunidade onde mora e nas vizinhas, vários curadores, benzedores e puxadores mais velhos, inclusive sua mãe, seu tio e os filhos de Laurelino, que realizam esse "trabalho" e têm autoridade sobre ela.

Até 2004, Moaçara era a ACS de Taquara, mas, como ao todo eram muitas as famílias que atendia, pois era também a ACS de Prainha e Itapaiuna, além da Prainha do Tapajós, isso a obrigava a deslocamentos constantes entre as comunidades, e lhe trazia sobrecarga de trabalho devido as distâncias percorridas a pé ou de canoa. Nem sempre ela conseguia visitar todas as famílias, deixando de cumprir com suas atribuições ou de preencher regular e adequadamente o formulário de visitas que deve ser obrigatoriamente entregue nas reuniões mensais ao coordenador do Pacs do município, conforme estabelece o "regulamento". Em razão das dificuldades que enfrentava, ela fez um "acordo" com as lideranças de Taquara e Prainha do Tapajós, e ficou combinado que, numa nova seleção para "expansão" do quadro de ACSs de Belterra, deveria haver a designação de um agente para Taquara. Segundo seu pai, tal "acordo foi reconhecido lá em Belterra". Raul foi indicado por seu sogro, "cacique da aldeia", para fazer a prova de seleção (na qual foi aprovado) e ocupar a "colocação".

Raul, um índio Baniwa, mudou-se para Taquara entre 2000 e 2001 a fim de realizar um trabalho de resgate da "língua indígena", depois que os moradores dessa comunidade começaram a reivindicar a identidade indígena e a transformação da sua área em "reserva indígena" (Vaz 2008). A relação de parentesco estabelecida a partir da união com a filha de uma liderança foi condição para a sua escolha como ACS. Este é outro exemplo de como arranjos internos, estabelecidos segundo a lógica política local, orientam as escolhas relacionadas à ocupação de "colocações" junto ao poder público ou em projetos implementados por outros agentes[17].

Com a contratação de Raul, Moaçara deixou de realizar as visitas domiciliares em Taquara, Prainha e algumas famílias de Prainha do Tapajós. No caso de Prainha, as razões podem ser explicadas pelo conflito entre as famílias. Em caso de emergência entre essas famílias, Moaçara continua a ser chamada para realizar o atendimento e providenciar o encaminhamento para o Posto de Saúde. As famílias atendidas por Raul nas localidades são, em sua maioria, constituídas por congregados da Igreja da Paz.

No conjunto de atividades desenvolvidas por essa ACSs, verifica-se, parcialmente, um problema apontado por Benevides (2001: 202) para outro contexto etnográfico: a excessiva normatização do cumprimento de protocolos burocráticos, a verticalização das decisões e as exigências técnicas tensionam o contato dos agentes com a população. É comum que os comunitários recusem ou evitem as visitas domiciliares dos ACSs, por considerar que estes repetem sempre as mesmas orientações e os mesmos procedimentos. Moaçara relatou, referindo-se às orientações que precisa "repassar", que "as pessoas reclamam dizendo que a gente só quer falar, falar". Isso

configura uma reação de insatisfação decorrente da atuação dos agentes em muitos momentos marcada pela influência sanitarista cobradora de resultados higiênicos e de saúde.

Depois de começar a trabalhar como ACS, Moaçara realizou vários cursos de capacitação. Ela conserva cuidadosamente os certificados desses cursos e apostilas distribuídas durante os treinamentos, que consulta quando tem dúvidas ou para manter-se informada. De forma análoga aos livros que Laurelino mantinha e consultava, as apostilas lhe conferem reconhecimento, por ser "formada" para prevenir "doença de médico" — ainda que isso seja carregado de ambigüidades, pelo fato de que a crença na eficácia do tratamento realizado por quem possui o "dom" prevalece sobre a do que é "feito" por quem tem formação.

De acordo com os conteúdos indicados no verso dos certificados fornecidos ao final desses eventos, verifica-se ênfase no modelo biomédico, com destaque para as informações sobre anatomia humana, especialmente sobre o sistema reprodutivo. Higiene, nutrição e DSTs são outros temas abordados nos cursos, oficinas, seminários e treinamentos. Merece destaque, entre os tópicos do conteúdo programático dos cursos, o referente aos "tabus". Nos cursos de capacitação, além dos "tabus", também são condenados, pelos profissionais de saúde, algumas práticas terapêuticas tradicionais e compostos fitoterápicos. Segundo ela, "tem remédio da terra que é reprovado nos cursos". De acordo com Moaçara, nas orientações "repassadas" pelos profissionais de saúde que ministravam os cursos "é pra dizer que as regras dos antigos não funcionam". No tocante a dieta alimentar e suas restrições dizem: "Podem comer de tudo. Isso é tabu da antiguidade". Ou seja, nos termos dos profissionais de saúde que ministram os cursos, os ACSs devem "lutar contra as histórias da vovó". Essas orientações também estão presentes no conteúdo das apostilas distribuídas durante os cursos.

Quando confrontados com situações nas quais as pessoas se valem das práticas ou concepções tradicionais, são orientados a dizer: "Não existe isso. Isso é tabu". Isso porque os ACSs, segundo a enfermeira que coordenava uma oficina que participei, por mais empenhados que sejam, devido aos "tabus e preconceitos" não conseguem alcançar os objetivos definidos pelo modelo biomédico. É preciso, segundo ela, "transformar hábitos nas comunidades" — algo já preconizado por Wagley (1988) no final da década de 1940, quando diagnosticou a substituição crescente das explicações mágicas pelas científicas como condição de melhorar as condições sanitárias da região amazônica.

Embora a intermedicalidade seja entendida como um discurso no interior do qual há negociações e conflitos (Follér 2004), os dados etnográficos relativos à atuação das agências, principalmente nos cursos de capacitação dos ACSs, apontam para um esforço no sentido de eliminar as concepções sobre saúde, doença, corpo e práticas terapêuticas tradicionais. Esses cursos de formação constituem espaço onde se revela a contradição e o conflito entre o saber tradicional e o científico, entre a racionalidade da biomedicina e a "irracionalidade" das práticas terapêuticas tradicionais (David 2001). Essas idéias, mesmo contrárias às concepções e práticas terapêuticas locais, foram incorporadas ao discurso de alguns ACSs. Uma ACS, explicando sobre as dificuldades do trabalho, disse que "não é fácil trabalhar com prevenção em comunidades que mantêm determinados tabus". A condenação dos tabus pelas agências é contraditória com o discurso de valorização da "cultura do caboclo" e a implementação de "atendimento diferenciado ao ribeirinho".

Entretanto, Moaçara é parente de vários especialistas de cura e foi submetida ao tratamento de uma "doença que não pertence aos médicos", oportunidade na qual descobriu ter o "dom de trabalhar com saúde". Quando falou sobre as orientações para desfazer os "tabus" nos quais os comunitários acreditam, ela salientou: "Eu sou uma que creio nisso. Não posso desfazer o que os antigos fizeram". Ao se eximir do julgamento moral acerca das concepções e práticas terapêuticas tradicionais, ela possibilita a "ampliação do leque de alianças em defesa dos processos que promovem a vida" (Buchabqui, Capp & Petuco 2006: 34). Além desse aspecto, a sua participação no itinerário terapêutico revela que existe "um fluxo de conhecimento entre discursos biomédicos e etnomédicos" (Follér 2004:143), isto é, agindo assim, ela evita afetar sua relação com a comunidade, o que aconteceria se apenas reproduzisse mecanicamente os discursos dos técnicos de fora (Fernandes 1992).

Crença e respeito se revelaram por ocasião da visita que fizemos a Taquara juntamente com sua mãe, Dalva, à procura de Guilherme (pajé, filho de Laurelino), para ele "rezar na cabeça" de Moaçara, que estava sentindo "um peso no corpo". Ao chegarmos a casa dele, Moaçara tomou-lhe a benção, Dalva me apresentou e saiu para conversar reservadamente com ele. Ao retornarem, Guilherme permaneceu algum tempo conversando conosco; depois saiu, chamando a sobrinha para acompanhá-lo. Quando voltaram, receitou-lhe um banho e um chá, e pediu que viesse na sexta-feira da semana seguinte. Coincidentemente, no dia marcado, eu fui a Taquara com Raul. Lá chegando, Guilherme me perguntou se Moaçara viera conosco. Quando respondi que não, sua mulher comentou prontamente lá da cozinha: "Vai ver ela está nos tempo dela. Não pode atravessar o igarapé". Posteriormente, soube ter sido esse o motivo, "porque a mulher, nos tempo dela, precisa se guardar", evitando assim o perigo de ser "atacada por um bicho".

Por força das circunstâncias, ela frequentemente realiza procedimentos que não lhe são permitidos, mas para os quais é procurada pelos membros das comunidades. Entre os procedimentos requeridos por eles, Moaçara, como outros ACSs, salienta a aplicação de injeções, muitas vezes receitadas pelos médicos. Sobre esse impedimento, Moaçara explicou: "O ACS não pode aplicar uma injeção porque não tem capacitação. É proibido por lei. Não pode fazer nada que um auxiliar de enfermagem faz". Embora existam tais restrições e temam ser "processados" judicialmente em caso de agravamento da doença, os ACSs, no seu cotidiano, atuam com maior liberdade e autonomia. Mesmo submetidos ao controle e ao modelo da biomedicina, eles não hesitam em procurar, como ACSs de outras regiões, "caminhos e estratégias que julgam importantes para lidar com o sofrimento e os problemas de sua gente" (David 2001: 229).

Com a entrada em operação do barco Abaré[18], do PSA, uma nova atividade ampliou o leque de trabalho dos ACSs do Tapajós: foi-lhes atribuída a responsabilidade de organizar e orientar a triagem das pessoas para as consultas realizadas nas comunidades por ocasião da visita do barco. Decidir sobre quem será ou não atendido é uma situação embaraçosa e geradora de conflitos, uma vez que pode resultar em ruptura de relações internas de reciprocidade. Para o ribeirinho, ser excluído da consulta realizada na própria comunidade é motivo de descontentamento, especialmente por critérios estabelecidos externamente e aplicados por alguém da própria comunidade. Como o ACS está na "ponta", isto é, interage diretamente com a comunidade, da qual é membro,

é ele quem sofre retaliações, cobranças, críticas, acusações e, inclusive, ameaças que os outros profissionais da equipe de saúde nem sempre compreendem ou que desqualificam. Esse conflito resulta de uma situação na qual as "ações padronizadas em saúde" colidem tanto com o "princípio de participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde quanto com o pressuposto da integração dos sistemas terapêuticos" (Cardoso 2005:s.p.).

Durante as visitas do Abaré ocorridas entre abril e maio de 2007, os ACSs da Prainha do Tapajós, Itapaiuna e Paraíso não se encontravam nas comunidades, para não ter "dor de cabeça" com a triagem. Ausentar-se para evitar "dor de cabeça" não significa negligência, descomprometimento ou descaso, como se poderia pensar ou acusar, porque a dor de cabeça resulta das preocupações com as exigências do seu dia-a-dia e com os preparativos para a visita do barco e a realização das consultas. Silva e Dalmaso (2002b) observam que os ACSs consideram como "muito pesado" tudo aquilo que se situa no campo das contradições sociais que eles enfrentam no seu cotidiano de trabalho. Moaçara e outros ACSs se queixam de "dor de cabeça" quando são colocados na condição de intermediários entre a comunidade e os profissionais de saúde, sobretudo naquelas situações em que lhes são atribuídas responsabilidades conflitantes com o modelo terapêutico local ou com compromissos sociais. Ela, bem como outros ACSs, é cobrada tanto pelos comunitários, que querem fazer as consultas, quanto pela equipe médica, que cobra uma racionalidade segundo o modelo clínico biomédico (Martines & Chaves 2007) na organização dos atendimentos.

Silva e Dalmaso (2002b: 81) e Martines e Chaves (2007) indicam que tensão, ansiedade, solidão, angústia, frustração e desamparo entre os ACSs ocorrem quando eles se sentem pressionados pela equipe de saúde e pela comunidade. Tais sentimentos surgem porque se sentem impotentes para realizar satisfatoriamente as atividades que lhes são cobradas. Nessas circunstancias "a cabeça fica quente e dói", sintoma semelhante ao de "mau-olhado de bicho".

CONCLUSÃO

Os ACSs surgiram no contexto de um programa internacional implementado pelos Estados nacionais e destacam-se no desenvolvimento de ações em atenção primária à saúde em nível municipal. São considerados pelos poderes públicos municipais da região do Tapajós e pelas ONGs que ali atuam em saúde como agentes fundamentais para a implementação de programas de atendimento diferenciado em saúde para a população ribeirinha. Através da sua atuação foi possível compreender como eles articulam as concepções locais sobre saúde e doença com aquelas fornecidas pela biomedicina, e a forma como se inserem nas políticas públicas em saúde segundo a organização política comunitária baseada no parentesco.

Contratados e treinados para atuar no âmbito de políticas em saúde orientadas pelo modelo biomédico, são estimulados a desconsiderar ou desqualificar o modelo terapêutico tradicional. Contudo, por serem membros de uma comunidade que adota essas práticas e porque eles próprios acreditam nelas, transitam entre dois

universos cosmológicos e atuam como mediadores entre dois sistemas médicos e entre os objetivos das políticas sociais implementadas pelo Estado e as demandas políticas locais. Orientados e capacitados em oficinas e cursos promovidos por diferentes instituições para exercer suas atividades no âmbito do modelo biomédico, os ACSs vivem a experiência ambígua de atuar segundo esse modelo simultânea ou alternadamente com as concepções e práticas terapêuticas tradicionais. Considerando os vínculos, individuais ou coletivos, dos ACSs com diferentes instituições (governamentais, não-governamentais e religiosas), eles transitam num universo polissêmico, onde diferentes agências apresentam diferentes formas de entendimento do processo saúde, doença e cura, e disputam, também no campo da saúde, poder para estabelecer um modelo ideal de sociedade. Esse campo se configura como um mercado simbólico, no interior do qual o moderno e o tradicional disputam poder para "legitimar sua própria visão de mundo e práticas sociais" (Garnelo 2001:244).

A condição de mediadores entre as perspectivas cosmológica local e a científica sobre saúde, doença e cura coloca os ACSs numa série de situações contraditórias e conflituosas em suas atividades cotidianas. Embora existam restrições e estejam submetidos ao controle e ao modelo da biomedicina, no seu cotidiano atuam com maior liberdade e autonomia. Não hesitam em adotar procedimentos que considerem adequados para acabar com ou minimizar o sofrimento daqueles que os procuram. Ao se eximirem do julgamento moral acerca das concepções e práticas terapêuticas tradicionais, os ACSs ampliam o leque de possibilidades e evitam afetar sua relação com a comunidade, o que aconteceria se apenas reproduzissem mecanicamente os discursos e práticas dos profissionais de saúde.

Eles possuem papel destacado nas comunidades ribeirinhas do baixo Tapajós por controlarem bens simbólicos que lhes conferem poder e prestígio. Mas, por não poderem atender a todas as demandas dos moradores, devido ao "regulamento" imposto pelo programa vivem, muitas vezes, situações de confronto com aqueles. Os ACSs se queixam de "dor de cabeça" — principal sintoma de "mau-olhado de bicho" — quando se encontram na condição de intermediários entre a comunidade e os profissionais de saúde, sobretudo naquelas situações em que lhes são atribuídas responsabilidades conflitantes com o modelo terapêutico local. Como seu trabalho requer grande esforço pessoal e familiar, vivenciam situações de vulnerabilidade a sofrimento e riscos decorrentes do cotidiano de trabalho, o que afeta sua qualidade de vida.

A aceitação da intervenção do ACS na vida familiar está relacionada ao vínculo religioso e às suas relações de parentesco com as famílias que compõem a comunidade. Conflitos interfamiliares implicam em rejeição ou críticas ao seu trabalho — se isso acontece, o seu cargo passa a ser disputado por outras famílias. Como ele interage cotidianamente com a comunidade da qual é membro, é quem sofre cobranças, críticas, acusações e, inclusive, ameaças que os outros profissionais de saúde nem sempre compreendem ou que desqualificam.

No conjunto de atividades desenvolvidas pelos ACSs que atuam no baixo Tapajós, a excessiva normatização do cumprimento de protocolos burocráticos, a verticalização das decisões, a influência sanitarista cobradora de resultados estatísticos e as exigências técnicas tensionam sua atuação junto à população. Verifica-se que a organização padronizada das ações em saúde obedece a uma racionalidade contabilista que preside as ações

definidas pelo modelo biomédico. Racionalidade associada, em nível local, à lógica do sistema de aviamento. Do ponto de vista da produtividade individual, avaliada a partir dos protocolos que precisam preencher e apresentar mensalmente — "entrega da produção" —, atendem às exigências, mas diferentes situações vivenciadas cotidianamente não são computadas nas estatísticas oficiais.

Meus dados etnográficos mostram que o itinerário terapêutico é percorrido circularmente de forma meândrica. A necessidade de deslocamento para consulta com outro especialista local de cura ou com um médico sinaliza a gravidade da doença. Caso seja "desenganada pelos médicos", a pessoa recorre novamente aos pajés e curadores. Embora reconheçam a eficácia dos "recursos da medicina" e digam que o médico é o "último recurso", é freqüente o doente retornar aos cuidados dos especialistas locais de cura, pois algumas doenças só eles curam, mesmo aquelas consideradas inicialmente como não lhes pertencente. Isso porque a persistência da doença e a ineficácia dos procedimentos terapêuticos da biomedicina levam o doente e seus familiares a interpretarem-na como sendo causada por um "bicho".

Agentes externos ligados à área da saúde têm, historicamente, tentado implementar mudanças nos costumes e valores dos ribeirinhos do baixo Tapajós, em âmbito local, a partir de outra racionalidade e de outro modelo. Entretanto, a população ribeirinha apreende as agências bilaterais e multilaterais de desenvolvimento, o poder público (federal, estadual e municipal) e as ONGs segundo seus próprios esquemas culturais, o que indica ser a esfera pública uma forma visível da esfera cosmológica. Ao associar as instituições aos seres capazes de mudar de aparência, colocam a política no interior de um campo semântico e classificatório que lhes é familiar e lhes fornece elementos para orientar suas estratégias. É a partir dessa lógica que organizam seu modo de vida, seguem seu itinerário terapêutico e atuam no processo de implementação de projetos modernizadores, orquestrando-os de modo nativo em nível local. Domesticando-os.

As expectativas de um conjunto de agentes modernizadores, de que o conhecimento científico substituiria as crenças no sobrenatural e que a medicina moderna seria o último recurso contra os especialistas locais de cura, não se confirmaram. Não obstante diferentes agentes proporem mudanças, os ribeirinhos as articulam às novas idéias ou práticas de acordo com sua própria lógica e segundo seus próprios interesses. Mesmo demandando por serviços públicos em saúde, os reordenam em nível local segundo seus próprios modelos culturais, os quais são atualizados conjunturalmente. Mantêm, assim, vivas suas práticas terapêuticas tradicionais associadas às biomédicas, e continuam sendo assombrados por "bichos" que se manifestam sob diferentes aparências, "engerados" em outras qualidades de seres.

João Valentin Wawzyniak *é Doutor em Ciências Sociais pela Universidade Federal de São Carlos e Professor Adjunto do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Londrina.*

NOTAS

1 Pajé e curador possuem os mesmos conhecimentos e habilidades, mas apenas o primeiro pode realizar viagens aos encantes e transformar-se em outras espécies de seres.

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

3 Além de formalizar o estabelecimento da participação da população na gestão da saúde, abriu caminho para a utilização das medicinas tradicionais nos sistemas de atendimento e reconheceu seus praticantes (Silva & Dalmaso 2002a e 2002b; Queiroz 2003; Langdon et al. 2006; Baum 2007).

4 Smeke e Oliveira (2001: 121), analisando a atuação do Sesp, salientam a importância atribuída à relação entre exploração das matérias-primas estratégicas e serviço sanitário, que "daria conta de controlar as grandes endemias da região a partir de uma educação sanitária que utiliza técnicas didáticas mais modernas, como grupos, recursos audiovisuais e desenvolvimento de lideranças comunitárias".

5 O PSA é uma ONG que atua na região do interfluvio Tapajós, Arapiuns e Amazonas desde 1987. Em seu material de divulgação, o PSA se define como "uma experiência comunitária na Amazônia", onde atua em comunidades ribeirinhas dos rios Amazonas, Arapiuns e Tapajós de acordo com o modelo biomédico (Ceaps/Projeto Saúde & Alegria 2007).

6 A Igreja da Paz, na verdade Missão Paz (Missão Projeto AmaZônia), é uma organização missionária cristã, de confissão evangélica, de origem norte-americana. A sede da Igreja, no Brasil, fica em Santarém. Um dos seus objetivos fundamentais é "ministrar" a pessoa integralmente, isto é, além de cuidar da dimensão espiritual, dedica-se ao atendimento das necessidades físicas, emocionais e educacionais da população da Amazônia, o que é feito através de amplos programas de assistência social, de saúde e educação.

7 A Fundação Esperança, fundada em 1970, é uma organização voltada à atenção primária à saúde, inicialmente vinculada à Igreja católica. Transformada posteriormente em ONG sem vínculos com a Igreja católica, continuou a atuar na área da saúde, com médicos e enfermeiros voluntários e contratados. Em convênio com a prefeitura de Belterra, foi responsável por vários cursos de capacitação de ACSs do município.

8 Laurelino Cruz, já falecido, foi o fundador de uma extensa parentela que abrange toda a comunidade Taquara e uma importante liderança política das comunidades atualmente situadas no perímetro da Flona; também era (e é) conhecido nas comunidades das duas margens do Tapajós pelo poder que tinha de curar. Para maiores detalhes ver Vaz (2008) e Wawzyniak (2008).

9 Gracir é um conhecido curador residente na comunidade de Nuquini, situada na margem esquerda do Tapajós.

10 O termo regulamento, quando escrito entre aspas, é uma categoria nativa que indica uma alusão ao conjunto das rígidas normas estabelecidas pelos antigos patrões, as quais ordenavam à utilização de práticas apropriadas para a extração do látex, e definiam regras de trabalho e convívio social. O regulamento tratava de reforçar a consciência do indivíduo no sentido de ser criada uma atitude favorável à natureza do seu trabalho.

11 Em 2005, dos 65 ACSs participantes de uma oficina sobre Saúde Reprodutiva, 60 confirmaram que haviam sido "atacados de mau-olhado de bicho".

12 Tanto os "remédios do mato" como os "remédios de farmácia", receitados pelos médicos, são "magnetizados" com orações a fim de terem ampliadas as suas propriedades terapêuticas.

13 Aqui, "trabalho", como categoria êmica, aproxima-se da definição de Maluf (2005: 500), embora advinda de outro contexto etnográfico: é "empregada para descrever e sintetizar o conjunto de atividades rituais e/ou terapêuticas realizadas".

14 "Filho particular" é aquele tido fora do casamento.

15 Aviamento é um sistema de adiantamento de mercadorias cuja dívida é registrada em livro contábil, para posterior pagamento em produtos, extrativos ou agrícolas, que teve início na Amazônia no período colonial, consolidou-se como sistema de comercialização a crédito no ciclo da borracha, quando passou a dominar todas as esferas da produção, inclusive estabelecendo uma moralidade

que regula as relações sociais (Aramburu 1994). Para Wagley (1988), na Amazônia o aviamento estabeleceu-se como elemento estrutural das relações sociais; para Aramburu (1994: 83), "esse sistema tem um efeito globalizado ao possibilitar o engajamento do produtor do mercado e dessa maneira relacioná-lo com a sociedade regional, nacional e internacional".

16 Na Amazônia, a categoria "colocação" expressa uma unidade socioespacial situada no interior da floresta e abrange áreas de seringa nativa, mata virgem, capoeiras, roça e habitação do seringueiro. Durante o ciclo da borracha, esta área era destinada temporariamente ao trabalhador pelo seringalista, "patrão", para nela exercer atividades extrativas.

17 Silva e Silva (2007) verificaram que também entre os ACSs que atuam em seringais de Xapuri, no Acre, as relações de parentesco e forças políticas locais influenciam nas escolhas de quem vai candidatar-se à seleção. Fato também observado por Langdon et al. (2006) entre as aldeias da TI Kaingang de Xapecó, em Santa Catarina.

18 Com o objetivo de garantir um atendimento continuado à população ribeirinha dos três rios onde atua, o PSA encomendou a construção do "barco da saúde", um navio cujo nome é Abaré. Nele atua uma equipe médica e odontológica, contratada ou voluntária. Suas principais ações em saúde estão voltadas à "atenção básica como pré-natal, PCCU, planejamento familiar, hiperdia, imunizações, saúde oral, saúde da criança, atendimentos médicos, pequenas cirurgias, atendimentos ambulatoriais e realizações de exames de rotina" (Pena 2006). Pretende-se que, até 2010, o Abaré seja incorporado pelo SUS, no âmbito do Programa Saúde na Floresta, como uma Unidade Móvel de Saúde, em convênio com as prefeituras de Santarém, Belterra e Aveiro.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Rita. 2001. Relatório de viagem ao rio Tapajós. Brasília: Funai. mimeo.

ARAMBURU, Mikel. 1994. "Aviamento, modernidade e pós-modernidade no interior amazônico". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 9(25): 82-99.

BAUM, Fran. 2007. "Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veinteuno". *Medicina Social,* 2(1): 37-46. Disponível em: <http://journals.sfu.ca/social medicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/84/173>. Acesso em: 11 nov. 2007.

BENEVIDES, Iracema de Almeida. 2001. "Viagem pelos caminhos do coração: uma abordagem em verso e prosa sobre as possibilidades e limites do Programa de Saúde da Família". In: E. M. Vasconcelos. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec.

BORNSTEIN, Vera Joana & Eduardo Navarro Stotz. 2007. "Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura". *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1): 259-268. Disponível em: <www.abrasco.org.br/cienciaesaúdecoletiva>. Acesso em: 21 nov. 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. 2000. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

BUCHABQUI, Jorge Alberto; Edison Capp & Dênis Roberto da Silva Petuco. 2006. "Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino aprendizagem em saúde". *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(11): 32-38.

CAMPOS, André Luiz Vieira. 2006. *Políticas internacionais de saúde na Era Vargas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

CAPRARA, Andréa. 1998. "Médico ferido: Omolu nos labirintos da doença". In Paulo César Alves & Miriam Cristina Rabelo (orgs.). *Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relúme-Dumará.

CARDOSO, Marina Denise. 2005. "Da pluralidade terapêutica à lógica da diferença – o contexto alto-xinguano do Brasil Central". In *Reunião de Antropologia del Mercosur: Identidad, Fragmentación y Diversidad*, 6. Mondevideo: mimeo.

CARNEIRO DA CUNHA, Manuela. 1999. "Xamanismo e tradução". In Adauto Novaes. (org.). *A outra margem*. São Paulo: Companhia das Letras.

CEAPS/PROJETO SAÚDE & ALEGRIA. 2006. Projeto Saúde e Alegria. Disponível em: <www.saudeealegria.org.br/jornal>. Acesso em: 3 jul. 2006.

CONFALONIERI, Ulisses. E. C. 2005. "Saúde na Amazônia: um modelo conceitual para análise de paisagens e doenças". *Estudos Avançados*, 19(53): 221-236.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. 2001. "De povo de Deus à institucionalização domesticadora: mudanças e passagens em duas décadas de educação popular com agentes comunitários de saúde". In: Eymar Mourão Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec.

DESCOLA, Philippe. 1999. "A selvageria culta". In: Adauto Novaes. (org.). *A outra margem*. São Paulo: Companhia das Letras.

ERTHAL, Regina Maria de Carvalho. 2003. "A formação do agente de saúde indígena Tikuna no alto Solimões: uma avaliação crítica". In: Carlos E. A Coimbra Jr; Ricardo Ventura Santos & Ana Lúcia Escobar. (orgs.). *Epidemiologia e saúde*

dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

FERNANDES, João Cláudio L. 1992. "Agentes de saúde em comunidades urbanas". *Cadernos de Saúde Pública*, 8(2): 134-139.

FOLLÉR, Maj-Lis. 2004. "Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais da saúde". In Esther Jean Langdon & Luiza Garnelo. (org.). *Saúde dos povos índígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA.

GARNELO, Luiza. 2001. "Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena". In Eymar Mourão Vasconcelos (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec.

GIFFIN, Karen & SHIRAIWA, Tizuko. 1989. "O agente comunitário de saúde pública: a proposta de Manguinhos". *Cadernos de Saúde Pública*, 5(1): 24-44.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli & Angela Maria Magosso Takayanagui. 2006. "O trabalho do agente comunitário de saúde". *Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunitária*, 2(5): 23-29.

LANGDON, Esther Jean et al. 2006. "A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina". *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12): 2637-2646.

LÉVI-STRAUSS, Claude. 1975. "O feiticeiro e sua magia". In *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro: 198-213.

LEVY, Flavia Mauad; Patrícia Elizabeth Souza Matos & Nilce Emy Tomita. 2004. "Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde". *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (1): 197-203.

MALUF, S. W. 2005. "Mitos coletivos, narrativas pessoais: cura ritual, trabalho terapêutico e emergência do sujeito nas culturas da 'nova era'". *Mana*, 11(2): 499-528.

MARTINES, Wânia Regina Veiga & CHAVES, Eliane Côrrea. 2007. "Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família". *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (3): 426-433.

MURPHY, Robert F. 1958. *Mundurucú religion*. Berkley: University of Califórnia Press; Londres: Cambridge University Press.

NOGUEIRA, Roberto Passos; Frederico Barbosa Silva & Zuleide do Valle Oliveira Ramos. 2007. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/td-pdf>. Acesso em: 21 nov. 2007.

NUNES, Everardo Duarte. 1998. "As ciências sociais em saúde na América Latina: uma história singular". In Carlos Botazzo & Sérgio Fernando Torres de Freitas (org.). *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas*. São Paulo/Bauru: Ed. Unesp/Edusc.

_____. 2003. Ciências sociais em saúde: um panorama geral. In Paulete Goldenberg; Regina Maria Giffoni Marsiglia & Maria Helena de Andréa Gomes (orgs). O clássico e o novo*:* tendências, objetos e abordagens em ciências sociais em saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

NUNES, Maria de Oliveira et al. 2002. "O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico". *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (6): 1639-1646.

PENA, Fabio. 2006. A saúde que chega de barco. Inauguração do barco Abaré marca nova etapa do Programa Saúde na Floresta. 30 ago. 2006. Disponível em: <http://www.saudenafloresta.blogspot.com/>. Acesso em: 13 dez. 2006.

QUEIROZ, Marcos S. 2003. *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: Edusc.

SAHLINS, Marshal. 1999. *Ilhas de história*. Rio de Janeiro: Zahar.

SILVA, Joana Azevedo & Ana Silvia Whitaker Dalmaso. 2002a. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.

_____. 2002b. "O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6(10): 75-94.

SILVA, Mauro César da & SILVA, Valéria Rodrigues da. 2007. Gênero, saúde e meio ambiente: o trabalho do agente comunitário de saúde na Amazônia Ocidental. Disponível em: <www.alasru.org/cdalasru2006>. Acesso em: 21 nov. 2007.

SILVEIRA, Nádia Heusi 2004. "O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami". In Esther Jean Langdon & Luiza Garnelo, (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa/ABA.

SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro; Nayara Lucia Soares Oliveira. 2001. "Educação em saúde e concepções de sujeito". In Eymar MourãoVasconcelos. (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec.

SOUZA, Maria. Fátima. 2003. *Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo*. São Paulo: Hucitec.

TOMAZ, José Batista Cisne. 2002. "O agente comunitário de saúde não deve ser um 'super-herói'". *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 6 (10): 75-94.

TURNER, Victor. 1980. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo Veinteuno.

VASCONCELOS, Eymar Mourão. 2001. "Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira". In Eymar MourãoVasconcelos (org.) *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec.

VAZ, Florencio. 2008. "A pajelança e a emergência étnica indígena no baixo Amazonas". In *Reunião Brasileira de Antropologia*, 26, Porto Seguro, 1 a 4 de junho 2008. mimeo (Trabalho apresentado no GT 24 - Etnias e religiosidade: perspectivas políticas e cosmológicas).

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 1996. "Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio". *Mana*, 2 (2): 115-144.

_____. 2002. "Perspectivismo e multinaturalismo na América indígena". In *A inconstância da alma selvagem – e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac & Naif.

WAGLEY, Charles. 1945. "A educação sanitária no Brasil". *Boletim do Sesp*, 5, (agosto): 5.

_____. 1988. *Uma comunidade amazônica*. Belo Horizonte: Itatiaia/Edusp.

WAWZYNIAK, João Valentin. 2003. "'Engerar': uma categoria cosmológica sobre pessoa, saúde e corpo". *Ilha: Revista de Antropologia*, 5 (2): 33-55.

_____. 2008. Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre ribeirinhos do baixo rio Tapajós, Pará – Brasil. Tese de Doutorado em Ciências Sociais. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

Agentes Comunitários de Saúde: transitando e atuando entre diferentes racionalidades no rio Tapajós, Pará, Brasil

RESUMO

Analisar a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS - em comunidades ribeirinhas do rio Tapajós, estado do Pará, Brasil, é o principal objetivo deste artigo. Esses agentes são considerados - por organismos internacionais, nacionais e estaduais - como elementos fundamentais na atenção primária à saúde por serem membros da comunidade onde atuam. Entretanto, nas suas atividades cotidianas, transitam no espaço fronteiriço entre o modelo terapêutico tradicional e o biomédico, e entre a racionalidade das políticas públicas em saúde e a lógica política local. Pretende-se compreender como os ACSs articulam tais esferas segundo orientações culturais, bem como as implicações da implementação e execução de políticas públicas em saúde direcionadas à população ribeirinha. O material etnográfico foi obtido durante pesquisa de campo realizada entre 2005 e 2007 nas comunidades ribeirinhas situadas no perímetro da Floresta Nacional do Tapajós e nas cidades de Santarém e Belterra.

PALAVRAS-CHAVE: agente comunitário de saúde; antropologia da saúde; modelos terapêuticos; ribeirinhos; saúde pública.

Community Health Agents: Acting between different Rationalities in the Tapajós River, Pará, Brazil

ABSTRACT

This article aims to analyze the performance of Community Health Agents - CHA – in the riverbank communities of the Tapajós River. These agents are considered – by international, national and state agencies - essential elements in providing primary health care, since they are members of the community in which they work. However, during their routine activities, they operate on the borderline between the traditional and biomedical therapeutic model and between the rationality of public policies and the local policy logics. The objective is to understand how the CHAs articulate these spheres according to cultural orientations, as well as the implications of the implementation and execution of health public policies directed towards riverbank populations. The ethnographic material was collected during a fieldwork carried out between 2005 and 2007, in the riverbank communities of the Tapajós National Forest area, in the cities of Santarém and Belterra.

KEYWORDS: community health agent; anthropology of health; therapeutic models; riverbank communities; public health.

Recebido em 26/02/2010
Aprovado em 31/07/2010