

**Saúde dos povos indígenas**  
**Reflexões sobre antropologia participativa**

Esther Jean Langdon

Luiza Garnelo

Organizadoras

Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia 2004

# Sumário

## **Apresentação**

Antonio Carlos Lima da Souza 4

## **Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia**

João Pacheco Oliveira Filho 6

## **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde.**

Esther Jean Langdon 25

## **Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro**

Dominique Buchillet 42

## **A Intervenção como um processo em construção: notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang.**

Marlene Oliveira 55

## **O “ fazer antropológico ” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá Guarani, no Rio Grande do Sul**

Luciane Ouriques Ferreira 70

## **O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami**

Nadia Heusi Silveira 88

<b>Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde.</b>	
Mai-Lis Follér	103
<b>Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção a saúde indígena: contribuições da antropologia</b>	
Eliana Diehl e Norberto Rech	117
<b>Medicina Tradicional Baniwa:</b>	136
<b>uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria</b>	
Luiza Garnelo, Sully Sampaio, Gary Linn e André Fernando Baniwa	
<b>Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões a partir do caso do Alto-Xingu</b>	
Marina Cardoso	155
<b>Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas</b>	
Renato Athias	171
<b>As equipes de saúde diante das comunidades indígenas: reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços de atenção à saúde indígena</b>	
Marcos Pellegrini	184

## Informações sobre os autores

- 1) **Esther Jean Langdon** é professora titular no Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina e Pesquisadora de CNPq. Conduziu pesquisa de campo sobre xamanismo e o sistema médico entre os índios Siona da Colômbia. Radicada no Brasil há vinte anos, ela vem acompanhando a política de saúde indígena desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Fundou o Núcleo de Saberes e Saúde Indígena (NESSI) da UFSC e atualmente é coordenadora. Participou como membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena entre 1993 e 1998 e 2001-2004. Realizou assessoria e avaliação com projetos de saúde indígena no Alto Rio Negro e Mato Grosso. Atualmente ela é membro do Grupo de Trabalho da ABRASCO e assessora do Centro de Monitoramento de Pesquisa e Intervenção em Saúde Mental para Populações Indígenas (Londrina). Conta com publicações internacionais e nacionais sobre xamanismo, cosmologia, antropologia da saúde, e outros temas
- 2) **Dominique Buchillet** é antropóloga, pesquisadora titular do IRD-Institut de Recherche pour le Développement (França). Desenvolve pesquisas em antropologia da saúde na região do alto rio Negro desde o início dos anos 1980 no âmbito de projetos de cooperação científica entre o IRD e várias universidades e instituições científicas brasileiras (Museu Paraense Emílio Goeldi, Universidade de Brasília, Universidade de São Paulo, Instituto Socioambiental) via um convênio de cooperação IRD/CNPq. Publicou vários capítulos de livro e artigos em revistas nacionais e internacionais sobre xamanismo, antropologia da saúde e da doença, epidemias e contato interétnico e política indigenista no Brasil. Assessorou projetos de saúde na região do alto rio Negro e avaliou, a pedido do DESAI-Departamento de Saúde Indígena da FUNASA vários projetos de pesquisa em saúde indígena. Realizou, por fim, uma consultoria antropológica sobre os projetos de saúde indígena na Amazônia Legal no âmbito do PPTAL-Programa Integrado de Proteção às Terras e Populações Indígenas da Amazônia Legal/Banco Mundial
- 3) **Marlene Oliveira** Pesquisadora em Antropologia da Saúde – Coordenadora do Programa de Atendimento Kaingáng da Prefeitura Municipal de Londrina (PR), Coordenadora do Centro de monitoramento em Saúde Mental e alcoolismo em Populações Indígenas, associada ao Núcleo de Saberes e Saúde Indígena da UFSC. Obteve o título de Especialização na Universidade Estadual de Londrina e vêm realizando pesquisa e intervenção em saúde entre os Kaingang por vários anos, o projeto atual sendo “Alcoolismo entre o Povo Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi” Foi responsável para três seminários sobre saúde e antropologia financiados pelo Ministério de Saúde e os trabalhos de dois destes foram publicados em *Anais da 1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/Aids para as Populações Indígenas das regiões Sul e Sudeste, e do Mato Grosso do Sul* e *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*.
- 4) **Luciane Ouriques Ferreira** é doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina e Pesquisadora Associada ao Centro de Monitoramento de Intervenção e Pesquisa sobre Alcoolismo

e Saúde Mental entre Povos Indígenas – Fundação Nacional de Saúde. Antropóloga Iniciou pesquisa de campo entre os Mbyá-Guarani em 1997 para sua dissertação de Mestrado, intitulado “*MBA’E ACHÿ: A Concepção Cosmológica da Doença entre os Mbyá-Guarani num Contexto de Relações Interétnicas – RS*”. Atualmente é responsável pelo Projeto de Pesquisa Antropológica e Intervenção Intra-Cultural para a Redução do Uso Abusivo das Bebidas Alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, Rio Grande do Sul.

- 5) **Nadia Heusi Silveira** é nutricionista graduada pela UFSC em 1988. Atuou por 10 anos como nutricionista em vários campos, principalmente relacionados à nutrição clínica. Em 2000 terminou o Mestrado em Antropologia na UFSC. Sua dissertação trata de pesquisa em antropologia da saúde e é intitulado *Narrativas sobre Cancêr: A Perspectiva do Doente*, 2000. Trabalhou em saúde indígena, com os Yanomami Ocidentais entre 2001 e 2003, vinculado ao DSEI Yanomami. Atualmente ela está Professora do curso de nutrição na Universidade Católica de Dom Bosco e está Iniciando pesquisa junto ao Núcleo de Estudos e Pesquisas das Populações Indígenas (NEPPI-UCDB) sobre alimentação entre os Guarani Kaiowá.
- 6) **Mai-Lis Follér** obteve seu doutorado em ecologia humana na Universidade de Göteborg e é professora ajunto de Estudos Latino-americanos e Diretor do Instituto dos Estudos Ibero-americanos neste universidade. Conduziu pesquisa em antropologia médica no México (1990-92) e no Peru (1985-1996). No Peru também realizou intervenção e avaliação em colaboração com o projeto AMETRA – Aplicação da Medicina Tradicional – estabelecido entre os Shipibo-Conibo em 1982. Outros colaborações incluem assessoria e avaliação com projetos Shipibo apoiados por Sueca que tratam de formação de parteiras tradicionais e medicina tradicional com enfoque em fitoterapia. No Brasil, ela tem ministrado cursos no FIOCRUZ e ultimamente realizou pesquisa sobre a emergência da política de AIDS. Suas publicações contam a de sua tese (*Environmental Changes and Human Health. A Study of the Shipibo-Conibo in Eastern Peru*), com livros organizados por ela sobre ecologia humana, saúde da mulher indígena, e vários artigos publicados em livros e revistas acadêmicos.
- 7) **Eliana Elisabeth Diehl** é Professora na Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências Farmacêuticas e integrante do corpo docente do Curso de Especialização/Modalidade Residência em Saúde da Família/UFSC. Ela é Membro Titular, representando as Universidades, do Conselho Distrital de Saúde Indígena do Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul (CONDISI-INSUL) e também Membro Suplente, representando as Instituições de Ensino, Pesquisa e Extensão, na Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI)/Conselho Nacional de Saúde/MS. Realizou seu Doutorado em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz/MS, com atuação em pesquisas na área de saúde indígena (interfaces entre Saúde Pública e Antropologia).

**Norberto Rech** é Professor na Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Ciências Farmacêuticas e integrante do corpo docente do Curso de

Especialização/Modalidade Residência em Saúde da Família/UFSC. No Ministério da Saúde ele é Secretário Adjunto de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e do Ministério da Saúde é Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica/SCTIE/MS. Obteve seu Mestrado em Farmácia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com atuação no campo de políticas de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos e pesquisa na área de uso de medicamentos. É Coordenador Nacional do Grupo *Ad Hoc* de Política de Medicamentos do MERCOSUL

- 8) **Luiza Garnelo** é sanitarista e doutora de antropóloga, professora da Universidade Federal do Amazonas, pesquisadora do Centro de Pesquisa Leônidas & Maria Deane (FIOCRUZ). Desenvolve pesquisas em antropologia da saúde no Alto Rio Negro e em epidemiologia e políticas de saúde indígena. Coordena o projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena/RASI, que atua há 15 anos em S. Gabriel da Cachoeira na área de capacitação de recursos humanos e conselheiros de saúde indígena e assessoramento a organizações comunitárias indígenas.

Gary Lynn é sociólogo, professor de sociologia médica na Universidade do Tennessee e pesquisador associado ao projeto RASI.

Sully Sampaio é cientista social, especialista em gestão para o etnodesenvolvimento, atua no projeto RASI (UFAM) desempenhando atividades de capacitação de conselheiros e agentes indígenas de saúde e assessoramento a organizações indígenas.

André Fernando Baniwa é presidente da Organização Indígena da Bacia do Içana/OIBI, é membro da etnia Baniwa, fratria Walipere e tem coordenado projetos de desenvolvimento sustentável, capacitação de lideranças indígenas e iniciativas de revitalização da cultura Baniwa.

- 8) **Marina Cardoso** formou em Ciências Sociais pela UFMG, Mestre em Antropologia Social pela UNICAMP, Ph.D. pela Universidade de Londres (Department of Anthropology- University College London-). Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Desenvolve pesquisas na área de antropologia da saúde, particularmente, projetos relativos à assistência psiquiátrica e políticas de saúde pública, e, mais recentemente, políticas de saúde indígena, a partir do acompanhamento da implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu, junto a comunidade Kalapálo. Dentre suas publicações, destaca-se o livro “Médicos e Clientela: da assistência psiquiátrica à coletividade”, pela EdUFSCar/FAPESP.
- 10) **Renato Athias** doutor em antropologia (Universite de Paris X) atual coordenador do Programa de Pós Graduação em antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, faz parte do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade (NEPE) é membro do Conselho Deliberativo da Associação Saúde Sem Limites. Participa de projetos na área da saúde na região do rio Negro, onde realizou sua pesquisa do

doutorado, e entre os Pankararu em Pernambuco. É membro do Conselho Distrital do DSEI de Pernambuco.

- 11) Marcos Pellegrini** é médico, mestre em Antropologia Social, doutorando do PPGAS/UFSC, consultor da Fundação Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde. Trabalhou na prestação de serviços de saúde entre os Yanomami em Roraima, os Madiha, Kaxinauá e seringueiros do Alto Purus no Acre. Desenvolve projeto de pesquisa sobre os usos da linguagem entre os Yanomami e os novos contextos de relação intercultural.

## Apresentação

O conjunto de textos aqui reunidos apresenta-nos a alguns problemas que nos contam tanto das características da formação em antropologia oferecida pela universidade no Brasil de hoje, quanto das possibilidades que o profissional em antropologia encontra quando se defronta com intervenções na área das políticas públicas. O que há a ser feito por um jovem antropólogo quando se vê a braços com tarefas práticas como as colocadas pelo desafio da implantação e funcionamento dos distritos especiais de saúde indígena (DSEIs)? Que lógicas presidem não apenas a vida indígena, mas também as ações de nossa administração pública? Basta “entender de Etnologia” para intervir em políticas públicas junto a povos indígenas? Como dialogar com profissionais de outras áreas, como os da Saúde, sem perder a identidade profissional e sem se comportar com arrogância, às vezes sabendo tão pouco do que estes pensam ou fazem em suas práticas profissionais? Afinal, isso é conhecimento antropológico, ou uma mera negociação para a entrada em campo e a elaboração da “verdadeira pesquisa”, um negócio pautado por uma ética de “engajamento permanente” a que o “antropólogo brasileiro”, uma espécie de “ativista” (sic!) *full time*, estaria submetido? Trabalhar em DSEI também é trabalho de antropólogo ou “nosso” lugar é somente na universidade? Não será essa uma tarefa dos quadros de ONGs a que o “acadêmico” responde se quiser?

Estando estas perguntas embutidas nos desvãos de nossa vida acadêmica, a melhor maneira de debatê-las e respondê-las é de certo a que Jean Langdon e Luiza Garnelo escolheram ao propor à 23<sup>a</sup>. Reunião Brasileira de Antropologia, um fórum de pesquisa e ao conceberem um livro a partir das contribuições ali apresentadas. É evidente a importância do livro e de sua publicação pela Associação Brasileira de Antropologia, o que se faz no âmbito do projeto “Direitos Diferenciados, Direitos Humanos, e Políticas Públicas: Os Antropólogos Face à Discriminação no Brasil”, financiado pela Fundação Ford, para o biênio 2003-2005. Aqueles que acompanham, por um lado, os debates quanto à formação e “novos mercados” de trabalho para

---

<sup>1</sup> Vice-presidente e presidente da Comissão de Assuntos Indígenas da Associação Brasileira de Antropologia para o biênio 2002-2004.



antropólogos no Brasil e, por outro, os que têm acompanhado as políticas de Estado em atenção aos direitos sociais dos indígenas no contexto da vigência da Constituição de 1988, em especial a política setorial de saúde indígena, verão nesse livro a construção de um avanço. Trata-se de, a partir de contextos etnográficos precisos, empreender reflexões que não apenas nos remetem às condições reais da pesquisa em antropologia no Brasil contemporâneo, mas também uma iniciativa decisiva no sentido de explicitarmos, enquanto corporação de ofício, as balizas de uma antropologia voltada para entender e assessorar a relação entre povos indígenas e as políticas públicas que os afetam. Mais amplamente, trata-se de perguntar como age e (como agir) um ator/autor enquanto antropólogo em situações em que opera também como um técnico numa situação de intervenção.

A dupla contribuição desse livro – à análise da política de saúde indígena e ao papel dos antropólogos nela – vem-nos em um momento no qual nossa Associação propõe-se a reconhecer suas outras dimensões, por vezes denominadas “extra”, ou “fora”, sempre por nós debatidas, mas sobretudo do ponto de vista da responsabilidade ética e moral. O que aqui se destaca é o intento de integrá-la à globalidade de nossas preocupações seja no plano da geração de conhecimentos, seja no da preparação das novas gerações de profissionais.

## **Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na antropologia<sup>2</sup>**

Só com imaginação e coragem poder-se-ia prever o que aconteceria como Ocidente (e com a antropologia), caso sua fortaleza temporal fosse de repente invadida pelo Tempo do Outro.

*Johannes Fabian*

A própria essência da reflexão é compreender que não se compreendera

*Gaston Bachelard*

De tempos em tempos uma inquietação atravessa os campos da Antropologia, ameaçando com a perda das colheitas e de todas as criações. Fala-se repetidamente sobre uma crise vivida pela disciplina e discute-se com paixão sobre o seu futuro (alguns até chegam a anunciar o seu fim). Como no caso dos flagelos, são identificadas sobretudo causas muito genéricas, exteriores às práticas da disciplina, nas quais as auto-representações permanecem intocadas. Sem respostas novas que nos possibilitem protegermo-nos de tais hecatombes, cansados de um questionamento de pouca utilidade prática, com o tempo voltamos a nos surpreender modelando o barro com nossas próprias mãos, como sempre o fizéramos, construindo figuras e cenas que encantam a todos, mesmo quando muito distintas daquelas que fazíamos no passado. Logo nos esquecemos dos debates anteriores, avaliados como meramente corrosivos. Os argumentos vão para os arquivos e prateleiras, onde os iremos reencontrar anos depois, recobertos de poeira, enquanto continuamos a nos pensar da mesma forma que o fazíamos antes.

---

<sup>2</sup> A primeira versão deste artigo foi apresentado em mesa redonda coordenada por Carlos Guilherme do Valle, na VIII Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste (ABANNE), realizada em São Luís, em junho de 2003, com o título “Sobre desencontros e um certo mal-estar: o que esperam antropólogos, indígenas e autoridades do trabalho antropológico?”. Atendendo à convite das organizadoras deste livro para realizar uma reflexão mais geral sobre a natureza de uma “antropologia da intervenção” busquei transformar aquela comunicação em um texto escrito, procurando priorizar dimensões de maior interesse para os que se ocupam do estudo da saúde indígena. Agradeço ao coordenador e aos participantes da mesa-redonda os comentários e sugestões.

Eu gostaria aqui de sugerir uma outra linha de abordagem ao tema da crise da Antropologia<sup>3</sup>, preferindo usar uma imagem que condensa registros e sensações difusas em uma expressão bastante fluida - “mal-estar”. Diferentemente da crise, o mal-estar não resultaria de fatores externos, mas de uma ameaça interior, de um temor difuso de que alguns comportamentos viessem a romper com o consenso estabelecido e conduzissem a uma quebra de unidade na disciplina. Na realidade retomo um termo comum na literatura antropológica – o de mal-estar (“malaise”), utilizado por alguns autores ilustres (Gluckman & Devons, 1964, Berreman, 1971, Scholte, 1971, entre outros) - como ponto de partida para um esforço crítico interno à disciplina, algo bastante distanciado do inesperado e do inevitável das hecatombes ou da superficialidade e circularidade das modas.

Será que os antropólogos não estariam se envolvendo excessivamente com as simples condições práticas de realização de seu estudo, intervindo na vida e nas instituições nativas (ao invés de apenas observá-las), posicionando-se em questões que deveriam apenas observar e registrar? Não haveria um grande risco em afastar-se dos bons e sólidos cânones da disciplina, relegando a segundo plano a pesquisa científica em benefício de uma excessiva militância, um assistencialismo pouco crítico ou ainda uma mera intervenção administrativa? Será que uma relação muito forte e direta com atores sociais (órgãos públicos, ong’s, organizações indígenas) não distanciaria a pesquisa de um olhar objetivo e explicativo, inscrevendo-a dentro de espaços sociais e cognitivos limitados? O diálogo interdisciplinar por sua vez não estaria submetendo o antropólogo a métodos e finalidades que lhe seriam alheias, enquanto paralelamente lhe trariam questões que escapa a sua competência resolver?

São questões complexas, com níveis bem diferenciados de elaboração, que certamente não poderiam ser esclarecidas por um argumento único. Remetem no entanto a um certo desconforto gerado pela suspeita de que a dimensão política assumida pelo trabalho dos antropólogos estaria afetando negativamente o seu rendimento enquanto pesquisadores, afastando-os de forma inevitável de um foco mais científico e acadêmico. Tal preocupação não se restringe de maneira alguma aos trabalhos versando diretamente sobre políticas públicas, mas abrange igualmente a produção de uma grande quantidade de material etnográfico e de análises nele inspiradas, encontradas sob modalidades diversas (dissertações, teses, relatórios de pesquisa, comunicações em seminários temáticos, etc). Faz algum tempo me debrucei setorialmente sobre o assunto (Oliveira, 2002) ao tratar dos laudos antropológicos (periciais e administrativos), modalidade narrativa de uma grande extensão e riqueza, que contribui significativamente para o conhecimento de povos indígenas, remanescentes de quilombos e populações tradicionais.

Tal como ocorre com os laudos antropológicos também os estudos sobre as práticas de intervenção dos antropólogos em políticas e espaços médico-sanitários parecem bastante distanciados do padrão dos trabalhos pioneiros da Antropologia. Em primeiro lugar tomam partido dos indígenas ao reconhecer-lhes explicitamente direitos (à terra, assistência, à proteção da cultura e ao exercício da cidadania), as suas investigações sempre pretendendo fortalecer o alcance desses fins. Segundo, os indígenas participam extensamente na realização dessas atividades, contribuindo decisivamente também para a

---

<sup>3</sup> Existe uma ampla e interessante bibliografia sobre o problema (Lévi-Strauss, 1961; Leclerc, 1971; Asad, 1973; Stavenhagen, 1975; Stocking Jr, 1980; Krotz, 1982; Handler, 1993; Cardoso de Oliveira, 1998; entre outros). Um painel bem diversificado de opiniões aparece em Berenzon et alli, 1993, com entrevistas realizadas com F. Barth, Eric Wolf, D. Maybury-Lewis, E. Sunderland e outros, durante o XIII Congresso Internacional de Ciencias Antropológicas y Etnológicas, ocorrido em Ciudad do Mexico, julho de 1993.

definição dos objetivos e dos meios de execução da pesquisa. Terceiro, as investigações realizadas pelos antropólogos tem conseqüências sociais importantes, dialogando com diferentes segmentos da sociedade não indígena, colaborando na avaliação das políticas públicas e nas formas de mobilização dos próprios indígenas. Como contrapartida do interesse social que suscitam, tais estudos recebem no universo acadêmico a etiqueta de “aplicados”, o que coloca os seus resultados automaticamente sob suspeita de serem menos permanentes e fundamentados do que outros não rotulados deste modo.

A minha hipótese é que este mal-estar resulta de uma espécie de “cultural lag” entre as práticas concretas de investigação e as auto-representações da disciplina, entre o cotidiano da pesquisa e o discurso normativo que dirige a formação de novos antropólogos. As auto-representações da disciplina caminham muito mais devagar do que as alterações adaptativas registradas no interior da prática concreta das pesquisas antropológicas. O mal-estar resulta de que as verdades operacionais que geraram as condições de possibilidade da prática antropológica, formatando gostos e valores e permitindo aos antropólogos a cristalização de uma identidade própria, não fornecem mais uma carta de navegação inteiramente satisfatória e confiável. É desse descompasso de ritmos que decorre tal mal-estar.

Quais são essas verdades operacionais, cristalizadas como um “habitus” da disciplina, cuja violação (ou ameaça de) nos frustra e incomoda? A mais central entre todas é a externalidade do olhar antropológico, pressuposição que está diretamente conectada com fatores definidores da natureza da pesquisa (a sua dissociação dos interesses em jogo; a preocupação com a descrição objetiva, baseada na observação, na abstração de inferências e no teste empírico; o uso de categorias analíticas na busca de explicações distanciadas e mais eficientes do que as “teorias nativas”).

Se estas são diretivas importantes, que fizeram parte da herança da disciplina, podem também permitir formulações que já não nos parecem mais adequadas. Escolher objetos de investigação distantes no espaço e focalizar costumes e instituições fortemente contrastantes com aqueles do investigador ocidental constituiu-se em artifício prático para estabelecer uma clivagem radical entre o sujeito e o objeto do conhecimento, situados desde então em mundos e em tempos supostamente distintos. Com isso, imaginava-se, estava assegurada a não contaminação do pesquisador pelos valores e rotinas das coletividades observadas, garantindo-se um olhar frio e não partidário, mais capaz de fazer uma descrição objetiva e efetivamente explicativa do universo observado. A viagem, um simples meio, foi tomada como componente de um método, o sucedâneo para a antropologia do laboratório enquanto instrumento básico das ciências experimentais.

A parte efetivamente mais importante desse experimento, que era o estabelecimento das verdadeiras ferramentas de investigação, não mereceu uma atenção similar, vindo a integrar-se subsidiariamente a uma narrativa colorida e sedutora. A observação participante, o convívio prolongado, o aprendizado (tardio e dirigido) de uma cultura e de uma língua, o esforço de afastar-se dos demais brancos, a descrição circunstanciada de eventos e pessoas, a montagem de registros próprios (extensos e sistemáticos), etc, é que foram de fato os componentes da singularidade do olhar antropológico, os fabricantes da positividade de seus dados e portanto a base de seu método. Ainda que freqüentemente consideradas como meras “técnicas” necessárias à imersão do pesquisador (“de fora”) em um meio social que lhe era estranho, seriam justamente elas que possibilitariam o “rapprochement”, permitindo que a descrição do antropólogo não se equipare ao olhar arbitrário de um marciano, mas corresponda a um esforço de descoberta de uma racionalidade social, encoberta aos próprios atores sociais.

## A diversificação de experiências

Desde os estudos pioneiros da antropologia muita coisa mudou - e não apenas por fatores externos. Não se tratava tão somente de buscar encontrar outros “campos” dentro de sua própria sociedade para os pesquisadores que enfrentavam dificuldades crescentes para realizar estudos nas áreas em processo de descolonização<sup>4</sup>. Os estímulos vinham de dentro da própria disciplina, com o desejo de aplicar o olhar antropológico a fenômenos próximos e bastante complexos (como os grupos informais urbanos, as comunidades camponesas, os movimentos migratórios, etc), em exercícios anteriores ou completamente independentes da descolonização. As antigas técnicas foram revistas e adaptadas a essas novas finalidades, enquanto a antropologia buscava deixar de ser a “ciência dos povos primitivos”<sup>5</sup> para transformar-se em um estudo do homem na pluralidade de suas manifestações.

Mais de meio século passou, a antropologia diversificou extremamente suas áreas de atuação e problematizou de forma radical a relatividade das idéias de “home” (o lar ou pátria do observador) e de “nativo”<sup>6</sup>. As técnicas de observação e registro foram muito enriquecidas, as relações entre o pesquisador e seu objeto não podem mais ser descritas sob a ótica do exotismo e do estranhamento. As genealogias entre métodos e conceitos utilizados nos trabalhos pioneiros e nos estudos atuais não estão integradas apenas por relações lineares e de continuidade, mas configuram-se como seletivas, alternadas e abrangentes (isto é, implicando em diálogo com outros autores e outras disciplinas).

Nos momentos de reafirmação identitária contudo todos os troféus recentes são retirados de cima da mesa, como seres mudos e ocos, suspeitos de ligação com outras áreas de conhecimento, enquanto paralelamente se opta por exibir apenas os mais antigos estandartes, marca inquestionável de uma especificidade irreduzível e tranquilizadora.

Cabe observar que a obra dos pioneiros da pesquisa antropológica não autoriza de forma alguma tal atitude. Ao contrário esses autores destacam a singularidade das condições de seus experimentos e manifestam preocupação quanto ao delineamento de outras estratégias de pesquisa voltadas para novas temáticas<sup>7</sup>.

Muita coisa se perde com essa opção nostálgica. Hoje no Brasil a grande maioria dos antropólogos não se ocupa de povos indígenas mas sim com outros fenômenos ocorridos na sociedade nacional. No entanto nos momentos rituais da vida acadêmica,

---

<sup>4</sup> Vide Lévi-Strauss, 1961, texto que além de sua importância intrínseca, deve ser mencionado pois logo foi traduzido para o português, extensamente adotado em cursos e comentado dentro e fora da disciplina, ajudando a conformar uma visão bastante generalizada dos objetivos e métodos da Antropologia.

<sup>5</sup> Essa expressão constava no título de uma coletânea organizada por J. Copans, em que domínios diferentes da disciplina eram apresentados através de textos etnográficos escritos por autores destacados (como Maurice Godelier ou Catherine Backès-Clement). Apesar da intenção inovadora e crítica, os artigos selecionados (com exceção de um dos textos) e as ilustrações apresentadas estampam fotos de pessoas e contextos significativamente considerados representativos de sociedades simples e não ocidentais. O que aponta com clareza a ambiguidade e dificuldade desse processo de auto-consciência.

<sup>6</sup> Strathern (1987) mostra que a idéia de “home” (por oposição ao campo, i.e., “field”) não deve ser associada apenas às identidades mais gerais portadas pelos pesquisadores, mas sim às técnicas de organizar conhecimento (diferentes daquelas do nativo). Por sua vez Narayan (1993) demonstra claramente como é relativa a condição de nativo segundo diferentes situações etnográficas e distintos objetos de investigação.

<sup>7</sup> Apenas para exemplificar eu lembraria o programa de estudos sobre mudança cultural na África (delineado por Malinowski, 1938), a atenção para os fenômenos urbanos e a dimensão das escolhas (Firth) e a ênfase na relação com a história (Evans-Pritchard, 1948 e 1949). É um equívoco chamar de “clássico” o engessamento desses autores em uma representação simplificada.

assim como nos jogos verbais e nas *boutades* do cotidiano, a velha linguagem das pesquisas pioneiras é reeditada em sua plenitude. Todos os objetos de atenção dos antropólogos tornam-se imediatamente “nativos”, independente de sua condição social, horizonte e ideologia. Abusa-se da utilização deste termo, apesar dos pressupostos cognitivos que carrega, bem como de seu forte significado pejorativo. O vínculo que reúne o investigador com as pessoas das quais se ocupa é descrito de maneira unilateral e estereotipada como “relação com o informante”.

Militares, empresários, burocratas, parlamentares, cientistas podem ser qualificados genericamente como “nativos”, omitindo a enorme diferença nas condições de acesso e interlocução, bem como no grau de controle que exercem sobre o uso (presente e futuro) das informações ali obtidas? As importantes e inovadoras pesquisas realizadas com tais grupos sociais só por pura jocosidade podem ser subsumidas diretamente dentro de uma forma de conhecimento assentada na relação colonial.

A recomendação de Laura Nader (1971), de que os antropólogos também realizem estudos para cima (“studying up”), não limitando o exercício etnográfico aos grupos sem poder (“powerless”), reafirmada por Berreman (1971) e Stavenhagen (1975), foi bastante útil e oportuna, recolhendo contribuições teóricas de diferentes áreas (o interacionismo simbólico, uma nova história de ingleses e franceses, a análise de discursos, o interpretativismo norteamericano). Não implica porém em uma continuidade simples, a pura extensão da pesquisa a novos objetos, mas numa reelaboração de métodos e objetivos, uma transformação qualitativa da herança clássica.

Por outro lado movimentos sociais, religiosos, minorias ou grupos étnicos frequentemente mantêm com aqueles que decidem pesquisá-los relações complexas, marcadas por opções políticas, culturais e identitárias de um espectro bem variado<sup>8</sup>. As formas possíveis de espelhamento (consciente ou não, virtual ou atualizado, pragmático ou íntimo), podem ser muito distintas, manifestando-se em relações variadas (simpatia, aversão, iniciação, crítica, etc)<sup>9</sup>. Homogeneizar todos esses vínculos e anular previamente a possível repercussão que tenham nas etnografias e nas interpretações avançadas seria um procedimento redutor e empobrecedor. Essa rica variedade de situações etnográficas e trabalhos antropológicos só por uma atitude fundamentalista podem ser julgados como menos legítimos do que aqueles que incidem sobre pessoas e coletividades localizadas no cenário colonial.

A repercussão dessas transformações nos objetos da antropologia e na reconceitualização da própria relação de conhecimento ainda estão por ser melhor exploradas e analisadas. Recobri-las por uma retórica tradicionalista é implicitamente pretender silenciar sobre os aspectos inovadores trazidos pela própria atividade científica, escamoteando as novas potencialidades existentes.

## **Refletindo sobre o encontro colonial**

Fazer o percurso da diversificação e ampliação crescente dos campos de interesse da Antropologia é apenas uma das vias possíveis para manifestar insatisfação frente as auto-representações mais habituais da disciplina. Uma outra vertente, que nos toca mais

---

<sup>8</sup> Vide o esforço desenvolvido por Peirano (1999) em buscar abordar a produção antropológica realizada no Brasil a partir de diferentes formas de alteridade priorizadas em cada vertente.

<sup>9</sup> Cabe destacar nesse sentido a importância do instigante trabalho realizado por Silva (2000) sobre as condições de elaboração dos textos etnográficos nos estudos sobre religiões afro-brasileiras.

particularmente, opera com uma explicitação das pré-condições de possibilidade da atividade cognitiva ali presente. O encontro entre o “antropólogo” (sempre pensado como “de fora”) e o “nativo” só se realiza porque está emoldurado em um quadro colonial maior, que prescreve condutas e representações diversas para cada um desses atores sociais, tornando possível que se instaure uma relação unilateral de pesquisa e produção de conhecimento.

A estrutura do poder colonial fornece o solo em que estarão enraizados o modo de perceber e objetificar o outro (e as coletividades a que pertence). Isso se reflete na própria estrutura da pesquisa, qualificando o que é chamado de “imersão” e indicando sua unilateralidade. “It made possible the kind of human intimacy on which anthropological fieldwork is based, but ensured that that intimacy should be one-sided and provisional” (Asad, 1973:17). A assimetria de poder entre as partes que integram esse processo de comunicação é tão patente que propicia até mesmo a reivindicação de uma postura pretensamente neutra por parte do antropólogo, (pressuposto que não tem como validar-se em uma situação empírica). A recomendação metodológica de neutralidade, ficção de natureza política, corresponde implicitamente à naturalização das relações de dominação, tendo conseqüências radicalmente distintas para colonizadores e colonizados.

Nas auto-representações da disciplina o encontro entre o antropólogo e o nativo é apresentado como algo episódico e fortuito, quase um acidente que instaura uma relação cognoscitiva entre pessoas necessariamente referidas a sociedades e culturas fortemente contrastantes. Essa é uma ficção narrativa, que intencionalmente ignora as relações pré-existentes entre “ocidentais” e “nativos”, as quais preparam as condições de chegada do pesquisador. <sup>10</sup> “Si lointain ou difficile d’accès qu’il soit, le terrain n’est jamais à strictement parler exotique, puisque précisément nous y sommes installés” (Bazin, 2000: 50).

A relação colonial chega até o nativo antes e de forma independente da pesquisa, muitas vezes sem que o etnógrafo dela se aperceba, continuando a existir é claro depois que o trabalho de campo se encerra ou mesmo depois de cessarem os seus efeitos cognitivos. A viagem enquanto artifício que instaura (e termina) essa singular reunião entre pessoas que pertencem a espaços geográficos tão distanciados, desempenha igualmente o papel de provedor de um “distanciamento temporal” (Fabian, 1983:30) que irá justificar a colocação do pesquisador e do nativo em mundos destilados e em tempos sociais diferentes.

É dentro desse quadro que se formatam as reações e expectativas mútuas. O nativo é um “puro informante”, remetido apenas às instituições locais e aos seus semelhantes, o pesquisador apenas exerce a observação e a análise, como se estivesse no mais perfeito dos laboratórios. “In order to objectify the other, one is, at the same time, compelled to objectify the self” (Diamond, 1971:401). A viagem executa assim um “travail derealisant” (Bensa, 1996), criando um cenário artificial, um destilado social e político, instituindo uma cômoda plataforma de observação, fragmentada em tempos mutuamente excludentes.

## A dimensão do contemporâneo

---

<sup>10</sup> Para sublinhar a importância desse conjunto de atividades e contatos que irão viabilizar o acesso ao que se chama de “campo”, Condominas (apud Clifford, 1997:23) propõe chamar essa fase da pesquisa de “préterrain”.

Para escapar desse gênero de análise é fundamental tomar a contemporaneidade como uma pressuposição fundadora. O campo precisa ser entendido enquanto uma verdadeira “situação etnográfica” (Oliveira, 1999), onde os atores interagem com finalidades múltiplas e complexas, partilhando (ainda que com visões e intenções distintas) de um mesmo tempo histórico. “Le terrain est une situation particulière (...) le moment d’une histoire en cours dont nous sommes, ces gens et moi, des acteurs” (Bazin, :47). As discussões sobre método nas ciências humanas muitas vezes tem sido marcada pela busca de princípios ideais que devem reger a atividade científica, como se essa fosse mero resultado de idéias e orientações gerais. No caso da antropologia ainda que essa perspectiva normativa se expresse em um conjunto de manuais que contêm ensinamentos sobre como conduzir as investigações, em grande parte esse aprendizado se realiza através da leitura de monografias e da recuperação padronizada de situações de pesquisa tomadas como paradigmáticas, sendo no exercício concreto e rotinizado dessa memória que se transmite e inculca o que chamei acima de “verdades operacionais”.

O exercício que estamos propondo aqui caminha em direção contrária a essa postura normatizante e redutora, estando assentado em três pressupostos. O primeiro é um esforço em escapar da história das idéias como objetivo em si mesmo, preocupando-se inversamente em proceder à busca do enraizamento social das teorias e métodos. Ou seja, é fundamental compreender a história das atividades científicas não apenas como um diálogo entre espíritos desgarrados de sua sociedade, mas justamente como reelaborações de um legado anterior à luz dos instrumentos, valores e sentimentos fornecidos pelo seu tempo e pelas unidades sociais onde viveram esses autores. A etnografia deve ser focalizada como um processo prático, não como um método ideal ou como um texto (Pels & Salemink, 1999:12).

O segundo é a incorporação de uma epistemologia do conhecimento enquanto saber retificado (Bachelard, 1968), adotando uma visão dinâmica onde o erro e o progresso científico fazem parte de um mesmo processo de criação e síntese, intrinsecamente tenso, contraditório e catártico. “Ora, o espírito científico é essencialmente uma retificação do saber, um alargamento dos quadros do conhecimento. Julga seu passado histórico, condenando-o. Sua estrutura é a consciência de suas faltas históricas. (...) Toda a vida intelectual da ciência move-se dialeticamente sobre este diferencial do conhecimento, na fronteira do desconhecido. A própria essência da reflexão é compreender que não se compreendera” (1968: 147/8) <sup>11</sup>.

O terceiro é a opção por pensar o conhecimento de uma perspectiva etnográfica (Barth, 1993), tomando a investigação antropológica não a partir de um único paradigma, mas como resultante de uma convivência entre uma pluralidade de paradigmas (Cardoso de Oliveira, 1998:63), onde intervêm múltiplas “tradições etnográficas” (Pels & Salemink, 1999:14-15) não necessariamente convergentes nem complementares.

Os autores que primeiramente relacionaram a antropologia com o colonialismo, desentranhando os pressupostos comuns, explicitando suas convergências e exercendo uma crítica imprescindível, certamente tiveram uma função pioneira e positiva na auto-consciência da disciplina. Não cabe porém de maneira alguma identificar uma Antropologia crítica com uma condenação moral do colonialismo nem com uma consideração exclusiva da relação entre as práticas científicas e esse fenômeno histórico. Certamente este não é o único nem o último eixo pelo qual a história da disciplina deverá

---

<sup>11</sup> Cabe enfatizar aqui a necessidade de uma leitura que coloque essa dialética do conhecimento dentro de um contexto sociológico, tal como sugerido por Latour & Woolgar (1988:251).



ser reconsiderada, colocando sob exame os múltiplos e contraditórios pressupostos envolvidos em sua praxis.

Ao invés de colocar em ação a perspectiva normatizante, trata-se de encarar como fecunda a complexidade dessa praxis e buscar aperfeiçoar o seu instrumento privilegiado de conhecimento, o trabalho de campo. “To insist on field research as the fundamental source of anthropological knowledge has served as a powerful practical corrective, in fact a contradiction, which, philosophically speaking, makes anthropology on the whole an aporetic enterprise” (Fabian, 1983: 33).

## **O contexto atual**

Se é necessário revelar o quadro colonial por trás das verdades operacionais presentes nas auto-representações mais convencionais do trabalho do antropólogo, é importante também atentarmos para o quanto esse cenário político se alterou nas últimas décadas. O mundo atual não é mais aquele das guerras coloniais e da aberta disputa por mercados e recursos naturais. O fenômeno da descolonização foi apenas uma parte de um conjunto muito mais amplo de transformações no reconhecimento de direitos aos grupos excluídos ou invisíveis das práticas da cidadania, bem como às populações aborígenes (e não apenas aos estados independentes, estruturados em moldes de nações modernas, saídos do antigo regime colonial).

Hoje as jovens nações ou os antigos impérios coloniais não são mais totalmente livres para seguir tradições jurídicas ou administrativas que imponham medidas arbitrárias que limitam os direitos básicos das populações autóctones. Existem importantes regulamentações internacionais relativas aos povos indígenas, que buscam operar através de sanções e de instâncias diversas de condenação moral e pública. Também agências internacionais e multilaterais estabeleceram critérios que devem nortear as relações dos Estados Nacionais com as populações autóctones.

À diferença do mundo que surgiu com o advento do Iluminismo e da Revolução Francesa, o mundo globalizado de hoje valoriza bem mais as diferenças culturais internamente às nações formalmente constituídas. O que não significa é claro que chegamos ao paraíso terrenal, mas sim que agora as diferenças culturais são exploradas pela indústria do turismo e do lazer, domesticadas através de políticas públicas (como o multiculturalismo), sendo usadas ainda enquanto fermento gerador de unidades sociopolíticas (em face do enfraquecimento do apelo das ideologias universalistas).

Por outro lado essas populações não se fazem mais representar exclusivamente por líderes locais ou tradicionais, articulados com estruturas coloniais, mas dispõe cada vez mais de seus próprios intelectuais (professores, estudantes, profissionais diversos, líderes religiosos, etc) e articulam-se crescentemente em termos de associações integradas em redes que vão da aldeia à representação continental.

No quadro das pesquisas pioneiras os indígenas limitavam-se a solicitar tabaco para mitigar o incômodo da presença alienígena do antropólogo. No Brasil, como em outros lugares, o oferecimento de miçangas, a compra de artesanato, as fotos de famílias e outros pequenos favores serviram durante décadas para tornar tolerável a figura do etnógrafo. Hoje os líderes indígenas já discutem diretamente com os antropólogos as compensações que exigem, isso podendo incluir: atuar em programas de saúde; colaborar nas escolas locais; escrever laudos e relatórios para organismos públicos; assumir responsabilidades na identificação de terras, na elaboração de programas de

desenvolvimento, na gestão de conflitos, na preparação de programas de recuperação lingüística, cultural ou documental. Todas essas iniciativas visam em geral o fortalecimento de coletivos indígenas (comunidades locais ou associações).

Os pequenos inconvenientes ou benesses da convivência cotidiana evidentemente continuam a existir e são importantes nas relações interpessoais e na estratégia de mobilização de simpatia pelo pesquisador. Mas a decisão de aceitar ou não a presença do antropólogo em suas aldeias já passa por outros fatores e um sistema de cálculo mais elaborado. Antropólogos podem ser um instrumento eficiente para acessar direitos (na luta pela cidadania) ou recursos (através de um mercado de projetos que se estruturou na última década, como observa Albert, 1997), em iniciativas que cada vez mais se tornam mais especializadas e complexas.

O que o antropólogo irá pesquisar em campo já não pode ser mais o fruto exclusivo de um interesse acadêmico, justificado puramente por sua relevância científica e decidido entre ele, seu orientador e a instituição universitária ou equipe de pesquisa a qual está vinculado. É necessário que os líderes e a própria comunidade compreendam minimamente as finalidades e o *modus faciendi* da pesquisa, aprovando-o ou exigindo reformulações.

Devassar a intimidade dos grupos e famílias, revelar fórmulas secretas ou privativas de certos segmentos, coletar indiscriminadamente peças ou espécies naturais são práticas daninhas que não podem nem devem ser atualizadas. Fazer quaisquer formas de registros não estritamente individuais, reproduzíveis mecanicamente e passíveis de apropriação, uso e comercialização, terá que ser objeto de uma negociação direta com os indígenas, precedida de uma “consulta esclarecida” que os informe rigorosamente das implicações bem como dos direitos que estão em jogo. Não se trata mais de uma cobrança de responsabilidade pessoal (“personal accountability”) ao antropólogo feita pelos seus pares, como era o caso há cerca de três décadas atrás<sup>12</sup>. Hoje em dia não há mais como pensar em pesquisas que não sejam avaliadas positivamente pelos indígenas, seja por estes concordarem com as suas finalidades, seja por avaliarem que a sua utilidade sobrepuja os riscos e desconfortos de sua realização.<sup>13</sup>

O que mais importa hoje para os indígenas não é a disputa por miçangas ou pequenos favores, mas sim a questão do controle sobre os múltiplos usos que podem vir a ser feitos com os dados da pesquisa, bem como sobre em que medida análises e interpretações avançadas podem afetar o seu modo de vida, seus direitos e as representações sobre si mesmos. As discussões sobre as normas de uso e proteção de bens imateriais (individuais e coletivos) e conhecimentos tradicionais é um debate que por ora ainda se encontra em sua mais tenra infância, mas que no futuro certamente terá repercussões importantes no trabalho etnográfico e na produção antropológica.

Como um pressuposto essencial a essa nova relação, o pesquisador é instado a abandonar qualquer simulação de neutralidade, vindo a engajar-se firmemente nas demandas atuais dessas coletividades. É isso que foi proposto explicitamente na declaração de Barbados firmada em 1971 por um pequeno grupo de antropólogos do

---

<sup>12</sup> “(...) anthropologists not claim immunity from responsibility in the name of science, for science grants no immunity, and to claim it only destroys the faith of others in its practitioners. Academic freedom is not license; nor is scientific freedom” (Berreman, 1971: 91)

<sup>13</sup> É bom notar que essas duas alternativas correspondem a desenhos e estratégias de pesquisa bastante diferentes, como se desenvolverá logo a seguir. O contexto jurídico político pode tornar mais difícil a realização desse segundo tipo de pesquisa, mas não pode excluí-la *in totum*, existindo espaço portanto para os expedientes táticos e as negociações compensatórias. O que é contudo algo bem diverso das tentativas (em curso) para estabelecer um novo padrão de pesquisa.

continente americano, recomendando que as pesquisas fossem realizadas a partir de uma aliança consciente e estratégica com os indígenas, ao invés de persistirem em reafirmar uma neutralidade que na prática funciona como um reforço de políticas conservadoras de Estados e de Igrejas (Suess, 1980).

Tal ruptura – que é basicamente política e ética – vem ao longo do tempo a ser reforçada por uma crítica dos pressupostos coloniais do africanismo (feita por antropólogos francófonos, como Leclerc, 1975 e Amselle, 1983) e de outros saberes coloniais (vide Said, 1990 para o orientalismo e Todorov, 1982 para os discursos sobre os indígenas da América). Progressivamente abre-se um novo campo de estudos para a Antropologia, apoiado em outros pressupostos analíticos (como a teoria do discurso em Foucault e Bakhtin, bem como nos trabalhos da escola hermenêutica), onde os objetos de investigação correspondem a uma convergência dialógica entre pesquisador e pesquisados.

Para a vertente de trabalhos que daí surge não se trata mais de ver a postura atual dos indígenas como um entrave à pesquisa, mas sim como condição de um novo discurso. Ao contrário de idealizar os momentos em que o discurso da Antropologia levava à produção de objetos coloniais, o que está sendo proposto agora é uma nova estratégia discursiva, na qual interesses e valores indígenas não são apenas observados, mas constituem parte imprescindível da construção sociológica do sujeito observante.

Nas duas últimas décadas do século passado ocorreram mudanças importantes no contexto latino-americano, com processos de redemocratização dos Estados Nacionais e fortes investimentos dos mecanismos de cooperação internacional em programas de inclusão social (inclusive dos indígenas). O sistema de chefias supostamente “tradicional”, articuladas com o poder das agências oficiais e dentro de um certo espírito da “administração indireta”, começou a revelar sua fragilidade, tornando-se cada vez mais difícil e questionada a unidade de ação e pensamento de qualquer etnia. A valorização de uma voz indígena (ou de uma perspectiva cultural unificada) passou a ser um item complexo de uma plataforma política, devendo ser tomada como o resultado de um processo, não mais como um a-priori<sup>14</sup>. Os antropólogos tem que lidar cada vez mais com uma fragmentação (agora intra-étnica) e com o dinamismo de disputas em muitos níveis (gerações, facções, etc) por representatividade. O que irá exigir uma postura mais crítica e vigilante, explicitando cuidadosamente as escolhas e alianças políticas realizadas, procurando avaliar de forma sistemática como elas irão afetar o desenvolvimento e os resultados de seu trabalho.

No que concerne a visão sobre o antropólogo também muita coisa mudou. Em certos contextos o antropólogo ainda é descrito como um especialista em conhecimentos exóticos, portador de um saber romântico e voltado apenas para a exaltação dos valores indígenas. Dispõe no entanto de um significativo reconhecimento em termos de espaços acadêmicos.

Quanto à visão dos indígenas, nota-se uma tendência a modificação. Ultrapassada a etapa de reafirmação e reconhecimento básico de direitos indígenas, a condição de “especialista” que um antropólogo pode vir a assumir no que toca a uma dada cultura incomoda crescentemente aos que acionam tal identidade em suas pelejas cotidianas. O fato de que uma pessoa de fora, que possa escapar aos mecanismos locais de controle, venha a ser colocada em posição de autoridade, de algum modo arbitrando sobre questões que são objeto de discussão e reformulação entre eles, pode constituir-se em uma ameaça para os novos intelectuais indígenas.

---

<sup>14</sup> O que se percebe claramente na leitura dos documentos posteriores do Grupo de Barbados (1995).

A permanente reatualização de seus direitos, valores e sentimentos coexiste em termos lógicos com alguma dificuldade com esses referenciais externos e assimétricos, o que parece surpreender muitas vezes o próprio pesquisador e a sociedade a que pertence. Registra-se também uma crescente reivindicação de que pesquisadores e etnógrafos sejam os próprios indígenas, o que desnivelaria menos as disputas por consenso, interpretações autorizadas e autenticidade.

## **Uma outra tradição etnográfica com povos indígenas**

Essas transformações radicais que estão ocorrendo nas situações etnográficas ainda estão pouco e insuficientemente refletidas nas profundas repercussões que têm sobre o trabalho do antropólogo. Quando confrontadas com o padrão normativo de pesquisa etnográfica contemplado por aquelas que chamei de “verdades operacionais” da disciplina produzem espanto e alimentam uma sensação de desconforto quanto ao grau de dissenso presente na disciplina.

A seguir procuro recapitular alguns dos pressupostos discursivos desse novo exercício de antropologia, não no sentido de desvendá-los ou sistematizá-los, mas sim visando favorecer o debate e permitir perceber o quão distanciadas estão hoje as nossas práticas de pesquisa daquela auto-imagem mais convencional da Antropologia.

Um primeiro ponto a destacar é que a pesquisa atual precisa contemplar, em suas finalidades e no seu método, o caráter situacional e dialógico do trabalho etnográfico, que constitui-se primariamente em um processo de comunicação. Durante várias décadas, sobretudo no período de consolidação da Antropologia como disciplina universitária, os antropólogos procuraram formular as suas experiências servindo-se de um universo de imagens, técnicas e conceitos inspirados na biologia e na história natural. Mecanismos de separação espacial e temporal entre o sujeito e o objeto do conhecimento, uma epistemologia empiricista, a ciência como única forma de conhecimento – todas esses fatores concorreram para a busca de leis universais e abstratas, formuladas a partir da indução, a entronização de metáforas organicistas e uma equiparação da disciplina como “ciência natural da sociedade”.

Se é que ainda possa ser pensado como uma modalidade bem especial de laboratório<sup>15</sup>, o trabalho de campo corresponde à construção de uma “comunidade de comunicação”, algo que ocorre dentro de um processo social que se desdobra no tempo e que pode propiciar a elaboração de hipóteses e interpretações que possam iluminar a compreensão do homem e de sua história. Os nossos objetos de observação estão muito distantes da cera cartesiana que o sujeito cognitivo aproxima da chama para captar a variação de suas formas (Bachelard, 1968:143). Eles são de mesma natureza e escala que nós, ainda que vivam sob outras formas de sociabilidade e possam imaginar-se de maneiras distintas e opostas à nossa.

Quer o etnógrafo o reconheça explicitamente ou não, conformam o nosso ritmo de vida em campo, mexem com as nossas emoções, interferem na coleta de dados, na elaboração de interpretações, na formulação de hipóteses e metodologias. O trabalho de gabinete posterior e a própria narrativa escrita daí resultante não devem ter como objetivo justificar ou tornar universal as condições de observação, mas ao contrário buscar

---

<sup>15</sup> Vide Latour & Woolgar, 1989.

explicita-las, sistematiza-las e explorar analiticamente suas relações com as conclusões apresentadas e o contexto social que virá a delas apropriar-se.

É muito difícil imaginar hoje um trabalho de campo que não esteja politicamente situado, que não parta do reconhecimento de direitos e da atribuição de valores e interesses aos indígenas. Muitas dessas pré-definições procedem de leituras ou posicionamentos anteriores ao campo, partilhando de consensos ou definindo-se face à polêmicas que fazem parte da Antropologia, do indigenismo ou do estudo de políticas públicas. No entanto transformações essenciais irão ocorrer na própria situação etnográfica, na interlocução com os indígenas, com o acompanhamento dos dramas que vivenciam e dos desafios que se lhes impõe.

Ocupar-se de maneira rigorosa e consciente em tornar claras e analisadas essas condições do trabalho antropológico, refletindo circunstanciadamente sobre elas, é o melhor meio de fazer avançar o conhecimento. Trabalhar de forma científica nesse caso não é pretender dissolver-se na enunciação de uma categoria ou lei geral, mas ser capaz de recuperar a singularidade e originalidade da experiência que a propiciou.

Um segundo ponto a sublinhar é a dificuldade crescente de operar com drásticas clivagens dentro da disciplina, como é o caso da separação entre “ciência pura” e “ciência aplicada”. As pesquisas de campo são delineadas para responder a uma multiplicidade de questões, que caminham de questões de natureza teórica até diagnósticos de problemas práticos e proposição de linhas de intervenção para solucioná-lo, passando por modalidades variadas de investigação empírica (refletida em censos, mapas, genealogias, redes, estudo de situação, corpus de narrativas, pesquisa histórica, biografia, registros iconográficos e sonoros, etc).

A formação desses bancos de dados não se constitui apenas em meio, mas têm uma importância em si mesma, pois fornece importantes subsídios para a atuação continuada de diferentes atores sociais, além de avançar os elementos para o teste e reelaboração das teorias, inclusive em íntima sintonia com as discussões sobre o aperfeiçoamento dos métodos da disciplina. O interesse suscitado pela pesquisa antropológica ultrapassa assim em muito as instituições acadêmicas, chamando a atenção e obtendo suporte financeiro de outras agências (governamentais ou não) cujas demandas pode vir a ser atendidas pela amplitude e rigor da pesquisa antropológica, mesmo que tais fins sejam bem distintos daquelas preocupações centrais do antropólogo.

Ainda quando o pesquisador mantém uma rígida dicotomia entre pesquisa e ação, financiando a sua investigação exclusivamente com recursos provenientes de agências do campo científico, ele terá que defrontar-se com uma nova situação etnográfica, onde a comunidade observada e seus porta-vozes discutem os resultados da pesquisa e atribuem novos encargos e papéis àquele que se candidata à condição de seu etnógrafo.

Um terceiro ponto é a valorização crescente da interdisciplinariedade. As questões propostas como relevantes pelos porta-vozes da comunidade ou pelas agências exigem bem mais do que uma sólida formação em teoria sociológica ou história. Experiências de estudo e/ou profissionais anteriores (que podem ir da medicina à pedagogia, do direito à geografia, da música à matemática, do vídeo à agronomia) geralmente são de grande utilidade não apenas para obter fundos diversificados de pesquisa, mas sobretudo para responder à complexidade das demandas atuais das comunidades estudadas, que esperam do etnógrafo uma contribuição substantiva à questões que não exigem apenas um conhecimento sociológico.

Operar em equipes integradas por diferentes formações disciplinares torna-se cada dia mais corriqueiro, o que tem acarretado impactos positivos sobre a disciplina, levando a uma etnografia mais fina e escrupulosa de domínios específicos da vida social,

construindo bancos de dados que devem servir a múltiplos olhares e interesses, bem como estabelecendo paralelos e associando problemáticas, métodos e conceitos de diferentes áreas de conhecimento.

## **Analisando o mal-estar**

Voltando ao tema inicial - o de uma crítica latente a uma postura ativa e militante registrada em estudos antropológicos que focalizam as políticas públicas (e em especial à política indigenista e de saúde) – é necessário reafirmar que as causas desse mal-estar são tanto internas quanto externas à disciplina.

Por um lado o cenário da globalização <sup>16</sup> pressiona o antropólogo a rever algumas de suas convenções etnográficas básicas e o lança em um processo de busca de novas estratégias de investigação que possam favorecer o desenvolvimento da pesquisa em um contexto bastante modificado, algumas vezes chamado de “pós-colonial”. Por outro lado esses estímulos exteriores se associam com um esforço interno de reflexão sobre a própria disciplina, explicitando contextos históricos e tentando explorar analiticamente a relação entre métodos, teorias e campos (“locations”).

Os sinais anunciadores de outras tradições etnográficas não devem ser tomados como prenúncios de um cataclisma, nem devem gerar um sentimento de mal-estar. É importante acompanhar o surgimento de novas práticas concretas de investigação, observando os resultados que apresentam e buscando tomar consciência do campo de visibilidade que instauram bem como de seus limites. A preocupação com o prematuro enquadramento dessas práticas dentro de tradições etnográficas e de escolas de pensamento pode constituir-se até em um obstáculo para o progresso da atividade científica, expressando ao contrário o desejo de estabelecer hierarquias no campo intelectual, servindo-se do mecanismo escolar da inculcação (pedagógica e normativa) como um instrumento de poder. Cabe lembrar aqui a oposição anotada por Bourdieu (1974) quanto às distintas visões de uma obra, contrastando o ponto de vista dos criadores ao dos professores e críticos.

Longe de ser uma construção arquitetônica coesa e integrada a antropologia possui domínios bastante diferenciados, com saberes regionalizados (Fardon, 1990)<sup>17</sup> onde se processa efetivamente a transmissão e avaliação de práticas específicas de pesquisa, algumas vezes com fortes aproximações a autores e procedimentos de outras disciplinas. Nem sempre as verdades operacionais que operam nesses domínios estão em perfeita sintonia com uma tradição etnográfica mais antiga, que usualmente ocupa um lugar privilegiado em momentos de definição da Antropologia como um todo.

Tais pressupostos podem coexistir de diferentes maneiras com uma tradição nitidamente emblemática, inclusive situando-se em níveis muito distintos de abstração e de explicitação, seja mantendo-se na condição de meras técnicas e evitando debates sobre seus princípios, seja consolidando-se progressivamente como tradições etnográficas

---

<sup>16</sup> Em especial o novo quadro jurídico político que orienta as relações entre populações autóctones e Estados Nacionais, propicia uma avaliação mais positiva das diferenças culturais e possibilita uma maior iniciativa por parte de pessoas e grupos antes fortemente assujeitados à colonização.

<sup>17</sup> O uso de uma imagem geográfica não significa porém que a base para estabelecimento de um domínio de conhecimento seja sempre dessa natureza. Muitos destes domínios operam com eixos temáticos (como gênero, religiosidade, campesinato, fenômenos urbanos, migrações, etc) e não espacializáveis, inclusive com fronteiras que podem vir a se sobrepor.

relativamente autônomas, que estabelecem itinerários próprios para as pesquisas realizadas dentro de cada um desses domínios. Que a unidade não seja ameaçada decorre exatamente da relativa fragmentação que caracteriza o estado atual da disciplina, onde a interlocução se dá entre pesquisadores referidos a um mesmo domínio desses saberes regionalizados, a circulação de pessoas e mensagens além dessas fronteiras interiores sendo pequena e pouco comum.

Pensar as tradições etnográficas de maneira plural, como o resultado de uma autoconsciência progressiva quanto à eficácia e singularidade de práticas setoriais de pesquisa, pode representar uma forma positiva e criadora de escapar desse possível mal-estar e da pressão homogeneizadora e repressora de uma normatividade referida a momentos passados da história da disciplina.

Ou seja, é importante deslegitimar a acusação de que uma postura mais ativa e politizada dos antropólogos seria negativa para a disciplina, extraindo paralelamente todas as raízes que alimentam o citado mal-estar. Os padrões atuais desse exercício antropológico, ainda que melhor adaptados à nova conjuntura jurídica e política, estão apoiados tanto em um esforço de revisão crítica da história da disciplina quanto na multiplicidade de métodos e objetos existente na produção antropológica contemporânea.

A condução de uma pesquisa dependerá sempre do estabelecimento de um consenso relativo entre o pesquisador e outros atores sociais, implicando em uma ética garantidora inclusive de uma objetividade requerida pelo cientista (Cardoso de Oliveira, 1996:16). Quer a dimensão política seja explicitada ou não, ela sempre estará presente; que ela permaneça sub-reptícia e inspire uma visão essencialista, ou que se enuncie claramente, advertindo o leitor para as suas possíveis conseqüências na análise, é uma escolha entre diferentes estratégias científicas de construção das etnografias.

Nessa segunda via a narrativa da experiência opta por desenvolver-se em um ambiente político e de confronto, conforme assinala Fabian. “(...) under the conditions of shared time (or coevalness) field research is fundamentally confrontational and only superficially observational. To acknowledge that Self and Other are inextricably involved in a dialectical process will make anthropology not less but more realistic” (Fabian, 1991:204-205). Os novos trabalhos, buscando incorporar as potencialidades da nova conjuntura política e científica, devem continuar a perseguir dois valores centrais que inspiraram a pesquisa antropológica: de um lado o rigor e a acuidade crítica na produção dos dados, de outro o respeito e lealdade pelas pessoas e coletividades estudadas (Oliveira, 1999b:9).

## **Convergências no estudo da saúde indígena**

Ao finalizar este texto gostaria de realizar uma breve incursão ao tema da saúde indígena, não com o intuito de trazer contribuições substantivas, mas sim de exemplificar resumidamente algumas implicações nesse domínio dos comentários mais gerais acima realizados.

A primeira das nossas preocupações deve ser a não reativar velhos estereótipos sobre como o pesquisador deve (ou não) conduzir as suas pesquisas. Não é de forma alguma sensato esperar destes trabalhos, executados em novas conjunturas históricas e obedecendo a motivações diversas, que refaçam tal qual o movimento cognoscitivo das monografias pioneiras em Antropologia. Isso se expressa claramente no conjunto de artigos que compõe essa coletânea, que exploram novas dimensões do trabalho do

antropólogo, praticando muitas vezes a interdisciplinariedade, atuando junto com os indígenas em programas de saúde, colaborando na crítica e direcionamento das políticas públicas relativas a esse setor.

Não vou aqui contextualizar essa área de estudos nem recuperar algumas das importantes contribuições que compõe essa coletânea, tarefa que, muito adequadamente, ficou a cargo das organizadoras. Gostaria apenas de aqui trazer, ainda que de forma muito sumária, uma lembrança quanto ao papel crucial que os antropólogos podem ocupar nos debates sobre a saúde indígena, tópico que vem dar continuidade a questões que já abordamos anteriormente nesse artigo.

Fabian nos lembra o risco de que as análises de um pesquisador branco sobre certas dimensões da vida dos indígenas possua uma relativa concordância com aspectos das políticas coloniais. Ele chama isso de “cumplicidade cognitiva”, para distingui-la de outras formas de explícita atuação ideológica e valorativa. Rosaldo (1989) nos fala também de uma “cultura invisível”, constituída pelos pressupostos culturais de que em geral os ocidentais são portadores em uma situação interétnica, pois escapam à consciência e parecem estar entranhados em seu próprio olhar.

Em uma análise de um drama social entre os índios Ticuna, do Amazonas, pude demonstrar como uma “cumplicidade cognoscitiva” aproxima entre si atores não indígenas brancos que mantêm entre si posições antagônicas em relação aos índios, afastando-os paralelamente de uma interpretação formulada pelos indígenas (Oliveira, 2000:302). Essa cumplicidade torna-se ainda mais difícil de escapar quando envolve um saber como a medicina. Voltado para a consecução de um fim aparentemente tão imediato e universal (como é aliviar os sofrimentos dos indivíduos), este olhar iluminista e impositivo apaga as diferenças culturais e descarta qualquer racionalidade que não seja a do domínio médico.

É importante reiterar que os estudos e os programas de intervenção quanto à saúde indígena tomam como universais uma série de pressupostos culturais que em geral colidem frontalmente com princípios do universo indígena. Nessa área de invisibilidade cultural se encontra todo um extenso e complexo sistema de idéias relativas ao nascimento e a morte, à saúde e à doença, ao corpo e ao espírito, totalmente distintas das categorias pelas quais os indígenas classificam esses fenômenos, bem como das formas de tratamento que costumam propor para eles.

Trata-se de noções e categorias cujos conteúdos não são de maneira alguma universais ou imutáveis, sendo muito longa a história de sua evolução no ocidente até que chegassem à forma hoje assumida. Longe de serem naturalizadas, elas precisam ser explicitadas, contextualizadas histórica e sociologicamente, inseridas no universo das políticas públicas e cuidadosamente observadas em sua interação com diferentes coletivos indígenas (famílias, aldeias, facções, organizações, povos).

Só em ocasiões muito esporádicas, quando confrontados por manifestações fortemente contrárias, é que os agentes da área de saúde (aqui incluídos planejadores, médicos, enfermeiras, laboratoristas, etc) tomam ciência da existência de outros cânones, logo rejeitados como inteiramente “exóticos”, não científicos e inadequados. Dependendo do grau de tolerância com que operam tais agentes não indígenas, essas manifestações podem ser proibidas e perseguidas, ridicularizadas, ignoradas ou ainda encerradas em uma vitrine étnica, destinada a um consumo meramente identitário e emblemático. Nesse quadro os agentes indígenas de saúde e até mesmo os assessores antropólogos sofrem fortes pressões para que estabeleçam rotinas, constituam infraestrutura e produzam resultados positivos e imediatos em termos de assistência à saúde, terminando por ocupar-se quase exclusivamente da medicina ocidental.



É baseado na invisibilidade daquelas categorias anteriormente mencionadas que os agentes e as instituições da área médica delinham as formas de diagnóstico e tratamento, bem como elaboram os sistemas de saúde. Uma mente que se auto-define como “moderna” e “científica”, um produto histórico do Iluminismo, prescreve formas de ação como se estivesse diante do espelho, lidando com um outro que lhe seria igual (e não que se lhe confrontasse, como de fato o fazem populações autóctones, minorias nacionais ou setores excluídos).

Tais técnicas de “assistência” levam frequentemente à destruição de sistemas terapêuticos autônomos e a instituição de fortes vínculos de dependência com as instituições alienígenas, fazendo com que o indígena ingresse neste universo através de uma mercadoria (o remédio como símbolo da cura). A medicalização progressiva irá aumentar ainda mais essa dependência, pois toda a ação de saúde estará sempre centrada em *mercadorias* - que não são produzidos pelos indígenas (como os equipamentos e exames, os especialistas e a administração de remédios).

É dever do antropólogo trazer à luz esses “outros saberes” submetidos e reprimidos (e que não são apenas tradições pré-coloniais, mas que também incluem tanto o diálogo com saberes de outros grupos subalternos quanto as reinterpretações de políticas coloniais), evidenciando a racionalidade social a que respondem, bem como resgatando seu valor cognoscitivo e sua coerência simbólica (compartilhados pelo doente, pelo curador e por setores de comunidade a que ambos de algum modo indicam pertencer).

No momento atual, quando as políticas públicas estão marcadas pela retórica da participação, é fundamental trazer ao debate a função política e ética dessas outras técnicas terapêuticas, assegurando-lhe algum modo de reconhecimento público e estimulando os processos de acumulação e divulgação desses conhecimentos, inclusive com a formação de especialistas nativos. A saúde indígena não poderá ser tema de debate apenas com os agentes diretamente referidos às práticas médicas (como os monitores indígenas), mas precisa abranger as lideranças tradicionais, os xamãs, os rezadores, as parteiras e os muitos papéis que desempenham funções reguladoras e de controle social dentro dessas unidades societárias.

Contra a tendência à especialização das políticas públicas, o antropólogo deverá juntar-se com os agentes da área de saúde e os representantes daquelas coletividades procedendo a uma crítica circunstanciada desse processo. Ao final a intenção é contribuir para a construção de uma noção mais global de saúde, que não isole a doença da subsistência nem da qualidade dos recursos ambientais, que não ignore o peso dos fatores culturais, éticos e emocionais na construção das políticas públicas.

Somente assim, baseando-se em uma postura dialógica, compromissada e respeitosa, como é a marca dos trabalhos que compõe essa coletânea, o antropólogo estará tentando explorar as potencialidades de conhecimento que lhe são abertas pelo seu tempo.

## Referencias bibliográficas:

Albert, Bruce. Territorialité, ethnopolitique et développement: à propos du Mouvement indien en amazonie brésilienne. In: *Cahiers des Ameriques Latines*, 23. Paris: Éditions de L'IHEAL, 1997. P. 177-211.

Amselle, Jean-Loup & M Bokolo, Elikia (eds) – *Au coeur de l'ethnie; Ethnie, tribalisme et État en Afrique*. La Découverte. Paris. 1999. [1983].

Asad, Talal – “Introduction” In *Anthropology & the Colonial Encounter*. T. Asad (ed). Humamnties Press. New York. 1973. (pgs. 9-19).

Bachelard, Gaston – *O novo espírito científico*. Tempo Brasileiro. 1968.

Barth, Fredrik – *Balinese Worlds*. The University of Chicago Press. Chicago/London. 1993.

Bauman, Zygmunt – *O Mal-Estar da Pós-Modernidade*. Zahar. Rio de Janeiro. 2002.

Bazin, Jean. 2000. “Science des Moeurs et Description de l'Action”. Actualités du Contemporain”. *Le Genre Humain*. Paris. Hiver 1999/Printemps 2000.

Bensa, Alban – “De la micro-histoire vers une anthropologie critique”. *Jeux d'Échelles. De la micro-analyse à l'expérience*. J. Revel (ed). Gallimard/Le Seuil. Paris. 1996.

Berremen, Gerald D. – “ ‘Bringing it all back home’: Malaise in Anthropology”. In *Reinventing Anthropology*. Dell Hymes (editor). Pantheon Books. New York. (pgs. 83-98)

Berenson, B., Flores, M.L. & Lara, G. – “Evolución en contrapunto: réplicas a la muerte de la antropología”. *Antropologicas* 8:5-15. Ciudad de Mexico. 1993.

Bourdieu, Pierre – *A economia das trocas simbólicas*. Perspectivas. São Paulo. 1974.

Cardoso de Oliveira, Roberto. “O Saber e a Ética: a pesquisa científica como instrumento de conhecimento de transformação social”. *Ensaio Antropológico sobre Moral e Ética*. R. e L.R. Cardoso de Oliveira (orgs). Tempo Brasileiro. Rio de Janeiro. 1996. (pgs. 13-31).

\_\_\_\_\_ “A Antropologia e a ‘crise’ dos modelos explicativos” In *O Trabalho do Antropólogo*. Editora UNESP/Paralelo 15. São Paulo/Brasília. 1998. (pgs. 53-72).

Clifford, James – “Travelling cultures” In *Routes. Travel and translation in the late twentieth century*. Harvard University Press. 1997. (pgs. 17-45).

Copans, Jean – *L'Anthropologie: science des sociétés primitives?* . Éditions E.P. - 1971.

Diamond, Stanley – “Anthropology in question”. In *Reinventing Anthropology*. Dell Hymes (editor). Pantheon Books. New York. (pgs. 401-429).

Evans-Pritchard, E.E. - *Anthropologie Sociale*. Payot. Paris. 1967. [1948].

- *The Sanusi of Cirenaica*. Clarendon Press. Oxford. 1949.

Gluckman, Max & Devons, E. – *Closed systems and open minds: on the limits of naiveté in social anthropology*. Oliver & Boyd. Edinburgh. 1964.

Grunberg, Georg et alii – “Declaración de Barbados III”. *Articulación de la Diversidad*. Abya-Yala. Quito. 1995.

Fabian, Johannes – *Time and the Other: How Anthropology makes its object*. Columbia University Press. New York. 1983.

– “Dilemmas of critical anthropology” In *Time and the Work of Anthropology. Critical Essays 1971-1991*. Harwood. 1991. (pgs. 245-264).

Fardon, Richard – “General introduction”. In *Localizing Strategies: regional traditions of ethnographic writing*. Edinburgh/Washington. Scottish Academic Press/Smithsonian Institution. 1990.

Handler, Richard – “Anthropology is dead! Long live Anthropology!” *American Anthropologist* 95 (4):991-999. 1993.

Hymes, Dell (ed) – *Reinventing Anthropology*. Pantheon Books. New York. 1973.

Krotz, Esteban (org.) – *El concepto crisis en la historiografía de las ciencias antropológicas*. Editorial Universidad de Guadalajara. Guadalajara. 1982.

Latour, Bruno & Woolgar, Steve – *La vie de laboratoire. La production des faits scientifiques*. La Découverte. 1988.

Leclerc, Gérard – *Anthropologie et Colonialisme*. Fayard. Paris. 1972.

Lévi-Strauss, Claude – “La crise moderne de l’ Anthropologie”. *Courrier de l’ Unesco* 11, novembre, 1961. (*Revista de Antropologia*, vol. 10, ½:19-26, São Paulo, 1962)

Malinowski, Bronislaw – “Introductory essay: the anthropology of changing African cultures” In *Methods of study of culture contact in Africa*. Lucy P. Mair (ed). International Institute of African Language and Culture (Memorandum XV). Oxford University Press. London. 1938.

Nader, Laura – “Up the Anthropologists – Perspectives gained from studying up”. In *Reinventing Anthropology*. Dell Hymes (editor). Pantheon Books. New York. (pgs. 284-310).

Narayan, Kirin – “How native is a native anthropologist?” *American Anthropologist* 95 (3): 671-686. 1993.

Oliveira, João Pacheco – “Fazendo etnologia com os ‘caboclos do Quirino’: Curt Nimuendaju e a História Tikuna” In *Ensaio em Antropologia Histórica*. Editora da UFRJ. Rio de Janeiro. 1999. [1994].

- “Apresentação” In *Do desenvolvimento comunitário à mobilização política. O Projeto Kaiowá-Ñandeva como experiência antropológica*. Rubem Ferreira Thomas de Almeida. Contra Capa. Rio de Janeiro. 1999b. (pgs. 9-14).

- “Sobre índios, macacos, peixes – narrativas e memórias de intolerância na Amazônia contemporânea”. *Etnográfica*. Revista do Centro de Estudos de Antropologia Social IV (2):285-310. Lisboa. 2000.

- “O antropólogo com perito; entre o indianismo e o indigenismo” In *Antropologia, Impérios, Nações*. L’ Estoile, B., Sigaud, L. & Neiburg, F. (eds). Relume Dumará/FAPERJ. Rio de Janeiro, 2002. (pgs. 253-277).

Peirano, Mariza – “Antropologia no Brasil (Alteridade Contextualizada)” In *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*. Sérgio Miceli (org.) Editora Sumaré. São Paulo. 1999. (pgs. 225-266).

- Pels, Peter & Salemink, Oscar – “Introduction: Locating the colonial subjects of Anthropology”. In *Colonial Subjects: Essays on the practical history of Anthropology*. Pels, P. & Salemink, O (editors). The Michigan University Press. 1999. (pgs. 1-52).
- Rosaldo, Renato – *Culture and Truth: The remaking of social analysis*. Beacon Press. Boston. 1989.
- Said, Edward – *Orientalismo: O oriente como invenção do ocidente*. Companhia das Letras. São Paulo. 1990.
- Scholte, Bob – “Toward a reflexive and critical Anthropology” In *Reinventing Anthropology*. Dell Hymes (editor). Pantheon Books. New York. (pgs. 430-457).
- Silva, Vagner Gonçalves da – *O antropólogo e sua magia. Trabalho de campo e texto etnográfico nas pesquisas antropológicas sobre religiões afro-brasileiras*. EDUSP. São Paulo. 2000.
- Stavenhagen, Rodolfo – “Comment décoloniser les sciences sociales appliquées” In *Anthropologie et Impérialisme*. J. Copans (ed). Maspero. Paris. 1975.
- Strathern, Marilyn – “The limits of auto-anthropology” In *Anthropology at Home*. Anthony Jackson (ed). Tavistock. London & New York. 1987.
- Stocking Jr, G. W. – “Anthropology in Crisis?” In *Crisis in Anthropology*. Stocking Jr, G. W. (org). Garland. 1982.
- Suess, Paulo (org) – Declaração de Barbados (Barbados, 25-30 de janeiro de 1971). I *Em defesa dos povos indígenas. Documentos e Legislação*. Edições Loyola. São Paulo. 1980. (pgs. 19-26).
- Todorov, Tzvetan – *A conquista da América: A Questão do Outro*. Martins Fontes. São Paulo. 1983.

ESTHER JEAN LANGDON

## **Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde**

Em um artigo recente sobre as mudanças nas práticas antropológicas na etnologia brasileira, Alcida Ramos destaca o engajamento e o compromisso que caracterizam as ações atuais dos etnógrafos brasileiros para os grupos indígenas pesquisados (Ramos 2003). Segundo a autora, esse engajamento não é meramente o de uma antropologia aplicada, mas sim o de uma “antropologia participativa” (Albert 2001 citado por Ramos 2003: 111) resultante das novas oportunidades que permitem aos pesquisadores brasileiros dedicar mais tempo às comunidades indígenas, assim como do processo simultâneo e dinâmico do aumento das associações indígenas e suas demandas de pesquisadores antropólogos e de apoio político e estratégico. No caso da intervenção antropológica em saúde, é necessário levar em conta a resolução incorporada na legislação brasileira que criou uma demanda maior das organizações governamentais pela inclusão da colaboração antropológica nos assuntos que tratam da atenção à saúde em populações diferenciadas.

Hoje, o engajamento do antropólogo se manifesta em vários âmbitos, dentro e fora da academia. A Associação Brasileira de Antropologia criou a Comissão de Assuntos Indígenas (CAI-ABA) no início da década de 1980, para reforçar seu compromisso com as atividades voltadas para ação política indígena. Nos últimos anos, o apoio financeiro da diretoria da Associação para essa comissão tem aumentado, estimulando atividades entre antropólogos e organizações indígenas. A participação de antropólogos em organizações governamentais e não governamentais, como as associações indígenas e indigenistas, também atesta esse crescente papel político. Pesquisas na Internet revelam vários sítios e listas que circulam e transmitem informações, experiências e críticas dos antropólogos comprometidos com as causas indígenas<sup>18</sup>. No âmbito mais acadêmico, têm aumentado as publicações dedicadas às questões e experiências dos antropólogos

---

<sup>1</sup> Ver como exemplo a lista do Instituto Sócio Ambiental (Ricardo 2000: 9).

envolvidos em laudos sobre identificação étnica, identificação territorial e educação<sup>19</sup> (ver, por exemplo, Oliveira 1998; Souza Lima e Barroso-Hoffman 2002 a, b e c; Silva 1995; Silva e Ferreira 2001a e b).

Este livro tem como objetivo examinar as experiências de intervenção antropológica em saúde indígena por meio de estudos de caso. Coletâneas dedicadas aos aspectos da antropologia de saúde indígena vêm sendo publicadas desde o início dos anos 1990 (Buchillet 1991a; Coimbra 1991; Santos e Coimbra 1994; Coimbra e outros 2003), mas ainda não existe um livro com o objetivo de promover uma reflexão teórica e prática sobre essa intervenção.<sup>20</sup> Como em outras áreas da política indigenista, a demanda pela intervenção antropológica em saúde tem aumentado nos últimos vinte anos. A intervenção em saúde não está consolidada, com objetivos e metodologias bem delimitadas e compartilhadas, como nas práticas utilizadas para realizar laudos antropológicos sobre identidade ou território étnico. Intervenção em saúde remete aos processos de saúde e doença e aos modelos de atenção à saúde indígena determinados por fatores históricos, sociais, culturais, econômicos e políticos.

No caso do Brasil, o modelo de atenção em saúde indígena se caracteriza por ser processo em construção, cuja especificidade é o resultado do cruzamento de fatores históricos e políticos postos em movimento desde a década de 1980 com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Constituição brasileira de 1988, que reconhece o caráter pluriétnico do país, e o crescimento das organizações indígenas. Desde a 1ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, o Ministério de Saúde vem se esforçando para estruturar um subsistema de saúde indígena diferenciado porém integrado ao SUS, e considerar os princípios de controle social e participação comunitária do órgão ao mesmo tempo em que respeita e se articula com as especificidades étnicas dos grupos atendidos. Esse modelo tem sofrido diversas alterações, inclusive recentemente por meio de dois decretos, de janeiro de 2004, que modificam sua estruturação. A política de saúde indígena está em constante negociação, e não há consenso nem clareza a respeito da inserção do antropólogo e de qual deve ser seu papel nesse processo.

Cabe lembrar também que o próprio campo da antropologia da saúde começou a se desenvolver no Brasil na mesma década da reforma sanitária. Refletindo avanços teóricos do campo nos Estados Unidos e na Europa (Buchillet 1991b), os antropólogos brasileiros começaram a conceituar os sistemas médicos (tradicionalmente rotulados como medicina indígena e medicina popular) como sistemas culturais dinâmicos e não como vestígios de um passado folclórico, ao mesmo tempo em que, de acordo com Kleinman (1973), relativizaram a própria biomedicina (ou “medicina científica”) quando a reconheceram também como resultado de processos históricos, culturais e políticos. Portanto, simultaneamente ao antes exposto, a demanda de intervenção antropológica se desenvolveu no próprio campo da antropologia da saúde, o que é mais uma justificativa para o fato de as ferramentas teóricas e/ou metodológicas a serem postas em prática se encontrarem em construção e a intervenção antropológica em saúde indígena se caracterizar pela *práxis*, realizada por indivíduos situados nos mais diversos e dispersos locais geográficos e situações institucionais.

---

<sup>19</sup> Ver Santos (1975) para uma publicação pioneira de um antropólogo comprometido com a “antropologia da ação” desde o início de sua carreira.

<sup>20</sup> A primeira publicação relatando atividades de intervenção em saúde indígena (Lazarin e Silva 1988) faz parte do número especial de *Saúde em Debate* que apresenta uma seleção de trabalhos da I Conferência Nacional de Saúde Indígena.

Para iniciar uma reflexão sobre essa *práxis*, pretendemos apresentar aqui um breve histórico da política de saúde indígena no Brasil, com o intuito de tornar mais clara a problemática da intervenção como prática antropológica no contexto atual. Os capítulos a seguir apresentam estudos de casos em que os antropólogos têm desenvolvido ações de intervenção em grupos particulares que representam uma diversidade de interações com a sociedade envolvente e com situações epidemiológicas.

## **Brasil: a situação interétnica**

No Brasil, o índio é minoria em termos numéricos e étnicos. A população indígena compõe aproximadamente 0,2% da população brasileira, ou seja, é de aproximadamente 350.000 pessoas (Ricardo 2000: 15). Além de serem numericamente poucos em comparação com a população total, caracterizam-se por uma multiplicidade de grupos e línguas, cerca de 180.<sup>21</sup> A maior parte dos povos indígenas brasileiros pertence a microsociedades. Dos 216 povos, 61 grupos (28,2%) têm uma população de até duzentos indivíduos e cerca de 74%, de até mil indivíduos (Ricardo 2000: 15). Os grupos indígenas se encontram em vários estágios de contato com a sociedade envolvente: em um extremo, existem os grupos isolados ou semi-isolados que ainda sofrem o impacto da violência e das doenças de contato; no outro, os índios em permanente contato com a população não indígena. Esta situação caracteriza a maior parte dos índios fora da Amazônia Legal (Acre, Amazônia, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Para, Rondônia e Roraima), ou seja, quase metade da população indígena brasileira, segundo os dados apresentados por Azevedo (2001: 81). Esses grupos se caracterizam por uma situação sanitária semelhante aos grupos pobres da população geral: alta incidência de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo e mortalidade infantil. Hoje, por exemplo, há grande preocupação de que a AIDS se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.

Até 1991, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estava encarregada da saúde indígena. Na teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos nos Postos de Saúde mantidos nas Áreas Indígenas por equipes volantes de saúde e auxiliares de enfermagem. Os casos mais difíceis, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços do Ministério da Saúde, com o qual a FUNAI mantinha convênios. E os casos mais sérios, encaminhados às Casas do Índio, no Centro Regional da FUNAI.

Os serviços, contudo, caracterizavam-se pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de infra-estrutura adequada, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados. Tampouco havia dados sobre a situação epidemiológica desses grupos, assim como nenhuma instituição estava encarregada de centralizar os dados. Além disso, a FUNAI, com seus vários problemas, não era capaz de atender as áreas indígenas regularmente, e as necessidades de saúde dos índios tinham de contornar situações precárias decorrentes

---

<sup>21</sup> Por uma discussão excelente sobre a importância dos povos indígenas no cenário político do Brasil, apesar de sua população pequena, veja-se Ramos (1998).

de fatores como marginalização, perda de território, mudanças ambientais e conseqüentes ruínas das técnicas tradicionais de subsistência, e agravamento da exploração por parte da sociedade envolvente.

### **A política de saúde indígena e sua organização**

As reformulações das políticas de saúde para os povos indígenas a partir da década de 1980 fazem parte da reforma sanitária que vem sendo implantada no Brasil, assim como compartilham os mesmos princípios e problemas encontrados nas estratégias de atenção básica dirigida a outros segmentos da sociedade brasileira. Um dos produtos da reforma sanitária brasileira é o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual é norteado por dois princípios independentes de grupos ou classes particulares: a garantia de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a prevenção e manutenção de saúde e a participação da comunidade, em um processo conhecido como “controle social”<sup>22</sup>. Ambos são considerados direitos de cidadania no estado democrático (Brasil 2002a).

Também é necessário levar em conta que a Constituição Brasileira de 1988 reconhece o caráter pluricultural do Estado, e que a política de saúde no Brasil é guiada pelos *Princípios sobre a Tolerância*, aprovados pela UNESCO em 1995. Este documento define tolerância como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas [...]” (UNESCO 1997: 11), assim como declara a necessidade de o Estado aceitar e respeitar “o caráter multicultural da família humana” (: 13).

Como conseqüência dessas diretrizes, o Estado brasileiro organizou para os povos indígenas, considerados pelo Sistema Único de Saúde um dos “segmentos da população expostos a situações de risco”, um subsistema de atenção básica nas áreas indígenas. Da mesma forma, a legislação referente à saúde indígena especifica a necessidade de respeito às práticas culturais e aos saberes tradicionais das comunidades, inserindo-os, sempre que possível, nas rotinas do trabalho em saúde (Langdon 2002). A atual política de saúde indígena também declara que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde deve ser vista como complemento, e não como substituição das práticas tradicionais, ou seja, há, na legislação brasileira, uma preocupação explícita com a necessidade de articular as práticas sanitárias oficiais às diversas formas indígenas de auto-atenção, tal como definidas por Menéndez (2003).

O passo inicial para a criação do subsistema de saúde indígena foi a realização da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986. Em face da reforma sanitária, a Conferência objetivava avaliar a situação de saúde dos índios, e criar uma política efetiva para as populações indígenas. Entre as recomendações (Krenak e outros 1988), é preciso destacar aquelas necessárias ao entendimento do modelo brasileiro de atenção à saúde e que permitem pensar sobre os possíveis papéis dos antropólogos: a) a necessidade de estabelecer um subsistema específico articulado ao sistema nacional com a criação de uma agência vinculada ao Ministério de Saúde; b) garantir a participação política das nações indígenas na formulação, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde; c) assegurar o respeito e o

---

<sup>22</sup> Controle social é um conceito chave na idealização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Ao contrário da noção das ciências políticas que refere aos mecanismos do Estado que estabelecem a ordem social, no âmbito de saúde coletiva no Brasil, o termo refere-se à atuação da sociedade civil “na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam as demandas e os interesses da coletividade” (Correia 2000: 11).



reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde; d) contemplar um espaço para convênios com entidades de pesquisa e ensino na área da saúde; e) estimular, nas próprias comunidades envolvidas, a formação de pessoal em saúde em diversos níveis: agentes indígenas de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros etc.

O Decreto nº23/91 foi o primeiro instrumento legislativo a propor uma mudança administrativa no sistema de atendimento. Estabeleceu a Coordenação de Saúde Indígena (COSAI), ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), como responsável pela organização dos serviços de saúde para o índio. Esse passo gerou conflitos entre a FUNASA e a FUNAI que mantiveram o Decreto Presidencial nº1.141/94, o qual devolvia à FUNAI o papel de órgão gestor da saúde indígena, ainda que compartilhando as atividades preventivas com a FUNASA. Em 1992, a II Conferência de Saúde Indígena consolidou e aprovou como política pública o modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), cujo conceito circulou como solução para garantir uma atenção diferenciada aos povos indígenas. Só em 1999, porém, a Lei nº 9836 viabilizou a implantação do subsistema baseado em Distritos Sanitários.

Entre o Decreto 23 de 1991 e a Lei de 1999, a administração e a gerência de saúde indígena passaram por várias mudanças relacionadas com a intenção de estabelecer um subsistema de atendimento que integrasse as atividades das instituições governamentais e não governamentais. As universidades, às quais é vinculada a maior parte dos antropólogos, foram consideradas parte importante nas parcerias entre FUNASA, FUNAI, municípios e organizações não governamentais (ONGs). Esse papel, nem sempre bem definido, incluía pesquisa, consultoria, provisão de serviços e oferta de cursos para profissionais e/ou indígenas. Como mencionado, houve, paralelamente, um aumento na participação de antropólogos no campo da saúde em geral, assim como a aceitação da antropologia da saúde como um campo legítimo no ambiente acadêmico.

Para a resolução da questão do controle social em nível nacional, criou-se a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O papel da CISI é assessorar ou subsidiar o CNS na formulação e no acompanhamento de políticas públicas de saúde indígena. Os membros originais foram representantes da FUNAI, da FUNASA, da Associação Brasileira de Antropologia, de três instituições de ensino, pesquisa e extensão com larga experiência em saúde indígena (Escola Paulista de Medicina, Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz e Universidade do Amazonas), do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e de três organizações indígenas: Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônica Brasileira (COIAB), Conselho Indígena de Roraima (CIR) e Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME). Posteriormente, as três representações das instituições de ensino, pesquisa e extensão foram reduzidas a uma, cujo representante deve estar entre pesquisadores associados a essas instituições.<sup>23</sup> Desde 1993, há tentativas de criar conselhos locais e regionais de saúde para garantir maior participação indígena, porém a implantação desses conselhos enfrenta vários problemas e até o momento poucos foram efetivamente estabelecidos.

Durante os anos de implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como base organizacional dos serviços, a política de saúde indígena ocupou

---

<sup>23</sup> Em 2000, o Fórum realizado para escolher o primeiro representante dessa vaga contou com dezessete instituições.

pouco espaço no cenário nacional: os recursos financeiros dedicados à saúde indígena são insuficientes; a situação sanitária continuou e continua sendo precária; não há o desenvolvimento de um sistema de dados para entender o perfil epidemiológico; vários surtos de doenças acontecem sem socorros adequados; poucas comissões locais ou regionais são organizadas para lidar com a questão do controle social; a voz da CISI é fraca e suas recomendações, ignoradas no CNS<sup>24</sup>, no qual a saúde indígena é algo muito pequeno para a arena política das grandes questões nacionais.

Pesquisa realizada durante esse período revela claramente o estado de abandono dos serviços primários de saúde nas áreas indígenas. Aproveitando os poucos locais com dados quantitativos adequados, foi realizada uma análise comparativa dos dados de mortalidade entre as populações não indígenas e indígenas no Sul do país entre 1986 até 1995. Os resultados demonstraram que a quantidade de óbitos evitáveis pela assistência básica de saúde, como causas mal definidas, desnutrição, tuberculose e câncer cérvico-uterino, é o elemento que distingue as áreas indígenas do restante do estado do Rio Grande do Sul (Hökerberg e outros 2001).

Em 1995, um novo ator entrou no cenário: o Programa Nacional de DST/AIDS, ligado diretamente ao Ministério de Saúde, e que em 1996 começou a se preocupar com os povos indígenas. À diferença da situação da FUNASA e da FUNAI, esse programa contava com autonomia maior e com muito mais recursos, decorrentes de empréstimos internacionais. Sob a direção de um sociólogo assistido por um antropólogo/médico, várias reuniões regionais foram realizadas em 1997 em todo o país para estimular a criação de projetos de prevenção e educação entre os povos indígenas. Em 1998, o Programa financiou vários projetos de universidades e ONGs engajadas nesse esforço preventivo. Frequentemente, antropólogos participaram decisivamente desses projetos. Em 1999, o Programa ampliou suas atividades e financiamentos para incluir a questão do alcoolismo entre os índios. Entre 1996 e 1999, com a aprovação dos Distritos Sanitários, esse Programa talvez tenha contribuído mais que qualquer outro órgão nacional para a realização de reuniões e projetos de pesquisa prática em saúde indígena, o que se explica parcialmente, como vimos, pelos recursos financeiros mais importantes que os da FUNASA e da FUNAI.

Durante estes anos, os serviços de saúde não conseguiram contornar a situação geral da saúde do índio. Os Decretos nº 23/91 e nº 1.141/94, ao objetivar a delegação das responsabilidades institucionais para a organização de serviços de saúde do índio, não conseguiram estabelecer uma estrutura viável de atenção diferenciada. As soluções propostas pela legislação resultaram em estruturas burocrático-administrativas confusas e complicadas, caracterizadas tanto pela falta de definição de competências e responsabilidades na geração dos projetos e serviços quanto pelos conflitos de interesses entre as instituições envolvidas. O sistema de saúde continuou caótico e os problemas de saúde, sem efetiva resolução<sup>25</sup>. Os índios não sabem a quem se dirigir para resolver seus problemas crônicos e emergentes de saúde. O êxito das tentativas de cooperação entre as

---

<sup>24</sup> A relação com o CNS melhorou quando a Dra. Zilda Arns Neumann, representante da Conferência Nacional dos Bispos Brasileiros no CNS assumiu a liderança da CISI. Ela foi a primeira representante do CNS a participar na CISI. Seguindo a recomendação da III Conferência da Saúde Indígena, um representante indígena foi recentemente incorporado como membro do Conselho Nacional de Saúde e é esperado que este assumira eventualmente a coordenação da CISI.

<sup>25</sup> Além de Hökerberg e outros (2001), ver Verdum (1995) como um exemplo da situação deteriorada de saúde.

várias instituições governamentais e não governamentais, tanto quanto o das atividades realizadas por elas isoladamente, varia em função da política nacional e local, dos recursos humanos e financeiros e da própria vontade de colaboração entre os membros das instituições envolvidas. Sem detalhar a situação, é possível dizer que os serviços para os povos indígenas sofrem, em geral, de problemas organizacionais, conflitos entre instituições, falta de recursos humanos e financeiros, ausência de participação da comunidade no planejamento desses serviços e dependência cada vez maior das ONGs para obter atendimento. Houve, em alguns locais, colaboração importante resultando em serviços adequados e culturalmente sensíveis, mas tais casos foram raros e os programas nem sempre conseguiram continuar frente às mudanças de pessoal e dos partidos políticos.

### **A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)**

A Medida Provisória nº 1.911-8, de 29 de julho de 1999, visou à implantação dos DSEIs e transferiu a responsabilidade da gestão da saúde indígena exclusivamente para a FUNASA. Esta coordenou inúmeras reuniões nas diferentes regiões do país nos últimos seis meses de 1999 para informar os profissionais de saúde e os índios a respeito da criação dos Distritos Sanitários. Até o fim do ano, 34 Distritos Sanitários foram organizados rapidamente sob sua orientação. Foram concedidos novos recursos financeiros para o funcionamento dos DSEIs e abertos vários postos de trabalho para médicos, enfermeiros e outros profissionais no atendimento aos povos indígenas.

Os Distritos Sanitários são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais, e variam significativamente em relação a tamanho e composição étnica. Cada distrito tem uma equipe de funcionários da FUNASA que administra e repassa os recursos financeiros às agências governamentais (os municípios) e não governamentais conveniadas para formular e administrar os programas específicos de atenção primária nas áreas indígenas, assim como estabelecer uma rede de referência com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviços específicos dentro e fora das áreas. Em certos locais, as ONGs são organizações formadas pelos próprios indígenas<sup>26</sup>. Em outros, em particular no sul do Brasil, criaram-se ONGs especiais para desempenhar esse papel. Por fim, há municípios que, na ausência de ONGs locais envolvidas no assunto, recebem as verbas destinadas à saúde indígena. Como na década anterior à criação dos DSEIs, o êxito do atendimento de saúde para o índio ainda depende da colaboração de várias instituições governamentais ou não, entre elas, a FUNASA, a rede do SUS, os municípios, a FUNAI, os militares (em regiões isoladas), as ONGs e as universidades.

Após cinco anos da implantação do atual modelo de saúde indígena, não existe uma avaliação global sobre seu êxito em satisfazer os princípios da Política de Saúde Indígena brasileira, particularmente em referência ao respeito às especificidades culturais e a atenção diferenciada<sup>27</sup>. Em maio de 2001, a III Conferência de Saúde Indígena foi

---

<sup>26</sup> Garnelo e outros (2003: 42) apresentam dados da FUNASA que mostram um aumento de quatro ONGs indígenas conveniadas em 2000 para 19 em 2002.

<sup>27</sup> Uma das poucas publicações sobre a criação de distritos mostra diferenças na inclusão das organizações indígenas entre o Distrito Sanitário do Rio Negro e o de Pernambuco (Athias e Machado 2001). No primeiro houve uma boa articulação interinstitucional, incluindo as organizações indígenas, enquanto a

realizada com este objetivo: pretendeu construir, com base nas conclusões das reuniões realizadas nos DSEIs, uma avaliação do subsistema de saúde indígena. Essa avaliação, todavia, não se efetou e o modelo foi referendado com um total de 147 propostas (Ministério da Saúde 2001).

Mais recentemente, uma das organizadoras deste livro coordenou uma equipe para realização de um estudo panorâmico sobre o processo da implantação do subsistema de saúde indígena, do controle social e das dificuldades enfrentadas na política setorial de atenção à saúde indígena (Garnelo e outros 2003). Em resumo, o estudo conclui que o subsistema evidenciou avanços na melhoria das condições de vida dos índios e resultou em formas de *empoderamento* do movimento indígena (: 86-7). A avaliação da capacidade gerencial da FUNASA e das agências conveniadas é mais crítica e também se refere à continuação de certos problemas crônicos nos serviços de saúde indígena, tais como a falta de um sistema de informação eficiente, a resolutividade técnica dos DSEIs, problemas de articulação entre os DSEIs e a rede de referência de SUS. Certos Distritos são grandes demais para fins administrativos e de acessibilidade ou legitimidade política, razão de não darem conta das diferenças culturais dos grupos de sua área de abrangência.

No início de 2004, duas Portarias do Ministério de Saúde (nº 69 e 70, de 20 de janeiro de 2004) foram publicadas alterando a relação da FUNASA com seus parceiros e propondo um novo “modelo” de gestão. Há expectativa de mudanças, mas as ONGs indígenas também têm se manifestado contra mudanças rápidas do modelo atual.

### **Atenção diferenciada: respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais**

Em relação à questão da atenção diferenciada, o estudo da equipe de Garnelo se limita à análise dos planos distritais, ao observar que estes pouco se referem a estratégias que procuram adaptar as especificidades étnicas do DSEI. Essas observações concordam com as propostas da III Conferência que reconhecem que o conceito de atenção diferenciada ainda tem de ser operacionalizado em nível local e nos níveis secundários e terciários do SUS. Os profissionais não são capacitados para trabalhar com outras culturas e é necessário ampliar as equipes de saúde que atendem as áreas indígenas com a participação de antropólogos (Ministério da Saúde 2001: proposta 97).

Como parte final deste texto, gostaria de enfocar certos aspectos do conceito de atenção diferenciada, com o intuito de avaliar os desafios enfrentados pela intervenção antropológica nas tentativas interdisciplinares e inter-institucionais. Baseando-me em Menéndez (2003), atenção diferenciada é mais bem conceituada não como incorporação de práticas tradicionais aos serviços de saúde primária, e sim como articulação entre estes e as práticas de auto-atenção existentes na comunidade particular. O autor descreve dois níveis de auto-atenção: um mais amplo, ligado aos “processos de reprodução biossocial” do grupo que a gerou, o que remete à própria cultura por ele produzida e aos usos de

---

implantação do segundo ocorreu de forma verticalizada, sem participação do movimento indígena. Ver também Garnelo e Brandão (2003).

recursos corporais e ambientais, à dietética, a normas de higiene pessoal e coletiva etc. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados. Além disso, propõe que se incorpore na rotina da atenção primária a articulação com as formas de auto-atenção, uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo médico. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais de saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, evidenciando as diversas formas de auto-atenção praticadas na área de abrangência de seus serviços, em que disputam legitimidade com outros prestadores – formais e informais – de cuidados de saúde.

O compromisso de “articular” as práticas de saúde indígena com as da biomedicina estava incorporado em “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”, documento elaborado pela FUNASA (Ministério da Saúde 2002b: 17) e reafirmado em “Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena”, aprovado pela Portaria nº 70/04. Em nível nacional, porém, a FUNASA não tem estimulado os DSEIs a refletir sobre suas práticas clínicas, bem como não está claro se os profissionais têm compromisso de desenvolver atenção diferenciada e vontade de colaborar com antropólogos. A experiência da equipe de capacitar os Agentes Indígenas de Saúde Baniwa<sup>28</sup> indica que, apesar de a liderança dar grande valor às suas práticas de auto-atenção, a sistematização desses saberes pela antropóloga foi recebida com pouco interesse por parte dos profissionais de saúde. Mesmo assim, a retórica da FUNASA sobre a necessidade de “estimular as práticas de medicina tradicional” tem aumentado sob a nova direção, empossada no início de 2003. No início deste ano, uma antropóloga, autora de um capítulo neste livro, foi contratada para desenvolver o projeto intitulado “Medicina Tradicional Indígena” como plano de ação para a FUNASA, visando a “apoiar, viabilizar e criar condições para a atuação terapêutica das medicinas indígenas de forma articulada ao sistema oficial de saúde” (Ferreira 2004).

O desenvolvimento desse plano por uma antropóloga reflete o aumento da participação de antropólogos nas agências nacionais como a FUNASA e o Programa Nacional de DST/AIDS. Antropólogos também têm participado dos programas de capacitação dos profissionais de saúde que trabalham com índios e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), colaborado na produção de material didático para grupos indígenas específicos, e servido ocasionalmente como consultores e assessores de programas de saúde. Porém, apesar do crescimento da participação dos antropólogos nas ações de saúde indígena, é necessário dizer que a colaboração entre antropólogos e os profissionais de saúde ainda está em fase inicial, enfrentando vários obstáculos. Em dezembro de 2000, uma reunião de pesquisadores de saúde indígena, entre os quais vários antropólogos, concluiu que existem necessidades de pesquisa antropológica e médica não contempladas pela FUNASA, e que freqüentemente os resultados relevantes de pesquisa têm sido ignorados pelos programas de saúde (Escobar e outros 2000). Em 2003, o Ministério de Saúde realizou o Seminário para a Construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, no qual incluiu a sub-agenda indígena. Entre os oito temas prioritários de pesquisa identificados pelos grupos, vários trataram de pesquisas de recorte

---

<sup>28</sup> Ver o artigo de Garnelo e outros neste livro.

interdisciplinar e de avaliação quantitativa e qualitativa, temas nos quais o papel do antropólogo é fundamental (Escobar 2003).

Deve-se ressaltar que a participação de antropólogos nas equipes de saúde em nível local continua insatisfatória, apesar de a proposta de acompanhamento antropológico nas equipes de saúde datar da I Conferência e ter sido reafirmada pela proposta 94 do relatório da III Conferência. Em parte, isto se deve à falta de antropólogos especializados no tema e também à distribuição inadequada de antropólogos preparados para colaborar nas Terras Indígenas que estão localizadas longe de suas universidades, dificultando sua participação. Em muitos casos, contudo, simplesmente sua colaboração não é solicitada. Uma razão para isso é que os benefícios de sua colaboração nem sempre são claros ou percebidos como úteis pelos profissionais de saúde. Outra reside nos vários conflitos que têm surgido entre antropólogos e esses profissionais, tornando a colaboração difícil ou impossível. Oficialmente, as agências públicas afirmam que a participação do antropólogo é importante para garantir a atenção diferenciada, mas na prática o entendimento dos profissionais de saúde e o dos antropólogos sobre a natureza dessa colaboração são radicalmente diferentes, resultando não só em falhas na colaboração, como também na baixa participação de antropólogos nos programas locais. Há necessidade de uma negociação aberta sobre a natureza da colaboração interdisciplinar entre os antropólogos, as equipes de saúde e as comunidades indígenas.

As transformações nos paradigmas teóricos e nas preocupações da antropologia nos últimos 25 anos (Ortner 1994) têm influenciado os debates e reflexões sobre a intervenção antropológica em programas de saúde. A visão dos profissionais sobre o papel do antropólogo, todavia, tem mudado pouco desde a Segunda Guerra Mundial, quando surgiu a “antropologia médica aplicada”. Na época, esperava-se que o antropólogo explicasse crenças e práticas da comunidade com implicações no êxito dos programas de saúde. Foram vistos também como tradutores dos programas, assegurando uma resposta melhor da comunidade-alvo. Por fim, o respeito aos diversos saberes e a consciência de que as medicinas refletem construções sócio-históricas tornaram contraditória a tarefa tradicional dos antropólogos de identificar as práticas nativas à luz de suas conseqüências para a saúde, com a idéia de que aquelas que causam dano devam ser desencorajadas e eliminadas (Foster e Anderson 1978). É preciso enfatizar que, em tais casos, o antropólogo realiza uma tarefa subordinada, “colocando-se a serviço das concepções hegemônicas da medicina legitimada” (Minayo 1991: 234). Nesse sentido, a biomedicina retém a posição hegemônica do único e verdadeiro paradigma universal sobre a questão da saúde. Estamos julgando a eficácia da medicina indígena segundo nossa compreensão de saúde, segundo nossa cultura. Sem desvalorizar a alta tecnologia da biomedicina e seu êxito no tratamento de certas doenças e sintomas físicos, a posição de que ela é a única medida de eficácia levanta contradições quando se trata do respeito aos saberes tradicionais.

Anos atrás, Bonfil (1966) mostrou que essa concepção conservadora que percebe cultura como um obstáculo ao progresso ignora as implicações maiores de programas de saúde no terceiro mundo. Só recentemente antropólogos de países “desenvolvidos” têm amplificado suas críticas (Frankenberg 1980; Baer e outros 1986; Lock e Scheper-Hughes 1990). Apesar de a intervenção não se reduzir mais ao papel de mediador ou tradutor (Hahn 1999), muitos profissionais de saúde continuam considerando esse papel a principal contribuição da antropologia.

Dois assuntos são particularmente relevantes para o entendimento das diferentes perspectivas e expectativas entre profissionais de saúde e antropólogos: o primeiro tem a ver com a noção de cultura e suas implicações para as fronteiras entre os serviços oficiais de saúde e as medicinas indígenas. Medicina indígena e biomedicina não são as únicas tradições médicas no campo social. É necessário reconhecer que o campo social da saúde é permeado por várias tradições e inovações nas práticas de auto-atenção. Como discutido por Maj-Lis Foller neste livro, o campo social da saúde é mais bem conceituado como uma situação de “intermedicalidade” (Greene 1998). É perigoso opor ou fazer competir o sistema indígena e o sistema biomédico. O resultado do contato interétnico tem demonstrado exatamente o oposto, ou seja, que de fato os índios re-interpretam e se apropriam de aspectos da medicina ocidental (Langdon 1988, 1991, 1994; Langdon e MacLennan 1979; Garnelo e Wright 2001; Greene 1998, Morgado 1994). As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo e resultante de diversos fatores, e não só da percepção de eficácia.

O segundo aspecto a ser considerado trata da multiplicidade de atores no planejamento e na gestão dos serviços de saúde. Poder é um fator inerente à dinâmica das interações entre esses vários atores. Se, no passado, o papel da intervenção era descrever traços culturais considerados pertinentes pelos profissionais, hoje é importante que o antropólogo consiga passar para os profissionais de saúde a noção de que a cultura é um processo dinâmico e continuamente negociado entre os atores que dela participam. É importante que ele consiga facilitar a compreensão de que a *práxis* quotidiana entre os profissionais e a comunidade acontece com base em uma interação complexa de realidades originalmente diferentes, não sendo composta exclusivamente por duas culturas diferentes, identificáveis como entidades autolimitadas e bem definidas, separadas no tempo e no espaço (Frankenberg 1995: 117). O ajuste dessa interação é permeado por relações assimétricas de poder e influências nacionais e internacionais, ou seja, a comunicação intercultural não se restringe às culturas dos índios e dos profissionais que os assistem. Mais ainda, a prática clínica não é realizada apenas segundo a racionalidade científica, sendo um produto das forças políticas e econômicas nacionais e das negociações de poder que fazem parte do funcionamento quotidiano dos serviços.

Nesse contexto, a posição do antropólogo é crítica e reflexiva. Ele reconhece que o saber médico e os serviços são construídos historicamente e politicamente e que há pluralidade de atores e vozes presentes no contexto intercultural. Suas pesquisas devem ir além do grupo alvo dos serviços e incluir uma análise da cultura da administração, dos profissionais e dos serviços. Também os assuntos pesquisados precisam ir além daqueles tradicionalmente vistos como específicos da saúde. As redes sociais, os caminhos para o poder, a liderança e as percepções da comunidade em relação às suas necessidades são novos temas a serem explorados pelo antropólogo voltado para questões de saúde indígena. Frequentemente, os profissionais de saúde não conseguem entender a relevância desses aspectos para seu trabalho, tornando-se ainda mais difícil para eles desenvolver uma atitude crítica e reflexiva sobre suas próprias práticas.

A descrição das várias instituições e grupos hoje envolvidos nos serviços de saúde indígena deixa bem claro que o antropólogo é um participante, um entre vários outros. Ele não é mais um mediador entre dois campos opostos, nem uma pessoa neutra. Sua tarefa é facilitar a expressão pela comunidade de suas necessidades (Hahn 1999). Tendo em vista

a pluralidade de pessoas e grupos interessados, Frankenberg (1995) recomenda que o antropólogo não fique em uma posição neutra e tome partido nas situações, posicionando-se diante dos diferentes grupos envolvidos. Dependendo do contexto, isso pode ser uma tarefa difícil, pois não se trata de uma simples oposição entre profissionais e comunidade. As comunidades também são marcadas por conflitos intragrupais e o contato com a sociedade envolvente tem alterado posições tradicionais de poder e criado novas posições. Em certos casos, as divisões entre a comunidade resultam na exclusão de alguns membros do grupo, que ficam sem acesso aos serviços de saúde. Em outros, há práticas políticas e manipulações por parte das lideranças indígenas que criam situações difíceis em que o antropólogo tem de se posicionar (Jackson 1999).

As contribuições deste livro são baseadas em estudos de casos relatados por antropólogos que participaram em ações de intervenção em saúde indígena durante a última década. Os casos são bastante variados e refletem tanto a complexidade das situações de atenção à saúde para os povos indígenas quanto as inserções dos antropólogos nesse cenário. Vários autores relatam intervenções realizadas nas comunidades do alto rio Negro, povos mais isolados, monolíngües em sua maioria e com percepções sobre os processos de saúde e doença em que o mundo cosmológico não pode ser ignorado (Heusi, Garnelo e outros, Buchillet e Athias). Os estudos reunidos aqui, contudo, demonstram uma complexidade sociocultural e política na região que tem implicações importantes para a atenção diferenciada. O trabalho de Buchillet trata de pesquisa básica sobre práticas de auto-atenção e demonstra a necessidade de as equipes de saúde contemplarem as práticas e percepções nativas. A inserção de Heusi em um programa de saúde específico entre os Yanomami demonstra uma variação intragrupal: alguns moram agrupados em locais mais acessíveis e são bilíngües; outros são monolíngües e se espalham em aldeias tradicionais de difícil acesso. Seu trabalho de assessoria à equipe e aos agentes indígenas de saúde foi construído de acordo com essa realidade. Garnelo e seus colegas têm realizado várias intervenções e pesquisas na região ao longo dos anos. Seu trabalho aqui examina um projeto particular solicitado pelas lideranças Baniwa, preocupadas com o enfraquecimento das práticas da medicina tradicional em face da presença das equipes de saúde na região. Os Baniwa se consideram uma etnia única, compartilhando língua e cultura, porém as divisões internas entre as aldeias provocaram a necessidade de trabalhar individualmente com cada facção, tendo o êxito do programa dependido bastante das expectativas dos índios.

No outro extremo geográfico, quatro autores tratam de experiências no Sul do Brasil, onde os índios se encontram em contato constante com a sociedade envolvente e em um estado de saúde bastante deteriorado por causa da marginalização decorrente das situações de contato. Oliveira e Ferreira tratam de programas de intervenção sobre abuso de álcool e as conseqüências do mesmo entre os Kaingang e os Guarani; suas intervenções visam a introduzir metodologias específicas de atenção diferenciada. Oliveira relata também a formação de um Centro de Monitoramento para pesquisa em intervenção, que centraliza vários projetos com enfoque nos problemas de saúde mental e na atenção diferenciada. O terceiro caso, apresentado por Diehl e Rech, baseia-se em pesquisa entre os Kaingang e reflete sobre a distribuição e o uso de medicamentos segundo fatores políticos, culturais e econômicos.

O caso relatado por Foller trata de um projeto de desenvolvimento internacional no Peru e levanta vários fatores ligados à intervenção em saúde e à hegemonia entre colonizados e colonizadores. No Brasil, Cardoso analisa a realidade política no interior do



Xingu, com foco nos processos políticos de liderança indígena e suas implicações nas demandas para a atenção diferenciada.

Ao iniciar essa discussão, comentamos que ainda não há metodologias e estratégias prontas para guiar a intervenção antropológica em saúde. Os casos apresentados aqui confirmam essa percepção. Como Heusi afirma, ao refletir sobre sua experiência entre os Yanomami, “o trabalho do antropólogo é artesanal”. Heusi e Cardoso estão entre os antropólogos presentes neste livro que não tiveram experiências com grupos indígenas antes de iniciarem suas ações de intervenção. Mas os trabalhos de autores que têm longa experiência em pesquisa e intervenção demonstram claramente que a intervenção antropológica é necessariamente construída segundo o contexto e os processos dinâmicos de múltiplas forças. Esses contextos têm sido caracterizados como espaços “interculturais” ou “interétnicos”, porém, para pensar a intervenção antropológica na saúde como *práxis*, acreditamos que o conceito de *intermedicalidade* seja mais adequado. Como discutido por Foller, intermedicalidade se refere aos discursos e apropriações de conhecimentos, aos processos de hegemonia locais e globais, às negociações interculturais e à produção de medicinas híbridas. De acordo com sua reflexão, concordamos que a intervenção antropológica se constrói no espaço da intermedicalidade e, por isso, consiste em constante negociação e construção.

## Referências bibliográficas

ATHIAS, R.; MACHADO, M.

(2001) “A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários. Discursos antropológicos e médicos”, *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 425-431.

AZEVEDO, M.

(2000) “Censos demográficos e os índios”: dificuldades para reconhecer e contar”. Em: Ricardo, C.A. (ed.). *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo, Instituto Socioambiental, p. 79-82.

BAER, H.A.; SINGER, M.; JOHNSEN, J.H (orgs.)

(1986) “Special number: towards a critical medical anthropology”, *Social Science and Medicine* 23 (2).

BONFIL BATALLA, G.

(1966) “Conservative thought in applied anthropology: a critique”, *Human Organization* 25: 89-92.

- BUCHILLET, D. (org.)  
(1991a) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Edições MPEG/CEJUP/UEP.  
(1991b) “A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde”. Em: Buchillet, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*, Belém: Edições MPEG/CEJUP/UEP, p. 21-44.
- COIMBRA Jr., C.E.A. (coord).  
(1991) Número temático: “Saúde de populações indígenas”, *Cadernos de Saúde Pública*, VII (4).
- COIMBRA Jr., C.E.A., SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L.(orgs.)  
(2003) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ/ABRASCO.
- ESCOBAR, AL. (coord.)  
(2003) “Agenda Saúde Indígena”. Relatório apresentado no Seminário para Construção da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília, 7 de novembro.
- ESCOBAR, A.L., GARNELO, L.; SANTOS, R.V.  
(2000) “Oficina de trabalho de pesquisa em saúde dos povos indígenas no Brasil”. Manaus, FIOCRUZ. 13 de dezembro. Manuscrito.
- FERREIRA, L. O.  
(2004) “Medicina tradicional indígena. Plano de ação elaborado para Projeto VIGISUS II – componente saúde indígena”. Brasília: FUNASA. Manuscrito.
- FOSTER G.; ANDERSON B.  
(1978) *Medical anthropology*. Wiley: New York.
- FRANKENBERG, R.  
(1980) “Medical anthropology and development: a theoretical perspective, *Social Science and Medicine* 14B: 197-207.  
(1995) “Learning from AIDS: the future of anthropology”. Em: Akbar S. Ahmed; C.N. Shore (org.). *The future of anthropology: its relevance to the contemporary world*, London: Athlone, p. 110-33..
- GARNELO, L.; WRIGHT R.  
(2001) “Sickness, healing and health services: social representations, practices and demands among the Baniwa, *Cadernos de Saúde Pública* 17(2): 273-84
- GARNELO, L.; BRANDÃO, L.C.  
(2003) “Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no Estado do Amazonas”. Em: Coimbra, C.; Santos L.; Escobar, A.L. (orgs.) *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO, p. 235-57.
- GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C.

(2003) *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Panamericana de Saúde.

GREENE, S.

(1998) "The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru", *American Ethnologist*, 25 (4): 634-58.

HAHN R.

(1999) *Anthropology in public health: bridging differences in culture and society*. Oxford: University Press.

HÖKERBERG, Y.H.M.; DUCHIADE, M.P.; BARCELLOS, C.

(2001) "Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil", *Cadernos de Saúde Pública* 17(2): 261-72.

JACKSON, J.

(1999) The politics of ethnographic practice in the Colombian Vaupés, *Identities*, 6 ( 2-3): 281-17.

KLEINMAN, A.M.

(1973) "Some Issues for a comparative study of medical healing", *International Journal of Social Psychiatry*, 19: 159-65.

KRENAK, A.A.G. O.; COSTA, A.M.; FERREIRA, M. M.P.; PINTO, N. R. S.; SERRA, O.

(1988) "Encontro aponta soluções para a proteção da saúde do índio: conclusões da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio", *A Saúde em Debate. Edição Especial*, janeiro: 60-1.

LANGDON E. J.; MACLENNAN, R.

(1979) "Western biomedical and Sibundoy diagnosis: an interdisciplinary comparison", *Social Science and Medicine*, 13B: 211-20.

LANGDON, E. J.

(1988) "Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento", *Saúde em Debate: A Saúde do Índio*. Edição Especial, janeiro: 12-5.

(1991) "Percepção e utilização da medicina ocidental dos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia". Em: Buchillet, D. (org.). *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia..* Belém: Edições MPEG/CEJUP/UEP, p. 207-228(1994)

(1994) "Representações de doença e itinerário terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana". Em: Santos, R. V.; Coimbra, C. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 115-42.

LAZARIN, M.A.; SILVA, T.C.(1988) "Saúde da mulher krahó: observações sobre uma experiência de intermediação antropológica". *Saúde em Debate: A Saúde do Índio*. Edição especial (janeiro): 33-7.

LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N.

(1990) "A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent". Em: Johnson, T. M.; C. E. Sargent, C. E. (orgs.). *Medical anthropology: contemporary theory and method*. New York: Praeger Publications, p. 47-72.

MENÉNDEZ, E.

(2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 8 (1): 185-208.

MINAYO M. C. S.

(1991) "Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais", *Cadernos de Saúde Pública* 25(3): 233-38.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(2001) "III Conferência Nacional de Saúde Indígena". *Relatório Final*, Brasília: Ministério de Saúde.

(2002a) *Desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 01 de março de 2004. <<http://www.funasa.com>>

(2002b) *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2ª edição. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

MORGADO P.

(1994) "O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global", *Cadernos de Campo*, 4: 41-70.

OLIVEIRA, J.P.

(1998) *Indigenismo e territorialização: poderes, rotinas e saberes coloniais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

ORTNER, S.

(1994) "Theory in anthropology since the sixties". Em: Dirks, N. B.; Geoff, E.; Ortner, S.B. (orgs.). *Culture, power, history: a reader in contemporary social theory* Princeton: University of Princeton Press, p. 372-411.

RAMOS, A.

(1998) *Indigenismo*. Madison: University of Wisconsin Press.

(2003) "Advocacy rhymes with anthropology", *Social Analysis* 47(1): 110-15.

RICARDO, C. A.

(1995) "Os índios" e a sócio-diversidade nativa contemporânea no Brasil". Em: Silva, A. L. da (org.). *A temática indígena na escola* Brasília: MEC/MARI/UNESCO, p. 29-60.

RICARDO, C. A. (ed.)

(2000) *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Socioambiental.

SANTOS, R. V.; COIMBRA, C.E.A. (orgs.)

(1994) *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SANTOS, S. C.

(1975) *Educação e sociedades Tribais*. Florianópolis: Editora Movimento.

(1995) “Os direitos dos indígenas”. Em: Silva, A. L. da (org.). *A temática indígena na escola* Brasília: MEC/MARI/UNESCO, p. 86-105.

SILVA, A. L.

(1995) *A temática indígena na escola*. Brasília: MEC/MARI/UNESCO.

SILVA, A. L.; FERREIRA, M.K.L.

(2001a) *Práticas pedagógicas na escola indígena*. São Paulo: Global Editora e Distribuidora.

(2001b) *Antropologia, história e educação: a questão indígena e a escola*. São Paulo: Global Editora e Distribuidora.

SOUZA LIMA, A.C. S.; BARROSO-HOFFMANN, M.

(2002a) *Etnodesenvolvimento e políticas públicas: bases para uma nova política indigenista*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

(2002b) *Além da tutela. Bases para uma nova política indigenista III*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

(2002c) *Estado e povos indígenas. Bases para uma Nova Política Indigenista II*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

UNESCO

(1997) *Princípios sobre a tolerância*. São Paulo: USP/FLLCH.

VERDUM, R.

(1995) *Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (II): contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar sustentáveis*, Brasília: INESC.

DOMINIQUE BUCHILLET

## **Cultura e saúde pública:**

### **reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro**

#### **Introdução**

A política atual em matéria de saúde indígena constitui um desafio para os profissionais de saúde, que devem adequar suas ações e serviços à diversidade tanto social quanto cultural e à situação de saúde dos povos de sua área de atuação. Essa adaptação, no entanto, não pode se resumir a medidas que visem a facilitar o acesso aos serviços de saúde no plano lingüístico, geográfico ou econômico, a formação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS) em cuidados primários de saúde e/ou a cursos de introdução ou de sensibilização dos profissionais de saúde ao contexto local. Implica, na realidade, uma nova concepção da saúde pública baseada no entendimento, no respeito e na consideração das dimensões políticas, sociais e culturais ligadas à saúde e à doença. Após apresentar a região do alto rio Negro, examinarei brevemente os principais problemas com os quais se confrontaram (e ainda se confrontam) as instituições de saúde no delineamento, implementação e execução dos programas e ações de saúde no âmbito do Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro (DSEI-RN). Os exemplos oriundos da pesquisa em antropologia da saúde que venho desenvolvendo há anos entre vários povos da região do alto rio Negro servirão, em seguida, para justificar a necessidade de uma abordagem êmica na definição do estado de saúde das comunidades indígenas, bem como no planejamento e na execução das ações de saúde.

#### **A região do alto rio Negro**

A região do alto rio Negro, localizada no Noroeste da Amazônia brasileira (Estado do Amazonas), nos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Santa Isabel, na área fronteira com a Colômbia e a Venezuela, é o habitat tradicional de 22 povos indígenas, cujas línguas pertencem à três famílias lingüísticas: tukano oriental, arawak e maku. A população total é estimada em aproximadamente trinta mil pessoas distribuídas em cerca de 650 comunidades e sítios espalhados nas margens dos principais rios e igarapés navegáveis ou nas áreas interfluviais. Esses povos apresentam diferenças no plano sociocultural, no padrão de assentamento, na densidade populacional, no grau de mobilidade espacial, no modo de adaptação e uso do meio ambiente, bem como na história e no grau de contato com membros

da sociedade nacional envolvente. Há, assim, comunidades de tamanho variável (de cinco a cem pessoas, podendo chegar a 2.300 pessoas, principalmente ao redor dos centros missionários) de pescadores-horticultores sedentários (povos Arawak e Tukano orientais), com mais de dois séculos de contato intermitente com os não-índios e que ocupam as margens dos principais rios e igarapés navegáveis; grupos locais de caçadores-coletores que foram reunidos e sedentarizados à força na década de 1960 pelos missionários salesianos em grandes povoações (certos subgrupos de fala maku); e, por fim, pequenos grupos de caçadores-coletores semimóveis ocupando as regiões interfluviais, que conseguiram manter o padrão tradicional de mobilidade e pouco contato com os não-índios (subgrupos de fala maku).

O ambiente em que vivem esses vários povos também é bastante diversificado. De acordo com o tipo de solo (podsol, tabatinga etc.) e a frequência das inundações e da ação antrópica (florestas não alteradas, pouco alteradas, capoeiras mais ou menos antigas etc.), distinguem-se diferentes tipos de vegetação, cada um deles com características estruturais, florísticas e espécies animais específicas que resultam em uma alta variabilidade em termos de recursos genéticos e de microorganismos. Tal heterogeneidade influi na distribuição e na disponibilidade dos recursos naturais, obrigando os povos da região a recorrer a estratégias variadas para obter os recursos alimentares, tecnológicos, medicinais etc., imprescindíveis à sua reprodução biológica e cultural. Acarreta também relações diferentes entre o homem e o meio ambiente, que incluem agentes patogênicos, como parasitas, e influem sobre a sua saúde.

### **O DSEI-RN: principais dificuldades das instituições de saúde**

Até 2001, quatro instituições funcionavam de maneira integrada na implementação do Distrito Sanitário do Rio Negro: a Associação Saúde Sem Limites (SSL), o Centro Saúde Escola (CSE) da Diocese do Rio Negro, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Desde o princípio, essas várias instituições enfrentaram algumas dificuldades de ordem administrativa e financeira (em particular, atraso no repasse dos recursos financeiros e demora na renovação dos contratos anuais), que interferiram de maneira negativa na implementação e na realização dos programas preconizados pelo MS/FUNASA, na complementação da infraestrutura de apoio ao trabalho de campo e/ou na formação dos agentes indígenas de saúde (AIS), em razão da impossibilidade de manter, de forma rotineira e constante, a supervisão e o treinamento em serviço. Esses problemas de cunho administrativo e financeiro obrigaram as equipes médicas a priorizar certas atividades, tais como a imunização, a assistência à demanda e o controle de certas endemias na região<sup>1</sup>. A educação para a saúde foi relegada a um segundo plano, em parte também “pela necessidade de uma abordagem diferenciada e pela ausência de profissionais da área de educação não disponibilizados pelo convênio com o MS/FUNASA” (FOIRN 2001). Outras atividades, tais como o controle da tuberculose, doença de alta incidência na região<sup>2</sup>, também foram prejudicadas, em parte pelas dificuldades em assegurar o acompanhamento ambulatorial dos doentes em suas comunidades de origem, devido ao número insuficiente de AIS, cuja área de atuação abrange várias comunidades mais ou menos distantes de sua base. O exame dos relatórios anuais das instituições que compõem o DSEI-

---

<sup>1</sup> Ver, por exemplo, os relatórios técnicos da FOIRN (2001), da SEMSA (2000) e da SSL (2000).

<sup>2</sup> Em 2000 e 2001, o DSEI-RN registrou, respectivamente, 249,4 e 278,9 casos de tuberculose por cem mil (cf. Garnelo e outros 2003).

RN para os anos de 2000 e 2001 mostra que as atividades realizadas nas várias sub-regiões são bastante similares, sendo que a única atividade diferenciada é a do controle do tracoma, doença com elevado potencial cegante e que responde por altas taxas de incidência entre certos subgrupos Hupdâ-maku da região do rio Papuri (Castro 2000).

## **A avaliação do estado de saúde indígena**

Atender às demandas, expectativas e necessidades em matéria de saúde de um povo ou de uma comunidade particular requer um conhecimento acurado de seu perfil epidemiológico e sanitário. Isso é crucial em uma região que constitui o habitat de vários povos, com modos de uso e adaptação ao meio ambiente, e graus de mobilidade espacial, temporal e de formas de contato com a sociedade nacional diferenciados, como ocorre no alto rio Negro. Além disso, a multiplicidade dos fatores que interferem no estado de saúde de uma população impede qualquer tentativa de generalização. Obviamente, eventuais diferenças no perfil epidemiológico de grupos ou subgrupos sociais específicos devem ser contempladas, tanto no planejamento e na execução de ações de saúde (preventivas e curativas) quanto no direcionamento da formação dos AIS, em função dos problemas de saúde prioritários encontrados nas suas áreas de atuação respectivas.

A avaliação do estado de saúde de uma sociedade ou comunidade é geralmente feita por meio da coleta de indicadores socioeconômicos, ambientais, demográficos e epidemiológicos: natalidade, mortalidade geral, infantil e materna, número de nascidos vivos/nascidos mortos, morbidade, esperança ou expectativa de vida, estatísticas relativas à demanda por serviços de saúde, entre outros. Até a implantação do Distrito Sanitário no Rio Negro em 1999, a avaliação era dificultada pela dispersão dos dados epidemiológicos entre as várias instituições que então atuavam na área da saúde indígena, pois existia falta de padronização e de precisão, nem sempre havendo informações desagregadas por sexo, idade, etnia, procedência dos pacientes ou condição real de alta. Além disso, os dados eram coletados principalmente em decorrência da utilização pelos índios da rede de serviços de saúde (consultas, atendimentos médicos realizados nas viagens das equipes médicas, fichas preenchidas pelos AIS etc.), e não em investigações epidemiológicas específicas. Vale dizer que esse problema perdura até hoje. Por essas razões, fornecem somente uma visão fragmentada do perfil epidemiológico e sanitário da região.

Feitas essas ressalvas, pode-se dizer que os dados epidemiológicos disponíveis sobre a região do alto rio Negro, como um todo, indicam o predomínio de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, com destaque para as afecções dos aparelhos respiratório (incluindo a tuberculose) e digestivo, malária, dermatoparasitoses e piodermites. Registra-se, além disso, número elevado de “afecções mal definidas”<sup>3</sup> (FUNASA 2002) e verifica-se um importante número de óbitos por “causa indeterminada” nas várias subáreas de atuação dos profissionais de saúde<sup>29</sup>, o que deixa ver o caráter ainda precário da assistência sanitária na região, bem como a necessidade de aprimoramento da formação dos AIS.

---

<sup>3</sup> Por exemplo, 2.270 casos de afecções “mal definidas” sobre os 28.840 casos de doença registrados em 2002 na região do alto rio Negro (cf. FUNASA 2002).

<sup>29</sup> Em 2001, 28% dos óbitos registrados na área de atuação do convênio FUNASA/SSL, que cobre uma população de aproximadamente oito mil pessoas, distribuídas em 157 comunidades nos rios Tiquié e Uaupés, foram sem “causa determinada” (cf. SSL 2000).



Os dados epidemiológicos disponíveis são inconclusivos quanto a eventuais diferenças de perfil epidemiológico entre povos ou sub-regiões específicas, exceto o reconhecimento da alta incidência de tracoma em certos subgrupos Maku da região do rio Papuri. Entretanto os requisitos necessários para a ocorrência, manutenção e impacto demográfico e sanitário sobre os povos indígenas dos principais agravos de saúde registrados no rio Negro são extremamente variados e lidam tanto com o ambiente físico quanto com o contexto sociocultural da doença. Estudos salientaram assim o perfil epidemiológico extremamente heterogêneo da malária na Amazônia (Barata 1995). Como ressaltou Ianelli, “[...] ao mesmo tempo em que é possível observar epidemias [...] também se encontram populações indígenas com alta reposta imuno-humoral ao *P. falciparum* na vigência de baixa parasitemia e aparente ausência de sinais e/ou sintomas compatíveis com a doença” (Ianelli 2000). O perfil epidemiológico da malária nas populações indígenas da Amazônia dependeria assim da exposição diferencial a fatores importantes na transmissão dessa doença, como a presença de barragens ou de pequenas coleções de água estagnada, a existência ou não de áreas de desmatamento, as modalidades de ocupação do solo e de exploração econômica dos recursos naturais, a introdução de hematozoários por indivíduos oriundos de regiões de endemia palustre (garimpos, por exemplo) e/ou certas práticas culturais locais susceptíveis de favorecer, ou de proteger contra<sup>30</sup>, os contatos homem/anofelino.

Ocorre o mesmo com as parasitoses intestinais, cuja incidência depende da diversidade e da complexidade do meio ambiente, da concentração demográfica e do grau de mobilidade espacial, das condições do habitat e das fontes hídricas, das práticas de higiene e dos hábitos alimentares da população local, assim como da eventual existência de reservatórios selvagens de enteropatógenos. Vários estudos mostraram, por exemplo, que as condições sanitárias de grupos com alto grau de mobilidade espacial são melhores que aquelas dos grupos sedentários (cf. Schwaner e Dixon 1974; Wirsing 1985). Com efeito, embora os agentes infecciosos que afetem os grupos de caçadores-coletores ou de agricultores sejam os mesmos, a pouca mobilidade destes propicia um aumento da insalubridade do lugar e, portanto, da incidência de certas afeções. Desse modo, características socioculturais, como concentração populacional, pouca mobilidade espacial e hábitos de higiene, bem como as precárias condições de saneamento em que se encontram a maioria das comunidades indígenas em decorrência do contato com os não índios e, por fim, a possível existência de reservatórios silvestres de enteropatógenos são alguns dos fatores que concorrem para um padrão de infestação diferencial entre os povos indígenas da Amazônia.

No que se refere à tuberculose, doença ligada de maneira íntima às condições socioeconômicas de vida e ao estado imunitário da pessoa infectada, fica claro que ela não acomete as comunidades e os indivíduos de maneira similar. Com efeito, cabe distinguir, no caso da tuberculose, infecção e doença. A primo-infecção tuberculosa, consecutiva à inalação do bacilo da tuberculose (bacilo de Koch ou BK) e sua implantação nos alvéolos pulmonares, é geralmente assintomática e a pessoa infectada, não contagiosa. Em 90% dos casos, as defesas imunitárias do indivíduo são suficientes para impedir a multiplicação e a dispersão dos BK em seu corpo. Em 10% dos casos, a infecção se torna patente: é a tuberculose-doença ou tuberculose primária. Via de regra, considera-se que somente 5% das pessoas infectadas

---

<sup>30</sup> Por exemplo, a fumaça das fogueiras mantidas acesas nas habitações indígenas tradicionais durante a noite atuaria como repelente contra os mosquitos. Nessas comunidades, a transmissão da malária é predominantemente ou exclusivamente peridomiciliar. Em contrapartida, certas práticas culturais dos índios (como buscar água, tomar banho de rio ou pescar de madrugada, no auge da atividade anofélica) podem facilitar a transmissão da malária (Moura e outros 1994).

desenvolveram a doença nos dois anos seguintes à infecção, e os 5% restantes ao longo de sua vida (Sudre 1993). Deve ser lembrado, no entanto, que esse risco aumenta em casos, entre outros, de imunodepressão induzida por certas condições patológicas (infecção HIV, sarampo, câncer na cabeça ou no pescoço, diabetes etc.), pelo mau estado geral de saúde da pessoa, pelo alcoolismo ou por carências nutricionais. Ademais, fatores socioculturais e econômicos (situação econômica, padrões de socialização, divisão sexual do trabalho, dependência econômica da mulher, valores atribuídos à saúde desta etc.) podem determinar diferenças entre os gêneros, em relação ao risco de exposição à infecção e de desenvolvimento da doença, à experiência subjetiva e ao significado social da doença para o doente, assim como em relação à busca pelos serviços de saúde e/ou à adesão ao tratamento (cf. Hudelson 1996). Fica evidente também que a deterioração crescente das condições de vida dos índios, em decorrência do contato com os não índios, contribui para a manutenção da endemia tuberculosa nas comunidades indígenas.

É legítimo, portanto, supor a existência de possíveis diferenciações no estado de saúde dos vários povos do rio Negro, de acordo com as características socioculturais e econômicas, com sua história do contato e, também, com aquelas do ambiente em que vivem.

### **Para uma definição êmica do estado de saúde dos povos indígenas: o diagnóstico de percepção da comunidade**

Os indicadores usados para avaliar o estado de saúde de uma comunidade ou sub-região específica no alto rio Negro não levam em conta as percepções indígenas em relação aos problemas de saúde comunitários e suas causas eventuais. Esse tipo de informação, no entanto, pode completar de maneira adequada a coleta dos dados epidemiológicos e demográficos gerados pela utilização dos serviços de saúde.

Reuniões focais e entrevistas realizadas na comunidade indígena de Iauareté permitiram atestar a falta de consenso entre os índios sobre o estado de saúde comunitário, particularmente entre pessoas de diferentes gerações. As pessoas idosas e os xamãs-rezadores (ou *kumua*, nas línguas tukano orientais) queixam-se da importância gradual de doenças que atribuem à falta de respeito, pelas gerações jovens, de restrições alimentares, de comportamento ou sexuais, relacionadas às fases do ciclo biológico da vida (nascimento, puberdade, morte), bem como ao uso indevido (isto é, para testar sua eficácia) das encantações terapêuticas. A este respeito, a mitologia indígena fornece vários exemplos do perigo potencial da utilização dessas encantações fora dos contextos específicos de cura ou aprendizado. Numerosas doenças, das quais a humanidade padece atualmente, seriam o resultado da experimentação das encantações terapêuticas por um herói mítico particular, no intuito de testar sua eficácia. Além disso, muitos *kumua* se queixam dos jovens que, por curiosidade, procuram aprender com um membro mais velho, por exemplo, uma encantação de agressão, experimentando-a para testar seu poder maligno e causando, dessa forma, vários tipos de doença. Cabe dizer que o poder deletério dessas encantações é tão potente, que seu conhecimento é tradicionalmente reservado a certos especialistas, sendo parte de seu aprendizado como *kumua*. Sua potencial utilização é também restringida por certos mecanismos que procuram, em particular, ajudar o *kumu*<sup>31</sup> a melhor controlar suas emoções, a fim de que não utilize as encantações em um momento de raiva, ou a impedir de pôr esse

---

<sup>31</sup> Palavra singular de *kumua*.

saber em prática com o intuito de verificar sua eficácia maléfica. As encantações terapêuticas e de agressão, que formam o acervo atual dos *kumua*, estão assim submetidas a severas restrições de transmissão e de uso. Entre os Desana, por exemplo, as encantações são tradicionalmente transmitidas de pai para filho, consideradas segredo e parte do saber de um sib específico. Restrições rígidas pesam sobre sua difusão fora do sib, assim como limitam seu uso (cf. Buchillet 2004).

Por sua vez, as gerações mais jovens consideram que a situação sanitária da comunidade de Iauareté melhorou sensivelmente em função da maior proximidade dos serviços de saúde e da melhor acessibilidade aos medicamentos. Mencionam também a diminuição da incidência de doenças outrora atribuídas à feitiçaria praticada pelos xamã-onça (*yea*, em desana), os quais quase desapareceram da região em consequência da intolerância dos primeiros missionários salesianos. Esse missionários, desde sua instalação permanente nessa região no início do século XX, empreenderam uma campanha sistemática de ridicularização dos costumes indígenas (em particular do xamanismo e das práticas indígenas de cura) e de difamação dos xamãs tratados como charlatães. Numerosos xamã-onça acabaram por fugir da região ou se negaram a formar aprendizes de xamãs.

Torna-se evidente que essas divergências de opinião sobre o estado de saúde comunitário são o resultado da maior ou menor proximidade das pessoas com a ideologia e prática xamânicas e/ou de sua maior ou menor sensibilidade às transformações induzidas pelo contato com os não índios e à difusão das idéias ocidentais.

Vale salientar que as percepções dos índios acerca da situação de saúde comunitária e das causas eventuais de sua melhora ou piora podem não coincidir com aquelas dos profissionais de saúde. Além das concepções divergentes em matéria de saúde, doença e cura, os profissionais de saúde podem se preocupar com uma doença não categorizada como doença pela comunidade, não reconhecida como sendo de competência da medicina ocidental ou, ainda, não percebida como problema prioritário de saúde nessa comunidade específica. Entrevistas realizadas em 2002 com os índios sobre a epidemia de malária, que causou, em outubro de 2001, a morte de várias crianças e pessoas idosas em Iauareté, ilustraram essas divergências de opinião, as quais tiveram desdobramentos inesperados para a comunidade indígena. Com efeito, os técnicos da FUNASA, que chegaram na ocasião a pedido dos profissionais de saúde locais, diagnosticaram uma simples epidemia de malária *vivax* e atribuíram seu surgimento ao fato de os índios terem aberto, havia pouco, pequenos poços de água para a criação de peixes. Muitos índios rejeitaram de forma veemente o diagnóstico ocidental feito na época. Além de interpretarem a epidemia no bojo de um ciclo de retaliações xamânicas desencadeado, de acordo com certos depoimentos, pelo suicídio de uma mulher da comunidade, insistiram no fato de que já haviam sido acometidos por essa forma de malária, mas nunca haviam tido sintomas similares aos da suposta malária *vivax*. De fato, a descrição dos sintomas e das circunstâncias do surgimento da epidemia feita pelos antigos doentes ou por membros da família de pessoas que morreram no auge da epidemia, bem como a consideração das fontes históricas e dos dados de hospitalização do antigo hospital São Miguel de Iauareté – os quais sempre ressaltaram a ocorrência simultânea de doenças de etiologias diversas –, indicam que várias doenças estavam provavelmente envolvidas nesse surto epidêmico. Esse profissionais de saúde, além do caráter parcial do diagnóstico que estabeleceram na época, os quais certamente não atribuíram muita importância às queixas e às descrições dos sintomas feitas pelos índios, levantaram suspeitas, alimentaram rumores e incentivaram conflitos na comunidade a respeito do projeto de criação de peixes desenvolvido pela organização indígena local em parceria estreita com o Instituto Socioambiental.

## Representações e práticas indígenas em matéria de saúde e de doença

Inquéritos qualitativos visando à coleta de dados sobre representações e práticas indígenas ligadas aos problemas de saúde prioritários no rio Negro devem ser realizados também por antropólogos. Com base em meu trabalho de campo com os *kumua* desana, tukano e tariana oriundos de diferentes sibs e na literatura internacional em antropologia da saúde, posso indicar várias razões para a necessidade desse tipo de inquérito qualitativo:

1. Ausência de correspondência entre as nosologias biomédicas e indígenas: sintomas oriundos de patologias distintas, segundo a concepção da medicina ocidental, podem ser considerados pelos índios como parte da mesma entidade nosológica ou, inversamente, manifestações clínicas de uma mesma doença segundo a medicina ocidental podem ser consideradas pelos índios sintomas de doenças diversas, cada qual necessitando, portanto, de tratamento específico.

2. As formas clínicas de uma doença peculiar identificadas pela medicina ocidental podem ser consideradas doenças distintas pelos índios. Por exemplo, certos *kumua* desana e tariana reconhecem a existência de vários “tipos” tradicionais (ou seja, que os acometem desde sempre) de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar<sup>32</sup>, que atribuem a diferentes formas de ataque de feitiçaria xamânica, assim como identificam uma versão “branca” da tuberculose pulmonar, de natureza contagiosa, imputada ao contato com os não índios. Certos índios consideram o tratamento ocidental eficaz somente no tratamento da versão branca da tuberculose pulmonar, cujo diagnóstico diferencial em relação às versões tradicionais é estabelecido pelo resultado do exame bacteriológico de escarro. De acordo com a fala de um índio tariana, “o exame não acusa nada” nesta forma da doença. Os índios Desana e Tariana de Iauareté diferenciam igualmente categorias de diarreia, que remetem a etiologias diversas e, eventualmente, a fases distintas do ciclo de vida: caso, por exemplo, da diarreia que acomete a criança desmamada em razão de nova gravidez da mãe. Percebida como a tradução da inveja da criança em relação à outra na barriga, essa diarreia não é considerada um evento patológico. Por fim, a diarreia pode ser percebida como um dos sintomas de certas doenças tradicionais (por exemplo, certas formas de malária) e não como uma doença em si.

3. Divergências sobre o significado do surgimento de sintomas durante a evolução de uma doença: enquanto para o profissional de saúde a aparição de sintomas traduz a evolução de uma doença específica ou é um efeito secundário do tratamento, novos sintomas são percebidos pelos índios como índice de uma outra doença, necessitando, portanto, de outro tratamento. Vale lembrar aqui a fluidez dos diagnósticos indígenas, remanejados em função tanto de fatores propriamente clínicos (aparente ausência de reação imediata da doença ao

---

<sup>32</sup> Eles distinguem vários tipos de tuberculose que correspondem mais ou menos a certas formas clínicas identificadas pela medicina ocidental: tuberculose pulmonar, laríngea, ganglionar (debaixo das orelhas), axilar etc. No caso da tuberculose pulmonar, distinguem várias formas “tradicionais” e uma forma “branca”. Os 403 casos de tuberculose registrados pelo antigo hospital São Miguel da comunidade de Iauareté entre os anos 1977-1994 se distribuem da seguinte maneira: tuberculose pulmonar (226 casos); ganglionar, ou seja, na concepção ocidental, axilar e debaixo das orelhas (128 casos); mista, ou seja, pulmonar e ganglionar (12 casos); óssea (três casos); intestinal (dois casos); laríngea (dois casos); miliar aguda (um caso); cutânea (um caso); e formas não especificadas (28 casos). Cf. Buchillet e Gazin (1998).

tratamento<sup>33</sup>, surgimento de sintomas, agravação da doença, evolução crônica, recidiva, etc.), quanto de fatores extra-médicos (sonhos recorrentes do doente, eclosão de conflitos na comunidade do doente, aproximação ou simples visão de uma mulher grávida ou menstruada por parte do doente, reminiscências de cura do xamã, queda de um trovão próximo ao domicílio do paciente etc.). No diagnóstico de uma doença, bem como na avaliação do seu curso, os índios associam eventos de diferentes ordens que comumente são dissociados pela medicina ocidental. Para o *kumu*, por exemplo, a visita de uma mulher menstruada ao domicílio do doente é susceptível de acrescentar um elemento patógeno à doença, podendo explicar sua evolução (agravação, surgimento de sintomas). e daí a necessidade de remanejar o diagnóstico inicial e mudar o tratamento. Nesse contexto, uma doença inicialmente imputada à feitiçaria humana (comum ou xamânica) pode, conforme sua evolução, a reatividade ao tratamento xamânico empreendido e eventos na comunidade do doente, ser posteriormete atribuída a uma outra causalidade, por exemplo, um ataque dos espíritos aquáticos e da mata, sendo então considerada outra doença.

4. Ausência de signos patognomônicos de certas doenças predominantes na região do alto rio Negro: caso, por exemplo, da tuberculose, cujos principais sintomas (tosse prolongada, hemoptise, expectoração, febre vespertina) podem ser encontrados em outras doenças (por exemplo, gripe, bronquite, pneumonia e câncer do pulmão); por sua vez, a febre intermitente, embora considerada uma das características de um ataque de malária, pode ocorrer em outras doenças ou mesmo estar ausente dos acessos palustres nas regiões em que a malária é endêmica. Neste sentido, o diagnóstico dessas duas doenças só pode ser estabelecido de maneira definitiva por meio do exame bacteriológico da expectoração (caso da tuberculose) ou parasitológico (caso da malária). Além disso, esses vários sintomas podem ser interpretados pelo paciente como sinal de uma outra doença (Buchillet 2000).

5. Concepções divergentes a respeito do papel do médico: registra-se, entre as populações indígenas do rio Negro, assim como entre vários outros povos da América latina, a prática corrente do autodiagnóstico, o qual tem conseqüências sobre a conduta do paciente e de sua família, sobre o recurso a diferentes categorias de especialistas de cura (indígenas ou ocidentais) e sobre a adesão aos tratamentos oferecidos pela rede pública de saúde. Nas sociedades indígenas, conforme mostrei em outro contexto, o doente (com a ajuda eventual de membros de sua família ou da comunidade) assume parte das tarefas atribuídas ao médico na sociedade ocidental. Em numerosos casos, o profissional de saúde, do qual se pretende obter um medicamento específico, é contatado de maneira paralela ou complementar aos especialistas tradicionais de cura, não sendo raro ver os índios procurarem um medicamento específico no posto de saúde, tendo já escolhido o remédio que pensavam necessitar conforme o autodiagnóstico feito no surgimento dos sintomas ou no curso da doença, sem se deixar auscultar pelo médico (cf. Buchillet 1991).

6. Certos termos médicos se referem-se, para o médico, ao sintoma de uma doença enquanto correspondem, para o paciente, a uma doença específica: caso, por exemplo, do termo “tosse”, que, de acordo com o médico, reporta-se a um simples sintoma, enquanto para o paciente designa tuberculose (Mata 1985). Ademais, um termo vernacular de doença pode servir para denominar sintomas ou doenças considerados similares: caso, por exemplo, do termo desana

---

<sup>33</sup> Para os Desana, assim como para os outros povos da família lingüística tukano oriental, a eficácia do tratamento xamânico é imediata. A aparente ausência de reação da doença ao tratamento empreendido é, principalmente, o indício de um erro de diagnóstico. Ao levar em conta a concepção indígena da eficácia terapêutica, torna-se claro como a questão da cronicidade de certas doenças (tuberculose, por exemplo) pode ser dificilmente compreensível para os índios (Buchillet 2000).

*nimakiri* (ou seu cognato nas outras línguas da família lingüística tukano oriental), que designa tanto as várias categorias de febre reconhecidas pelos índios quanto o acesso palustre (Buchillet 1995); de maneira similar, o termo desana *bibiribu*, que os índios traduzem em português por “tumor”, refere-se, na realidade, a qualquer tipo de tumor, inchação, hemorróida, íngua, furúnculo etc.; por sua vez, a denominação *dzéfemi*, que os índios Baniwa (família lingüística arawak) utilizam para se referir à tuberculose, recobre, na realidade, “todas as manifestações crônicas de fraqueza, emagrecimento, astenia e dificuldade de executar os trabalhos cotidianos” (Garnelo e Wright 2001).

7. Os sintomas que traduzem a transição de um estado normal de saúde para um estado patológico (e o inverso) não são os mesmos para o paciente indígena e para o médico. Cabe diferenciar aqui os sinais clínicos definidos pela nosologia ocidental dos sintomas subjetivamente sentidos pelo doente e que estão na origem da procura dos especialistas terapêuticos tradicionais ou dos serviços de saúde. Um doente pode ser considerado clinicamente curado pelo médico, mas não se considerar curado, já que, de acordo com o diagnóstico indígena, a causa primária (ou principal) de sua doença ainda não foi sanada (Buchillet 1991).

8. Necessidade de conhecer as dimensões semânticas embutidas nas terminologias médicas ocidentais ou nativas, ou seja, saber o que elas evocam para as populações locais, quais sentimentos e/ou interpretações estão ligados ao uso de um termo específico, qual será o impacto (social ou psicológico) para o doente ou sua família do emprego de um termo determinado etc. Depoimentos indígenas indicam que, no passado, o diagnóstico de *wati poari*<sup>34</sup> (que seria uma das denominações tukano da tuberculose pulmonar ou laringea) feito pelos médicos da missão salesiana era considerado pelo doente uma sentença de morte e provocava terror e fuga de membros de sua família ou comunidade. Estudos antropológicos realizados na Índia mostraram o impacto psicossocial diferencial, conforme o gênero, do diagnóstico de tuberculose: ele seria, notadamente, um motivo de repúdio da mulher. É fácil entender, nesse contexto, a recusa desta em fazer o exame bacteriológico de escarro ou em facilitar a busca ativa dos comunicantes entre os membros de sua família, o que a obrigaria a lhes revelar a identidade de sua doença (Barnhoorn e Adriaanse 1992; Kwan-Gwett 1998). Em várias partes do mundo, o termo vernacular correspondente à “tuberculose” é associado pelas pessoas à sujeira, promiscuidade, pobreza etc. (Farmer e outros 1991; Nichter 1989) Em certas sociedades africanas, o aspecto desnutrido de um recém-nascido desmamado em razão de nova gravidez da mãe é interpretado como a marca da ausência de controle dos pais sobre a sua sexualidade (Bonnet 1988). É fácil entender, neste caso, o desconforto dos pais de crianças desnutridas ao serem apontados pelo profissional de saúde ou quando este, segundo o seu ponto de vista, disponibiliza a lista das famílias “problemáticas” para toda a comunidade. Levando-se em conta estes aspectos, parece evidente que, em termos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, é importante conhecer as nosologias indígenas, saber como os índios nomeiam, categorizam os sintomas e os agrupam em entidades patológicas, e não se limitar às definições ocidentais das patologias. Sem um trabalho de esclarecimento desse tipo, medidas de prevenção ou de controle preconizadas pelos profissionais de saúde para uma doença específica podem, por exemplo, não se aplicar ou se adequar a todas as “formas” dessa doença reconhecidas pelas populações locais.

---

<sup>34</sup> Literalmente, “cabelo/pelo de Wati”, ser mítico temido pelos índios.

## Conclusões finais

Adaptar as atividades preventivas e de assistência médica às características socioculturais locais é um dos preceitos de base da política oficial em matéria de saúde indígena. Acredito ter demonstrado aqui os limites e os perigos potenciais de um planejamento de ações e serviços de saúde baseado unicamente na coleta de dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e ambientais. Conforme lembrou Massé (1995) em outro contexto, “quando se quer levar a sério o processo de regionalização dos serviços [de saúde], os planejadores devem recorrer a estudos complementares e de orientação etnográfica das necessidades [em matéria de saúde], os quais darão uma credibilidade científica às percepções da população”. O conhecimento antropológico é imprescindível não apenas para estabelecer de maneira acurada o perfil epidemiológico e sanitário de uma população ou comunidade específica, mas também para subsidiar o planejamento e a execução de ações de saúde (preventivas ou terapêuticas), bem como a organização dos serviços de saúde. Para o antropólogo, não se deve reificar a cultura indígena, mas sim de mostrar que ela é um processo essencialmente dinâmico e constantemente negociado e renegociado entre os diferentes atores<sup>35</sup>. Além disso, numerosos estudos têm mostrado a impossibilidade de generalizar a influência dos conceitos nativos de saúde, doença e cura sobre o recurso aos serviços de saúde ou sobre a adesão aos tratamentos oferecidos pela rede pública de saúde. Esses conceitos não são os únicos fatores em jogo na conduta dos pacientes. Fatores de ordem socioeconômica (distância dos postos de saúde, e custo do transporte, por exemplo), associados às estruturas de saúde (verticalização das ações de saúde, preconceitos do pessoal de saúde em relação aos índios e à sua cultura etc.) ou ligados à própria história do contato com os não-índios também precisam ser considerados.

## Referências bibliográficas

BARATA, R. de B. C.

(1995) "Malária no Brasil: panorama epidemiológico na última década", *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1): 128-36.

BARNHOORN, F. & ADRIAANSE, H.

(1992) "In search of factors responsible for non-compliance among tuberculosis patients in Wardha district, India", *Social Science and Medicine*, 34(3): 291-306.

BONNET, D.

(1988) "Programme 'Alphabétisation et santé'". Présentation d'une brochure de post-Alphabétisation en éducation pour la santé. Ms.

BUCHILLET, Dominique

---

<sup>35</sup> Ver o texto de Esther Jean Langdon neste livro.

(1991) "A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. Em: Buchillet, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/Edições Cejup/UEP, p. 21-44

(1995) "Contas de vidro, enfeites de branco e 'potes de malária': epidemiologia e representações de doenças infecciosas entre os Desana", *Série Antropologia* (Universidade de Brasília), 187: 1-23. Republicado em Albert, B.; Ramos, A.R. (orgs.). *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico* São Paulo: Editora UNESP, p. 113-42, 2002.

(2000) "Tuberculose, cultura e saúde pública", *Série Antropologia* (Universidade de Brasília), 273: 1-19.

(2004) Sorcery beliefs, transmission of shamanic knowledge and therapeutic practice among the Desana of the upper rio Negro region (Brazil). In: *Darkness and secrecy: The Anthropology of assault sorcery in Amazônia* (N. WHITEHEAD & R.M. WRIGHT, eds.). Duke University Press (no prelo).

BUCHILLET, D.; GAZIN, P.

(1998) "A situação da tuberculose na população indígena da região do alto rio Negro", *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (1): 181-85.

CASTRO, M.S. de(coord.)

(2000) "Relatório parcial de trabalho de campo Rio Papuri/Amazonas (outubro de 2000) Imunização, busca ativa, tratamento e cirurgia do tracoma, DSEI-SEMSA-Rio Negro (convênio 520/99)". São Gabriel da Cachoeira, SEMSA.

FARMER, P.; ROBIN, S.; RAMILUS, S. L.; KIM, J.Y.

(1991) "Tuberculosis, poverty and 'compliance': lessons from rural Haïti", *Seminars in Respiratory Infections*, 6 (4): 254-60.

FOIRN-FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO RIO NEGRO

(2001) "Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. Relatório técnico/de atividades do convênio FUNASA/FOIRN n° 775/99", São Gabriel da Cachoeira, FOIRN.

FUNASA-FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

(2002) "Distrito Sanitário Especial Indígena. Relatório de gestão 2000-2002". São Gabriel da Cachoeira, FUNASA.

GARNELO, L.; WRIGHT, R.

(2001) "Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa", *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 273-84.

GARNELO, L.; MACEDO, G.; BRANDÃO, L.C.

(2003) *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.

HUDELSON, P.



(1996) "Gender differentials in tuberculosis: the role of socio-economic and cultural factors", *Tubercle and Lung Disease*, 77: 391-400.

IANELLI, R.V.

(2000) "Epidemiologia da malária em populações indígenas da Amazônia". IEm: R. Barata, R.; Briceno-León, R. (orgs.). *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 355-74.

KWAN-GWETT, T. S.

(1998) "The stigma of tuberculosis in refugee and immigrant communities". Em: *Clinical pearls in cross-cultural medicine: ethnic medicine guide*. Harborview Medical Center (versão eletrônica: <http://www.healthlinks.washington.edu/clinnical/ethnomed/>).

MASSÉ, R.,

(1995) *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.

MATA, J.L.

(1985) "Integrating the client's perspective in planning a tuberculosis education and treatment program in Honduras", *Medical Anthropology*, 9 (1): 57-64.

MOURA, R. C. S.; FÉ, N. F.; FÉ, F. F.; SOARES, A. R. L.

(1994) "Há transmissão intradomiciliar da malária nas habitações indígenas tradicionais na Amazônia?", *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 27 (Supl. I): 5.

NICHTER, M.

(1989) "Lay perceptions of medicine: a South Indian case study". Em: NICHTER, M. (ed.). *Anthropology and international health. South Indian case studies* Dordrecht: Kluwer Academic Press, p. 187-213.

SCHWANER, T. D.; DIXON, C.F.

(1974) Helminthiasis as a measure of cultural change in the Amazon basin. *Biotropica*, 6 (10): 32-7.

SEMSA-SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

(2000) "Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. Relatório técnico/de atividades do convênio FUNASA/SEMSA n° 520/99", São Gabriel da Cachoeira, SEMSA.

SHIMADA, J.; CAREY JOHNSON, J.; GOLDSTEIN, E.; BUCHWALD, D.

(1995) "'Strong medicine': Cambodian views of medicine and medical compliance", *Journal of General and Internal Medicine*, 10: 369-74.

SSL-SAÚDE SEM LIMITES

(2000) "Distrito Sanitário Especial Indígena do Alto Rio Negro. Relatório técnico/de atividades do convênio FUNASA/SSL n° 439/99 de 2000", São Gabriel da Cachoeira, SSL.

SUDRE, P.

(1993) “Aspects contemporains de l'épidémiologie de la tuberculose”, *Annales de l'Institut Pasteur/Actualités*, 4 (3): 225-31.

WIRSING, R. L.:(1985) “The health of traditional societies and the effect of acculturation”, *Current Anthropology*, 26 (3): 303-22.

MARLENE DE OLIVEIRA

**A intervenção como um processo em construção:  
notas para a redução do uso de bebidas alcoólicas  
e alcoolismo entre os Kaingáng**

**Introdução**

Este artigo tem o propósito de relatar uma experiência específica de intervenção a respeito do uso abusivo de álcool pela população Kaingáng da Terra Indígena (TI) Apucarantina, indicar algumas possibilidades metodológicas nesse sentido e, acima de tudo, contribuir para o debate acerca do papel do antropólogo nas políticas de saúde destinadas aos povos indígenas. Inicialmente, é necessário ressaltar que propor políticas de intervenção sobre o uso de bebidas alcoólicas e/ou alcoolismo em populações indígenas implica desvendar uma série de relações que foram sendo tecidas na trajetória do contato interétnico. Para compreender esse fenômeno, presente na maioria das sociedades indígenas, é imprescindível entender as múltiplas causas que o desencadearam e que estão diretamente relacionadas ao processo de beber em cada grupo em particular.

Essa intervenção vem sendo realizada por uma equipe multidisciplinar composta por médicos generalistas, psiquiatra, enfermeira, psicóloga, antropóloga e estagiários do curso de ciências sociais da Universidade de Londrina, cuja proposta tem sido construir uma assistência diferenciada com serviços de qualidade, mantendo-se a especificidade e a diversidade cultural do grupo em cada atividade a ser implantada.

Destacamos que, no decorrer da implantação desse projeto, o enfoque vem sendo tanto a prevenção quanto as ações curativas por meio de métodos culturalmente apropriados, com o envolvimento da comunidade, respeitando-se seus saberes e, principalmente, havendo comprometimento da equipe em desenvolver ações que possam reduzir o uso de álcool em uma perspectiva interdisciplinar.

O papel do antropólogo nessa intervenção tem sido cada vez mais entender o fenômeno do uso de álcool e/ou alcoolismo com base em uma pesquisa qualitativa estabelecida com os Kaingáng, cujo propósito é compreender os vários significados de beber para esse grupo indígena. Assim, por intermédio da pesquisa, foi possível para a antropóloga perceber a diversidade de situações ligadas ao consumo de bebidas alcoólicas como a forma de o grupo se relacionar com as bebidas, o contexto em que se bebe, a intensidade do consumo, as variações nos estilos de beber e, principalmente, se a bebida constituía um problema para aquela comunidade.

Partindo desse reconhecimento e compreendendo as especificidades relacionadas com essa questão, tornou-se possível delinear uma proposta de intervenção no grupo indígena. Vale mencionar que a antropóloga esteve engajada e comprometida com este trabalho desde o

início, nas reuniões com a comunidade e durante a fase de pesquisa, sendo responsável ainda pela implantação e pelo acompanhamento das atividades desenvolvidas.

Um dos aspectos destacados nesse processo pela antropóloga foi o incentivo dado a ações voltadas à revitalização e à retomada de aspectos ligados a rituais e práticas tradicionais, como a dança, o cântico kaingáng e as festas tradicionais. Esses aspectos são considerados fundamentais para a manutenção e valorização da identidade individual e coletiva desse grupo. A elaboração e construção de oficinas específicas de prevenção direcionadas para os jovens indígenas, os professores e a equipe de saúde são estratégias para a redução do uso de bebidas, que descreveremos adiante.

Embora saibamos que a maioria das intervenções no campo da saúde não tem levado em consideração as especificidades da cultura na implantação de projetos nessa área, consideramos que a contribuição de antropólogos nos serviços de saúde tem sido amplamente debatida. Os eventos que articulam o debate entre as ciências da saúde e as ciências humanas têm se tornado realidade e seus temários demonstram o quanto saúde e doença transcendem o plano biofisiológico e requerem um diálogo com outras áreas do conhecimento. Questões de saúde e doença, portanto, demandam cada vez mais uma abordagem interdisciplinar.

O debate entre as ciências da saúde e a antropologia tem possibilitado novas reflexões sobre a relação entre biologia e cultura, bem como destacado a compreensão dos fatores socioculturais como algo imprescindível na prevenção de doenças. No caso da intervenção no uso abusivo de álcool, é fundamental que se tenha a compreensão das diversas especificidades que o beber representa para cada povo em seu contexto particular, assim como dos fatores sociais, culturais, históricos, políticos e econômicos, e não apenas da perspectiva das ciências médicas, que o instituem simplesmente como uma doença, embora saibamos as conseqüências negativas que o uso do álcool acarreta.

Nesse caso, é necessário relativizar ou desconstruir alguns conceitos biomédicos, e isso só é possível por meio da intervenção antropológica. Lançar um olhar diferente sobre a questão e saber reconhecer os fatores que estão imersos em domínios culturais e contextos sociais particulares ligados ao uso de bebidas pode apontar a direção para enfrentar melhor esse problema.

O projeto vem sendo desenvolvido pela Secretaria de Assistência Social, autarquia do Serviço Municipal de Saúde, em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e o Centro de Intervenção e Pesquisa em Saúde Indígena (CIPSI), com a colaboração de universidades nacionais e estrangeiras. Lembramos que a autarquia do Serviço Municipal de Saúde é a atual responsável pelo atendimento à saúde da população Kaingáng, mantendo com a FUNASA, por meio de convênio, uma Unidade Básica de Saúde e uma equipe de atendimento, com oferta de serviços nas áreas médica, odontológica e de enfermagem. A equipe responsável pela assistência à saúde também deve desenvolver as ações previstas no projeto.

## **Os Kaingáng e os seus principais problemas de saúde**

O contato dos Kaingáng com a sociedade nacional se deu do fim do século XIX a meados do século XX, acompanhado pela força colonizadora européia. A política de expropriação dos territórios Kaingáng se fez sob a égide da violência e da barbárie.

A história dos Kaingáng da TI Apucarantina, desde o século XVI até os dias de hoje, tem sido uma luta de resistência física e cultural. Com a expansão da colonização, os

Kaingáng se viram privados de sua infra-estrutura econômica: perderam autonomia como grupo e passaram a formar uma configuração social dependente dos interesses da sociedade ocidental.

A situação de contato engendrou transformações profundas no modo de vida dos Kaingáng: destruiu as bases materiais de produção e reprodução social, alterou seus padrões tradicionais de abastecimento e, conseqüentemente, toda sua organização sociocultural sofreu mutações e adaptações ao novo contexto histórico.

Apresentaremos alguns dados relacionados ao perfil epidemiológico dos Kaingáng, que têm sido registrados pela equipe multidisciplinar<sup>1</sup> no decorrer do desenvolvimento de atividades com essa população. Registram-se altos índices de subnutrição, principalmente entre as crianças – devido à mudança de hábitos alimentares e à carência e à monotonia alimentares –, e de doenças infecto-respiratórias, infecto-contagiosas e crônico-degenerativas, além de parasitoses intestinais, alcoolismo, tuberculose etc. Em relação à população adulta, os óbitos, em grande maioria, devem-se aos acidentes e à violência decorrentes do uso excessivo de álcool.

Segundo levantamento de morbidade ambulatorial em 2003, percebe-se uma alta prevalência (44%) de doenças do trato respiratório (IVAS, pneumonias e bronquite), seguidas pelas doenças infecto-parasitárias (17,4). Entre estas, as que mais ocorrem são as infestações parasitárias (piolhos e escabiose) seguidas de helmintíases e diarréias.

Durante os anos de 1994 e de 1995, foi realizada uma primeira avaliação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos, usando como método peso e a altura relacionados à idade. O resultado foi o seguinte: 43% das crianças em 1994 e 48% em 1995 apresentavam risco nutricional e baixo peso. Com base nesse diagnóstico, foram desencadeadas diversas ações específicas relacionadas ao combate à subnutrição dentro da aldeia.

Mesmo assim, nos anos que se seguiram, o índice de crianças com subnutrição praticamente permaneceu inalterado. Isso se justifica pelo aumento populacional e pelas poucas mudanças socioeconômicas, fazendo com que continuamente as crianças, a partir dos seis meses (período em que ocorre a introdução de alimentos líquidos e sólidos), estejam sistematicamente expostas ao risco de desnutrição, tanto pela baixa variedade alimentar quanto pela coexistência de outras morbidades, como diarréias, verminoses e anemia.

A partir de 2000, foram observados índices de 26% de crianças menores de cinco anos com baixo peso e de 15% em situação de risco nutricional. Já no ano de 2002, foram encontradas 15% de crianças com baixo peso e 18% com risco nutricional. No ano de 2003, constatou-se um total de 12% de crianças com baixo peso e de 19,6% com risco nutricional. Apesar da variação observada nesses três últimos anos, esses índices são bastante preocupantes, quando comparados aos observados entre as populações não indígenas.

A morbidade apresentada entre os adultos está ligada às doenças crônico-degenerativas (hipertensão, doenças do coração etc.). A tuberculose tem recrudescido nos últimos anos e o alcoolismo, apresentado um incremento importante entre jovens acima dos 12 anos de idade e os adultos (inclusive mulheres), estando associado a outras patologias como cirrose, diabetes, doenças do coração e do aparelho digestivo etc.

Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis, com a implantação da coleta de citologia oncológica e realização de exames ginecológicos, algumas patologias têm sido diagnosticadas como tricomoníase, gardenerela, clamídia e HPV. Em 1999, houve um óbito por carcinoma de colo de útero, mas a paciente era proveniente de outra aldeia e nunca havia

realizado um exame ginecológico. Quando foi diagnosticada, o caso se encontrava em estágio avançado, impossibilitando a instituição de uma terapêutica adequada.

O consumo abusivo de álcool e/ou alcoolismo de apresenta de forma preocupante, sendo a principal causa relacionada a mortes provocadas por fatores externos. Além disso, algumas crianças têm demonstrado patologias que estão relacionadas direta e indiretamente com pais que têm com problemas com álcool. A desnutrição e a Síndrome Fetal Alcoólica são registros dessa condição. Doenças correlatas, como hipertensão, diabetes, distúrbios hepáticos e doenças do coração, têm surgido entre adultos, possivelmente como consequência da ingestão abusiva de bebidas alcoólicas. A violência doméstica tem se registrado como parte dessa dura realidade.

Desde então, preocupados com as diversas situações decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas encontradas entre os Kaingáng, iniciamos uma proposta de pesquisa e intervenção com o objetivo de reduzir a ocorrência de casos na população, visando a diminuir ou reverter este quadro.

## **A implantação do projeto**

Em agosto de 1997, realizamos em Londrina a I Oficina Macro-Regional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul, Sudeste e do Mato Grosso do Sul. A proposta de realização de um evento que reunisse essas regiões para discutir a questão indígena e as DST/AIDS foi idealizada após a visita do assessor técnico do Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, dr. Marcos Pellegrini.

Essa oficina reuniu diversos representantes institucionais, organizações não governamentais, representantes indígenas e antropólogos, com o intuito de obter um diagnóstico preliminar sobre a saúde da população indígena em cada estado e a avaliação dos trabalhos desenvolvidos para o estabelecimento de diretrizes e propostas de atuação, respeitando-se as realidades e possibilidades locais, bem como uma política geral para a macrorregião. Visou também a possibilitar a participação efetiva da população indígena na discussão, elaboração e deliberação de proposta. A participação dos antropólogos nesse evento foi fundamental e favoreceu o debate acerca da importância de reconhecer as especificidades socioculturais na implantação de programas de prevenção e intervenção destinados a grupos culturalmente distintos.

Durante a oficina, foram debatidas questões sobre a situação de saúde dos povos indígenas, incluindo as DST/AIDS, entre outras doenças e problemas que atingem de forma contundente essas populações, como alcoolismo, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, desnutrição, AIDS, diarreia, doenças do aparelho cardiovascular, violência, suicídio, a questão da posse da terra, a precariedade de recursos humanos e financeiros, e a ausência de uma política definida das instituições responsáveis pela população indígena. O alcoolismo, desde então, apareceu como um dos problemas mais prevalentes e como principal fator de violência nas aldeias indígenas.

A partir deste evento, e concluído um diagnóstico sobre a saúde das populações dessas regiões, estabeleceu-se um plano de ação para cada estado. Na região do norte do Paraná, realizamos pelo período de 12 meses, com a Coordenação Nacional de DST/AIDS e a Associação Londrinense Interdisciplinar de AIDS (ALIA), várias oficinas para a formação de multiplicadores em DST/AIDS nas cinco terras indígenas dessa região. Durante a realização

dessas oficinas, o tema alcoolismo foi sempre citado pelos indígenas como um fator de vulnerabilidade às DST/AIDS.

Em 1998, realizamos o I Seminário sobre Alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas, com a participação de diferentes especialistas das áreas de saúde e antropologia, de algumas instituições governamentais e não governamentais e de representantes indígenas de várias regiões para discutir a problemática do alcoolismo. Nesse sentido, o seminário proporcionou um debate mais amplo sobre o tema e permitiu conhecer melhor a situação do uso de álcool nas diversas aldeias das diferentes regiões, mostrando a necessidade não só de estudos mais aprofundados sobre esse tema em populações indígenas, como também da necessidade de enfrentamento da questão.

Assim, durante o ano de 1999, por meio de convênio entre a ALIA, com a Coordenação Nacional de DST/AIDS, e a Prefeitura Municipal de Londrina, iniciamos a construção de uma proposta de pesquisa e intervenção na população Kaingáng, da TI Apucarantina, com o objetivo de reduzir do uso abusivo de bebidas alcoólicas nessa comunidade. Desde o início, a proposta contou com assessoria de um psiquiatra, que vinha desenvolvendo um trabalho epidemiológico sobre o alcoolismo no grupo Terena, do Mato Grosso do Sul. No decorrer da implantação desse projeto, ficou claro que resultados efetivos só ocorreriam a médio e longo prazos, com trabalho contínuo e ações de prevenção incorporadas por vários setores como os de educação e saúde, e a participação dos indígenas.

Em 2000, realizamos um importante seminário sobre cultura, saúde e doença, no qual houve um debate interdisciplinar e interinstitucional sobre questões de saúde/doença em diferentes populações, com múltiplas abordagens teórico-metodológicas. Mais uma vez, o tema alcoolismo foi amplamente debatido. Assim, dando prosseguimento ao projeto de pesquisa e intervenção sobre alcoolismo entre os Kaingáng nos anos de 2000 e 2001, realizamos várias atividades com a população, as quais serão descritas no decorrer deste artigo.

Após a implantação desse projeto de pesquisa e intervenção no uso de álcool pela população Kaingáng, com alguns resultados obtidos no decorrer do processo e trabalhos sendo iniciados em outras regiões, foi proposta a criação de um Centro de Monitoramento de Pesquisa em Saúde Mental e Alcoolismo para a população indígena, com o intuito de subsidiar uma política em relação a essas questões.

O Centro tem como objetivo congrega pesquisadores de diferentes regiões do país para o estabelecimento de um debate sobre temas específicos, da troca de experiências e do desenvolvimento de metodologias adequadas, com base nas perspectivas antropológica, etnopsiquiátrica e epidemiológica, capazes de dar apoio e suporte na formulação de propostas de prevenção em relação à saúde mental, ao alcoolismo e a casos de suicídio nos grupos indígenas. Utiliza-se uma visão interdisciplinar, a fim de que se reconheçam as particularidades socioculturais de cada situação.

A criação do Centro de Monitoramento surgiu com a convocação de profissionais com experiência em saúde indígena, voltados para trabalhos psicossociais e interessados na resolução desses problemas. Participaram pessoas que já tinham trabalhos de intervenção no uso de álcool e/ou alcoolismo, e que posteriormente foram incorporando-se a outras iniciativas. Pela heterogeneidade étnica do país, o conjunto de iniciativas tem, entre outras, características particulares quanto ao tamanho, ao perfil profissional, às metodologias e ao pertencimento institucional: FUNASA, Secretarias Municipais, ONGs, Organizações Indígenas, Universidades, DSEIs etc.

A proposta de constituição do Centro se baseou em quatro princípios básicos: a) a saúde mental indígena como um campo específico e prioritário de conhecimento; b) o desenvolvimento de pesquisa e intervenção visando à atenção diferenciada para os povos indígenas; c) a realização de reuniões entre os representantes dos diversos projetos associados ao Centro, com o objetivo de compartilhar as experiências locais e desenvolver metodologias passíveis de aplicação em outras áreas do Brasil, assim como a obtenção de resultados que permitam contribuir para as políticas nacionais de saúde indígena e saúde mental; d) a assistência técnica aos DSEI para o desenvolvimento de planos e programas visando à saúde mental em população indígena.

Atualmente, o Centro de Monitoramento congrega pesquisadores dos seguintes estados: Roraima, Amazônia, Ceará, Mato Grosso do Sul, Bahia, Pernambuco, São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Todos os projetos ligados ao Centro refletem em seu desenvolvimento grande heterogeneidade acerca do tamanho da população atendida e do território compreendido. Enquanto alguns estão orientados para uma população bem definida ou área indígena específica, outros compreendem o DSEI em sua abrangência.

É importante destacar a participação de antropólogos nas reuniões do Centro, assim como dos associados, por meio de seus projetos ou como convidados, na discussão de temas específicos. Todos buscam contribuir para o desenvolvimento de métodos e alternativas de intervenção que garantam atendimento diferenciado para os povos indígenas.

Os projetos experimentam abordagens diferentes no sentido de construir modelos de assistência diferenciada, porém alguns pesquisadores têm encontrado dificuldades no desenvolvimento de suas iniciativas. O Centro, em processo de consolidação, conta ainda com a assessoria externa de uma antropóloga da área da saúde, que tem contribuído, de modo fundamental, para a obtenção dos objetivos propostos.

## **Pressupostos para uma assistência diferenciada**

Apesar de a Constituição brasileira de 1988 ter garantido aos povos indígenas “o reconhecimento de sua organização social, costumes, tradições” e as recomendações da III Conferência de Saúde Indígena de 2001 terem sido no sentido de implantar um modelo específico para a saúde dos povos indígenas que reconheça e respeite as especificidades culturais e saberes tradicionais, dedica-se pouca atenção a essa exigência, nos âmbitos nacional e distrital, por parte dos órgãos envolvidos na assistência à saúde das populações indígenas. Respeita-se muito pouco essa questão, e as instituições envolvidas com saúde indígena têm grande dificuldade em reconhecer e aceitar as diferenças culturais próprias de cada grupo indígena.

Pesquisas enfocando a necessidade de destacar a cultura nos processos de saúde/doença estão presentes em trabalhos de vários autores. A preocupação em romper o paradigma da doença do ponto de vista puramente biológico pode ser encontrada nos trabalhos de Kleinman (1980), Young (1976) e Langdon (2001, 2003a, no prelo), entre outros. Para estes pesquisadores, a cultura deve se articular com a biologia. Segundo eles, “a doença não é um evento primariamente biológico, mas é concebida em primeiro lugar como um processo vivido, cujo significado é elaborado através de contextos culturais e sociais, e em segundo lugar como um evento biológico. A doença não é um estado estático, mas um processo que requer interpretação e ação no meio sociocultural” (Langdon 2003a).



Partindo desse entendimento, é importante reconhecer que as sociedades indígenas possuem uma cultura permeada por saberes cuja concepção de saúde e doença difere daquela sugerida pela biomedicina. Para os indígenas, a explicação para uma desordem corporal muitas vezes está ligada às regras sociais e culturais, e nesse sentido é necessário que as políticas públicas se preocupem com essas questões na implantação de projetos de saúde. Torna-se imprescindível relativizar o olhar, decorrendo daí a importância da presença do antropólogo nas equipes de saúde, com o intuito de instrumentalizar adequadamente trabalhos voltados para essas comunidades.

Em nossa abordagem sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas, a intervenção antropológica buscou as particularidades do beber na população indígena em questão. A análise foi realizada por meio de uma perspectiva histórico-crítica, capaz de reconhecer que questões como uso abusivo de álcool, suicídio e depressão só podem ser compreendidas nos contextos cultural, social e histórico do grupo em jogo. Esses fatores são imprescindíveis para o entendimento da problemática. A intervenção, portanto, só deverá ocorrer após o conhecimento da verdadeira situação no grupo indígena.

Sendo assim, desde o início estabelecemos um diálogo necessário entre as ciências da saúde e a antropologia, tornando-se possível a partir daí identificar como os Kaingáng se relacionam com as bebidas alcoólicas e questionar se elas constituem problema para o grupo. Em caso positivo, indaga-se que tipo de problema representam, em qual contexto se aprende a beber, quais são os diversos estilos de beber, o que bebem e como bebem, e de que forma as bebidas foram introduzidas. Em outras palavras, trata-se de conhecer como se inserem no cotidiano das pessoas, o acesso às bebidas destiladas, a faixa etária em que começam a beber, que sentimentos e atitudes são expressos após a ingestão de bebidas, as consequências que o uso dessas bebidas traz para essa sociedade e quais os mecanismos próprios que o grupo possui para enfrentar o problema. Ao mapear essa realidade, com a participação efetiva dos indígenas, tornou-se possível esboçar algumas estratégias para a intervenção.

Vale ainda destacar que é necessário reconhecer como se dá o uso das bebidas, em que contexto esse uso é apreendido (Zinberg citado por MacRae 1992), as diferentes atitudes e os diversos estilos de beber do grupo em particular (Kunitz e Levy citado por Langdon 2001, no prelo). Afinal, os estilos e o comportamento manifestos pelos indígenas após a ingestão de bebidas divergem de grupo para grupo, assim como são diferentes as emoções, sentimentos e valores expressos em cada grupo ou pessoa, constituindo variáveis (culturais) importantes que devemos conhecer para o estabelecimento de políticas de intervenção em relação ao controle e prevenção do alcoolismo.

Além da intervenção antropológica, outro aspecto importante no transcórre deste trabalho foi a realização de um estudo de prevalência (diagnóstico e epidemiológico) que possibilitou conhecer a situação do consumo de álcool na comunidade e um levantamento da situação socioeconômica das famílias. Para a realização desse diagnóstico, utilizamos o instrumento de triagem denominado CAGE, o qual consiste em quatro perguntas, estabelecidas por Ewing e Rouse (1970), que procuram determinar os “bebedores de alto risco”.

O CAGE é um instrumento de fácil aplicação e alta especificidade, validado entre outras populações. Amplamente utilizado em muitos países, foi validado no Brasil por Monteiro e Masur (1987), e tem sido preconizado pelo Ministério da Saúde em estudos de prevalência. Em relação a a esse instrumento, contudo, são importantes algumas considerações: a) a necessidade de adaptação desse instrumento para a população indígena, dada a especificidade da cultura, visto que, no universo indígena, as percepções, as palavras,

os significados das coisas e as concepções de corpo, saúde, doença etc. diferem da sociedade ocidental. A adaptação, portanto, insere-se na tentativa de uma maior aproximação dessa realidade; b) no caso dos Kaingáng, a adaptação se deu por meio da substituição de palavras do instrumento original por outras palavras que são expressas pelos Kaingáng. Como exemplo, a substituição da palavra “culpa”, que aparece no CAGE9 original, pelo termo “vergonha”. É recomendável que as pessoas interessadas na utilização desse instrumento façam a adaptação de acordo com as especificidades de cada grupo. Embora tenhamos optado pelo CAGE desde o início, reconhecemos algumas limitações<sup>10</sup> desse instrumento e sugerimos uma discussão mais ampliada a respeito.

Ressaltamos que estudos sobre o uso de álcool em população indígena são muito escassos e que os dados epidemiológicos não servem somente para uma análise comparativa entre os diferentes grupos, uma vez que possibilitam o reconhecimento dos danos e as repercussões no grupo, servindo, ao longo do tempo, como parâmetro de avaliação, além de fornecerem subsídios para o enfrentamento do problema, tanto na prevenção quanto no tratamento.

Ambos os projetos, tanto o do Centro de Monitoramento quanto o dos Kaingáng, estão em processo contínuo de construção pois, tratando-se de populações culturalmente distintas, é necessário, a cada dia, desconstruir<sup>11</sup> alguns conceitos<sup>12</sup> da biomedicina e rever algumas ações. O projeto realizado com os Kaingáng tem se desenvolvido por meio de uma abordagem interdisciplinar, utilizando-se uma metodologia participativa e problematizadora, com a constante realização de oficinas dentro da aldeia. Além disso, destaca atividades ligadas à revitalização cultural como estratégia de fortalecimento da identidade individual e coletiva visando à redução do uso de álcool.

A atuação intersetorial é outra característica desse trabalho. Várias atividades são desenvolvidas com a escola local e envolvem professores indígenas e não indígenas. Problemas como alcoolismo, DST/AIDS, tuberculose e outras doenças correlatas são temas trabalhados com os professores em oficinas, que têm como desdobramento a abordagem desses assuntos em sala de aula.

A atenção diferenciada nesse trabalho, portanto, tem se pautado por estruturar serviços com qualidade, com base no reconhecimento da especificidade cultural desse grupo. É imprescindível articular saberes tradicionais com a biomedicina em uma relação de igualdade, ou seja, não separar saúde e cultura, mantendo uma abordagem interdisciplinar.

Ainda no que se refere à atenção diferenciada, é pertinente esta citação de Langdon:

As ações de atenção diferenciada precisam se articular com as práticas de autocuidado existentes na comunidade. Essas práticas contemplam práticas mais amplas, que tratam de parentesco, distribuição de comida, divisão de trabalho, reprodução cultural, tanto como as que são mais restritas às preocupações de saúde no sentido estrito. Particularmente o itinerário terapêutico, considerando todas as alternativas de cura, precisa ser considerado pela equipe de saúde (Langdon 2003b).

## **Algumas especificidades do beber**

Nossa pesquisa mostrou que, entre os Kaingáng, os estilos apresentados revelaram que, embora alguns bebam individualmente, a grande maioria costuma beber de forma coletiva, ou seja, o beber é sempre compartilhado. O ato de beber em companhia de outros parece ser um importante elo de ligação entre esses indivíduos, chamando atenção o fato de que é em

contextos como reuniões sociais e festividades que o consumo de bebidas se intensifica bastante.

No caso dos Kaingáng, não se percebe muito o estilo “beber sozinho”, embora ele exista. O que se destaca é que o ato de beber entre eles significa estar sempre acompanhado de outras pessoas. Poucos são os que, estando sozinhos, aparecem “bêbados”. Outro aspecto importante a ser estudado em relação aos estilos de beber se refere à frequência, isto é, se bebem todos os dias ou somente em fins de semana ou no meio da semana. No caso em questão, constatamos uma variação que parece estar ligada a determinados valores, como responsabilidade familiar, dinheiro, responsabilidade no emprego, problemas de saúde e disposição para o trabalho.

Verificamos que algumas pessoas conseguiam beber somente em fins de semana<sup>13</sup>, enquanto outras bebiam durante a semana. Os bebedores de fins de semana costumam dizer que “Durante a semana a gente não bebe, pois precisa trabalhar para cuidar da família” (Kaingáng, 42 anos, sexo masculino). Nestse exemplo, caracteriza-se que a responsabilidade em relação à família tem sido um importante mecanismo para que essa pessoa não consuma a bebida durante a semana, o que não se aplica a outros bebedores, como mostraremos em outros exemplos.

Outro informante diz que “se tivesse dinheiro bebia todos os dias, mas tenho que economizar para andar certo. Sempre tomo uns goles para matar a vontade. Por causa dos companheiros, a gente sempre passa na bebida e sente prejudicado” (Kaingáng, 32 anos, sexo masculino). É bastante comum ouvir lamentações e acusações em relação aos companheiros: “A gente passa na bebida por causa dos companheiros, eles não deixam a gente se afastar da bebida” (Kaingáng, 39 anos, sexo masculino). Destacamos que, entre os estilos apresentados pelos Kaingáng, existe uma proporção maior daquele caracterizado como “bebedor de fim de semana”, em companhia de outros.

Os estilos de beber dos Kaingáng informam diferentes significados e valores, ou seja, revelam uma diversidade do “beber” dentro do mesmo grupo. Heath (1993) analisa o ato de beber de maneira compartilhada da comunidade andina como “um lubrificante social”. Para o autor, beber acompanhado é um símbolo de unidade social. Jellinek (1960), por sua vez, aborda a dimensão simbólica que a bebida proporciona e o beber compartilhado como possibilidades de identificação de uns com os outros.

Para os Kaingáng, o ato de beber em companhia de uma ou mais pessoas parece estar fortemente vinculado à organização sociocultural do grupo em que laços de reciprocidade são estabelecidos e fortalecidos, visto que, quando têm dinheiro, as pessoas se oferecem para pagar a bebida dos companheiros e a cachaça é sempre dividida entre eles. Em geral, os pequenos grupos de “companheiros” são compostos de duas ou três pessoas, as quais, dentro do sistema de parentesco, pertencem à mesma marca de pintura<sup>14</sup>.

Essa heterogeneidade no “estilo de beber” dos Kaingáng mostra a necessidade de aprofundamento da questão, a fim de melhor entender questões como o “beber problemático”, o “beber sucessivo”, o “beber excessivo” ou o “abuso episódico do álcool” (Fingarette citado por Marlatt 1999; Kunitz e Levy citados por Langdon 2001, no prelo). Certamente, o reconhecimento da variação de estilos de beber no mesmo grupo é fator importante para compreender melhor o fenômeno do alcoolismo, ajudando a orientar o tratamento<sup>15</sup>. Lembramos que, no caso Kaingáng (Kohatsu e Oliveira 2000), a realização do diagnóstico epidemiológico já havia indicado pessoas que se encontravam em “situação de risco”<sup>16</sup> em decorrência do abuso de álcool. Compreender essas especificidades no modo de beber dos

Kaingáng, portanto, tem ajudado a formulação de propostas em relação à redução do consumo de álcool e permitido o encaminhamento de algumas ações.

## **Das atividades implantadas**

Dadas a complexidade relacionada ao modo de beber Kaingáng e a necessidade de enfrentar o problema sem possuir modelos prontos para vencer as dificuldades existentes, consideramos alguns caminhos encontrados para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Kaingáng. Descreveremos agora algumas atividades que vêm sendo desenvolvidas nesse processo, divididas segundo níveis de atuação.

### **1) Nível primário**

As ações de prevenção com os Kaingáng têm procurado privilegiar atividades ligadas ao fortalecimento da identidade individual, familiar e coletiva do grupo com a participação e o envolvimento da comunidade. As atividades implantadas foram: a) oficinas de prevenção e de capacitação sobre o problema do uso de bebida alcoólica com a presença de professores e agentes indígenas de saúde, jovens adolescentes, mulheres e outros representantes da comunidade, assim como a formação de grupos de orientação; b) desenvolvimento de práticas desportivas com jovens, por meio da criação de uma escolinha de futebol ligada à escola local, com instrutores indígenas. Essa escolinha tem como função, além do incentivo à prática desportiva, orientar os jovens sobre as bebidas alcoólicas e outras drogas. Foram realizados também vários campeonatos, prática que tem sido muito significativa para o grupo, bem como para a população regional; c) revitalização e fortalecimento da cultura em decorrência da criação de um grupo de dança e cântico e da retomada de festas tradicionais, como a Festa do Emi e Pesca do Pari, importantes rituais no fortalecimento da identidade cultural que reafirmam a tradição dentro da própria sociedade e para a sociedade ocidental; d) realização de atividades com as crianças da escola e introdução do tema no currículo transversal. Os professores têm discutido o problema das bebidas alcoólicas, por meio de desenhos e redações, com base na perspectiva da criança sobre o assunto. Esse material é utilizado na construção de materiais educativos, já tendo sido produzidos e publicados livros e cartilhas sobre o tema, elaborados a partir das narrativas e desenhos realizados pelos indígenas durante as oficinas. Essas publicações foram distribuídas na comunidade e nas escolas indígenas, e vêm sendo trabalhadas em sala de aula pelos professores.

### **2) Nível secundário**

Ações de intervenção sobre o problema com o objetivo de reduzir os danos causados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas: a) organização e estruturação de atendimento ambulatorial na Unidade Básica de Saúde da aldeia para o paciente que faz uso de álcool e sua família. Para isso, tornou-se necessária a capacitação adequada da equipe de saúde sobre as especificidades relacionadas à saúde e ao uso de álcool; b) construção de um protocolo específico de acompanhamento do paciente com problemas de uso de álcool a ser utilizado pelo médico da aldeia; c) estabelecimento e garantia do tratamento de suporte para o paciente com acompanhamento ambulatorial realizado pelo médico. Os medicamentos<sup>17</sup> recomendados são antidepressivos e ansiolíticos, que visam a melhorar o estado geral do paciente durante o período de abstinência; d) realização de exames laboratoriais como Gama GT e VCM, os

quais, em pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas, podem apresentar valores alterados e servir de parâmetro para o acompanhamento do paciente; e) acompanhamento dos casos em tratamento ambulatorial pela psicóloga que atua no programa; f) acompanhamento de crianças que foram diagnosticadas como portadoras da Síndrome Alcoólica Fetal; g) elaboração de um instrumento capaz de mapear “famílias em situação de risco” devido a problemas de uso de álcool, a ser eventualmente aplicado em vários grupos indígenas, de acordo com as especificidades de cada um deles; h) elaboração de ficha para detectar “alterações do nível de consciência”. Essa ficha foi criada para orientar o médico generalista das equipes de saúde no diagnóstico de doenças ligadas a transtornos mentais, e desenvolvida, com a supervisão de um psiquiatra, em função do acompanhamento de casos de transtornos mentais existentes na aldeia; i) elaboração do documento denominado “Diretrizes para abordagem sobre o uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo em populações indígenas”, contendo algumas informações e orientações para a implementação de programas de prevenção e intervenção sobre o uso de álcool em populações indígenas.

Ressaltamos que, ao estabelecer programas de prevenção e intervenção sobre o abuso de substâncias, temos, desde o início, de ter clareza a respeito do caráter processual que a questão requer. No caso do uso de álcool e/ou alcoolismo, os resultados ocorrerão a médio e longo prazos, sendo necessário avaliar e reavaliar cada atividade implantada no decorrer do processo. Uma questão, contudo, parece certa: é urgente enfrentar o problema.

## **Considerações finais**

É necessário ressaltar uma vez mais a importância do antropólogo em programas de saúde, assim como a garantia de uma assistência diferenciada para as populações culturalmente distintas. O projeto entre os Kaingáng, como mostrado aqui, tem se caracterizado pela interdisciplinariedade, sendo o papel da antropóloga o de entender que o uso abusivo de álcool e outras substâncias, o suicídio e a depressão resultam de vários fatores e só poderão ser apreendidos e compreendidos no contexto sociocultural de referência. Não podemos pensar em intervenção para a redução de bebidas sem considerar as especificidades do grupo. Além disso, necessitamos “desconstruir” conceitos empregados pela biomedicina na abordagem dos problemas de saúde e, principalmente, do alcoolismo para obter êxito nas atividades implantadas.

Lembramos ainda que assistência diferenciada nessa intervenção pressupõe que as ações sejam implementadas conforme a dinâmica do trabalho e de acordo com os resultados de cada intervenção, tanto no sentido da prevenção quanto para o controle do uso abusivo de álcool. É fundamental que todo trabalho de prevenção seja constantemente avaliado, para que possamos entender o verdadeiro impacto na população estudada.

No caso Kaingáng, é possível iniciar uma avaliação das atividades em curso. Podemos verificar o êxito das cartilhas produzidas, dos cursos de capacitação tanto para os profissionais quanto para os indígenas, da participação da comunidade e dos serviços de saúde oferecidos em atenção a essa questão. Ainda assim, consideramos imprescindível desenvolver indicadores que avaliem o projeto em sua totalidade. A esse respeito, informamos que estamos em fase de discussões para a construção de uma metodologia de avaliação.

Salientamos que as ações propostas estão prioritariamente voltadas para a prevenção, principalmente para os jovens, para que não se iniciem<sup>18</sup> no consumo de bebidas alcoólicas. Consideramos que estes estão mais expostos<sup>19</sup> ao uso de álcool pela própria dinâmica

estabelecida no contato interétnico. Esperamos ainda que as pessoas que estão com sérios problemas ligados ao uso de álcool possam “reduzir os danos” causados pela bebida e evitar as complicações dela decorrentes.

Por fim, gostaríamos de destacar que reduzir danos<sup>20</sup> em trabalhos dessa natureza implica insaturar atividades e ações que podem ser medidas pelos resultados apresentados na sociedade em questão. Há, todavia, necessidade de mais entendimento acerca do assunto. Nesse sentido, torna-se ilustrativo o esclarecimento que Marlatt presta a esse respeito: redução de danos busca ampliar a disponibilidade dos serviços de tratamento e a prevenção, diminuindo as exigências para o ingresso nesses serviços. Os danos também podem ser reduzidos ensinando-se habilidades, modificando o ambiente e promovendo políticas para reduzir os riscos da bebida. Embora a redução de danos para os problemas do álcool tenha muitas vezes sido identificada com o beber controlado, essa abordagem é consideravelmente mais ampla do que simplesmente se concentrar em metas de não-abstinência ou redução do consumo de bebida (1999: 52).

## Referências bibliográficas

AGUIAR, J. I.; SOUZA, J. A.

(1999) “Alcoolismo em população terena no estado do Mato Grosso do Sul: impacto da sociedade envolvente”. Em: *Ministério da Saúde, Anais do Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre Povos Indígenas*. Londrina,

BASTOS e outros

(1993) *Distrito sanitário dos povos indígenas de SP/RJ*. São Paulo, março.

BARBOSA, Horta

(1913) *A pacificação dos índios caingungues paulistas: ábitos, costumes e instituições desses índios*.

BECKER, ÍTALA I. B.

(1976) *O índio Kaingáng no Rio Grande do Sul*. Instituto Anchieta de Pesquisas, Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

BORBA, Telêmaco

(1876) *Actualidade indígena*.

BUCHILLET, Dominique

(1998) “Levantamento e avaliação de projetos de saúde em áreas indígenas da Amazônia Legal: suporte a projetos de saúde culturalmente sensíveis”. Brasília: IRD/ISA.

CAMARA, R. B.; KOHATSU, M.; OLIVEIRA, M.

(2003) “Relatório anual sobre o Programa de Atendimento aos Kaingáng da T.I. Apucarantina”. Londrina: Secretaria Municipal de Saúde/ FUNASA, Secretaria de Assistência Social/ Prefeitura Municipal de Londrina.

CAVALIERI, A. L. F.

(2002) *Drogas e prevenção: a cena e a reflexão*. São Paulo: Saraiva.

COLOMA, C.

(1999) “O processo de alcoolização no contexto das nações indígenas. Em: Seminário sobre alcoolismo e vulnerabilidade às DST/AIDS entre povos indígenas”. Londrina

COOPER, John. M.

(1986) “Estimulantes e narcóticos”. Em: Ribeiro, Berta (org.). *Suma etnológica brasileira*, vol 1. Petrópolis: Vozes/FINEP.

EWING, J. A.; ROUSE, B. A.

(1970) “Identifying the hidden alcoholic”. Em: *29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence*, Sidney.

FERREIRA, L. O.

(2001) “Diagnóstico participativo antropológico sobre a manifestação do alcoolismo entre as sociedades indígenas no RS: subprojeto Mbyá-Guarani”. Relatório de pesquisa. Porto Alegre.

GEERTZ, Clifford

(1989) *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.

HEATH, D. B.

(1993) “Borrachera indígena, cambio de concepciones. Em: *Borrachera y memoria: la experiencia de lo sagrado en los Andes*. Lima: Hisbol/IEFA.

JELLINEK, E. M.

(1960) *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.

KLEINMAN, A. M.

(1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

KOHATSU, M.

(1999) “O alcoolismo na comunidade Kaingáng de Londrina ( Pr ) – dados preliminares”. Em: *I Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas*. Londrina.

KOHATSU, M. e OLIVEIRA, M.

(2000) “Relatório anual sobre o Programa de Atendimento aos Kaingáng do P.I. Apucarantina de Londrina – Pr”. Londrina: Secretaria de Assistência Social e Saúde/ Prefeitura Municipal de Londrina.

LANGDON, Esther Jean Matheson

(1999) “O que beber, como beber, e quando beber: o contexto sociocultural do alcoolismo entre as populações indígenas”. Em: *I Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas*. Londrina.

(2003) “Cultura e os processos de saúde e doença”. Em: *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Londrina: Universidade Estadual de Londrina/Prefeitura Municipal de Londrina. (2001) “Considerações antropológicas sobre programas de prevenção do abuso de álcool e outras substâncias”. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina., (no prelo)

(2003) “Relatório da V Reunião do Centro de Monitoramento em Saúde Mental para as Populações Indígenas”. Londrina, Dezembro.

LARAIA, Roque B.

(1986) *Cultura, um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

MARLATT, A. G. e outros

(1999) Redução de danos estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G.

(1983) “Validation of the “CAGE” alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting, *Brazilian J. Med. Biol. Rev.*

MENÉNDEZ, E.

(1990) *Morir de alcohol: saber y hegemonia médica*. México: Alianza Editora Mexicana.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(1994) “Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo”. 2ª ed. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/SAS.

MONTEIRO, M. G.; MASUR, J.

(1987) “O uso de indicadores biológicos para diagnóstico, avaliação de severidade e seguimento terapêutico do alcoolismo em nosso meio”. Rev. ABP/APAL.

OLIVEIRA, Marlene de

(1999) “Alcoolismo entre os Kaingáng: do sagrado e lúdico à dependência”. Artigo apresentado no I Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os Povos Indígenas. Londrina.

(2000) “Proposta de intervenção e controle do alcoolismo entre os Kaingáng”. Relato de experiência apresentado no I Seminário sobre Alcoolismo entre os Povos Indígenas no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, agosto.

(2003) “Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi: uma proposta de prevenção e intervenção. Em: *Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença*. Prefeitura Municipal de Londrina/ Universidade Estadual de Londrina.



SAIGNES, T.

(1993) Borracheras Andinas: por que los indios Erbrios hablan en Español?”. Em: *Borrachera y memoria: la experiencia de lo sagrado en Los Andes*. Peru: Lima, HISBOL/IFEA.

SOUZA, J. A; OLIVEIRA, M.; KOHATSU, M.

(2003) O uso de bebidas alcoólicas nas sociedades indígenas: algumas reflexões sobre os Kaingáng da bacia do rio Tibagi, Paraná”. Em: Coimbra, C. E.; Santos, R. V.; Escobar, A., L. (org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/ABRASCO.

SOUZA, J. A.

(1996) “Estudo epidemiológico descritivo de alcoolismo no bairro universitário de Campo Grande — MS”. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campo Grande – MS.

TOMMASINO, K.

(1995) “A história dos Kaingáng da Bacia do Tibagi: uma sociedade Jê Meridional em movimento”. Tese de Doutorado, São Paulo: USP..

VEIGA, J.

(1994) “Organização social e cosmovisão Kaingáng: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê Meridional”. Dissertação de Mestrado, PPGAS, Universidade Estadual de Campinas.

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

**O “fazer antropológico” em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul**

O presente artigo tem como objetivo descrever o processo de desenvolvimento de uma série de ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani<sup>2</sup>, no Rio Grande do Sul, que vêm sendo realizadas desde o ano de 2000. A partir daí, então, propõe uma reflexão sobre as implicações relativas ao “fazer antropológico” em projetos implementados no campo da saúde indígena que articulam pesquisa e intervenção.

Tais ações foram realizadas conjuntamente pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pela antropóloga associada ao Centro do Monitoramento de Pesquisa e Intervenção em Alcoolismo e Saúde Mental nas Populações Indígenas e pelas lideranças Mbyá-Guarani, e contou com o financiamento do Programa VIGI-SUS / FUNASA e o acompanhamento do Ministério Público Federal – Procuradoria da República.

O processo de desenvolvimento das atividades pode ser sistematizado em diferentes etapas: a) Diagnóstico Antropológico Participativo sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os povos indígenas no Rio Grande do Sul: subprojeto Mbyá-Guarani (2000-2001); b) reuniões gerais dos *Karai*, caciques e representantes Mbyá-Guarani sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas e alcoolismo no RS (três encontros realizados em 2000, 2001 e 2003); c) percurso terapêutico dos Xondaro Marãgatu, realizados, até o momento, em duas edições durante os anos de 2002 e 2003.

O Diagnóstico Antropológico Participativo sobre a Manifestação do Alcoolismo entre os Povos Indígenas: subprojeto Mbyá-Guarani foi realizado com a participação de lideranças Mbyá que tinham a função de representar seu grupo em face das instâncias governamentais e não-governamentais atuantes no campo indígenista. Os objetivos desta pesquisa eram: a) reconhecer se o uso de bebidas alcoólicas era considerado um problema pelas comunidades Mbyá-Guarani; b) em caso afirmativo, diagnosticar as dimensões sociocosmológicas do fenômeno do uso

---

<sup>2</sup> A sociedade Mbyá-Guarani pertence ao tronco lingüístico Tupi, família lingüística Tupi-Guarani, dialeto Mbyá. No RS, os Mbyá-Guarani vêm ocupando aproximadamente 21 áreas. Algumas são acampamentos temporários e outras, aldeias permanentes. Contam com uma população de aproximadamente mil indivíduos (FUNASA 2000), organizados em 183 famílias (Garlet e Assis 1998).

abusivo de álcool; c) identificar as medidas de auto-atenção utilizadas pelos Mbyá para o controle do consumo de álcool (Menéndez 2003), com o intuito de apontar os caminhos para a intervenção sobre essa problemática.

O caminho de intervenção adotado sobre o uso abusivo de bebidas alcoólicas buscou aproveitar as práticas tradicionais de auto-atenção à saúde e de organização política Mbyá-Guarani já existentes na comunidade com o objetivo de realizar um trabalho de cunho comunitário. Nesse sentido, as reuniões gerais dos *karai* e os encontros locais promovidos pelos Xondaro Marãgatu foram ações experimentais que emergiram da realização do Diagnóstico e que potencializaram uma das formas de auto-atenção de saúde existentes entre os Mbyá-Guarani: a instituição do aconselhamento por meio das “boas palavras”<sup>36</sup>. Essas ações se constituíram em eventos discursivos, nos quais o processo de fala foi organizado com base no sistema de regras tradicionais de interação cerimonial do grupo indígena.

O desenvolvimento de tais ações se sustentou sobre o princípio de participação das lideranças indígenas na elaboração, organização e implantação de ações, que visaram à redução do consumo abusivo de álcool nas comunidades indígenas. Os *karai* e os Xondaro Marãgatu foram e são agentes de intervenção centrais nesse processo.

Os primeiros são apresentados pelos Mbyá como lideranças religiosas e especialistas tradicionais de cura que possuem contato direto com os deuses (*Ñanderu*)<sup>37</sup> e possuem o poder de receber as mensagens divinas; por isso, são os conhecedores das “boas palavras”. Há diferentes tipos de *karai*, mas aqui a posição dos *karai opyguá*, responsáveis pela liderança nos rituais realizados na casa de reza (*opy*), foi decisiva. Nem todas as comunidades, todavia, possuem esse tipo de *karai*<sup>38</sup>, assim como nem todas possuem casa de reza, como veremos adiante. Já os Xondaro Marãgatu foram agentes de intervenção que emergiram durante o processo de desenvolvimento das ações aqui referidas. Eles são os “guardiões do espírito”, os “mensageiros dos *karai*” que têm como tarefa o aconselhamento às comunidades Mbyá para a redução do consumo de álcool, por intermédio das “boas palavras”<sup>39</sup>.

Buscamos organizar este texto em três momentos: o primeiro apresenta o caráter processual da metodologia empregada para a realização do Diagnóstico Antropológico Participativo, delinea o problema do uso abusivo de álcool e apresenta a perspectiva cosmológica Mbyá-Guarani sobre o uso de bebidas alcoólicas; o segundo descreve as Reuniões Gerais dos *Karai* e os encontros promovidos pelos Xondaro Marãgatu, como desdobramentos do Diagnóstico, além de apresentar uma etnografia da “boa palavra” e também algumas avaliações do processo sugeridas pelos Mbyá; por fim, discorre sobre a intencionalidade antropológica existente na proposta de realização de um diagnóstico “participativo”, encerrando com uma reflexão sobre as implicações metodológicas do “fazer antropológico” em projetos de intervenção.

---

<sup>36</sup> As boas palavras são “as palavras sagradas e verdadeiras [...]; são a linguagem comum a homens e deuses; palavras que o profeta (*karai*) diz aos deuses ou, o que dá no mesmo, que os deuses dirigem a quem sabe ouvi-los” (Clastres 1978: 86-7).

<sup>37</sup> “El *ipaje* es un hombre religioso. (...) El *ipaje* dentro de la comunidad es como un catalizador de mediaciones espirituales en el campo de la salud, de la agricultura y del gobierno (...) Son hombres carismáticos, cuyo saber y capacidad non les viene por enseñanza ni aprendizaje, sino por inspiración, por naturaleza” (Melià, 1988:60).

<sup>38</sup> Quando dissemos *karai*, estaremos nos referindo aos *karai opyguá*. Os outros *karai* que porventura existem em uma comunidade são auxiliares subordinados aos *karai opyguá*.

<sup>39</sup> Por enquanto, esta definição é suficiente. No decorrer do texto, contextualizaremos o processo de emergência dos Xondaro Marãgatu.

## O diagnóstico antropológico participativo

### Processo metodológico

Em janeiro de 2000, o Ministério Público Federal – Procuradoria da República oficiou a FUNASA, recomendando-a a tomar providências para erradicar o alcoolismo das Áreas Indígenas do Rio Grande do Sul em um período de seis meses. Com isso, em janeiro de 2000, a FUNASA reuniu um grupo interinstitucional<sup>40</sup>, para discutir esse problema de saúde que assola as comunidades indígenas do Estado e buscar alternativas para intervir sobre o mesmo. Em junho do mesmo ano, este grupo me convidou para desenvolver um Diagnóstico Antropológico sobre o uso abusivo de álcool que identificasse os fatores socioculturais que contribuíam na construção da especificidade deste fenômeno no universo indígena.

Devido à pesquisa antropológica que já vinha sendo realizada por mim desde 1996 sobre as concepções de saúde e doença Mbyá-Guarani (Ferreira 2001), assumi a responsabilidade de diagnosticar o contexto sociocultural do consumo de bebidas alcoólicas, as particularidades que o processo de alcoolização assumia entre os Mbyá e os possíveis caminhos, segundo a perspectiva indígena, de abordagem do problema.

Em razão da difícil natureza do tema que seria tratado junto às comunidades Mbyá, percebi que a viabilidade do Diagnóstico dependeria da participação indígena no projeto. Com isso, foi proposto a algumas lideranças Mbyá, que já faziam parte da rede social com a qual eu trabalhava, a formação de um grupo para a realização do Diagnóstico.

O processo de pesquisa foi constituído por meio de uma relação dialógica entre a pesquisadora e os Mbyá participantes do Diagnóstico, estabelecendo-se uma intensa negociação de significados e, conseqüentemente, dos caminhos a serem tomados durante o desenvolvimento da pesquisa. Foram eles que lexpuseram a importância de conversarmos com os *karái*, já que, por terem contato com os deuses, seriam eles que deveriam indicar o caminho para abordarmos a problemática relacionada ao consumo de álcool: o caminho das “boas palavras”.

Nas saídas de campo feitas durante o Diagnóstico, os Mbyá que acompanharam a antropóloga orientavam quanto à forma adequada de abordar as questões relativas ao consumo de álcool, atuando nas situações de pesquisa como mediadores do diálogo estabelecido entre a pesquisadora e as lideranças locais<sup>41</sup>. Nos encontros etnográficos com as lideranças das aldeias visitadas, a comunidade também era convidada a reunir-se conosco e a participar da conversa que acontecia, geralmente, em torno do fogo de chão. Tais conversas oscilavam entre as línguas portuguesa e guarani<sup>42</sup>.

---

<sup>40</sup> Entre as instituições que participavam desse grupo de estudo, estão o Ministério Público Federal – Procuradoria da República, o Ministério Público Estadual, o Conselho Estadual dos Povos Indígenas, a Cruz Vermelha, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, a Pastoral da Família, e a Pastoral da Criança.

<sup>41</sup> As condições disponibilizadas pela FUNASA para a realização deste Diagnóstico foram diárias de campo e a disponibilidade de um carro oficial com motorista para o deslocamento da equipe de pesquisa até as aldeias.

<sup>42</sup> Em algumas comunidades, a conversa transcorreu integralmente em guarani e eu saía dali sem entender o que havia sido dito. Nesse sentido, seria interessante refletir se os Mbyá é que acompanhavam a antropóloga a campo ou, ao contrário, se a antropóloga é que estaria acompanhando os Mbyá.

As técnicas de pesquisa utilizadas nesses momentos foram a observação participante, o diário de campo, a gravação das conversas e registros fotográficos. Posteriormente, reunia-me com meus acompanhantes Mbyá para traduzirmos os trechos das conversas ocorridas em guarani para o português<sup>43</sup>.

## **Delineando o problema do uso abusivo de álcool entre os Mbyá-Guarani**

O fenômeno do uso de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani situa-se no interior de uma cultura do contato (Cardoso de Oliveira 1976) produzida durante o processo histórico de contato interétnico. Ao consumo de álcool se agrega um conjunto de práticas e significados que articula as concepções e o estilo tradicional do grupo aos elementos da sociedade ocidental incorporados a esse universo (alimentos, músicas, bebidas alcoólicas etc.), formando uma “cultura do beber” específica.

Com a realização do Diagnóstico, percebemos que existe atualmente grande diversidade de situações relacionadas ao consumo de álcool entre os Mbyá-Guarani no Rio Grande do Sul. Essa diversidade é influenciada pelas condições particulares de vida de cada aldeia. De um lado, resulta do intenso processo histórico de contato interétnico que exerce uma influência direta sobre a organização sociocsmológica Mbyá-Guarani; de outro, diz respeito à forma como essas comunidades criaram estratégias e mecanismos de atualização da cultura diante da pressão exercida pelo contato.

Das 17 comunidades percorridas durante a realização do Diagnóstico, as lideranças Mbyá-Guarani reconhecem como lugares de uso abusivo de bebidas alcoólicas a Terra Indígena (TI) do Canta Galo, município de Viamão, os Acampamentos de Passo Grande e Passo da Estância, localizados na beira da BR-116, e as TIs de Coxilha da Cruz, município de Barra do Ribeiro, da Varzinha, município de Carará, de Inhacapetun, município de São Miguel das Missões, e de Salto Grande do Jacuí, Salto do Jacuí.

Do ponto de vista Mbyá, os fatores que contribuem para a formação do fenômeno do consumo abusivo de álcool nessas comunidades são: terra e ambiente natural insuficiente e/ou inadequado para a reprodução do modo de ser tradicional; proximidade dos grandes centros urbanos; acesso fácil às bebidas alcoólicas; inexistência da *opy* (casa de reza); inexistência do *karai* e da prática do conselho; não atualização dos rituais tradicionais; trabalho assalariado fora da aldeia; e conduta da liderança, ou seja, se faz uso de bebida alcoólica ou não.

As práticas recorrentes entre os Mbyá-Guarani associadas ao uso das bebidas alcoólicas são as festas chamadas “baile do branco” e os jogos de futebol. A cachaça (*caña*) é a bebida mais utilizada pelos Mbyá por ser compatível com o poder aquisitivo dos bebedores. O vinho e a cerveja são usados, porém com frequência menor.

A violência doméstica é um dos problemas mais sérios acarretados pelo uso abusivo de bebidas alcoólicas. O bebedor que não tem limites e tampouco controle para beber torna-se violento, afetando as pessoas mais próximas. Outro problema grave são os acidentes de trânsito, dos quais são vítimas os bebedores que moram ou frequentam os acampamentos nas beiras das estradas.

---

<sup>43</sup> Este também foi o procedimento de pesquisa empregado para registrar as reuniões dos *karai* e os encontros promovidos pelos Xondaro.

A pessoa que bebe não é considerada um “bebedor problema” só porque bebe, mas principalmente porque cria problemas para a sua família e para a comunidade. Em primeiro lugar, a pessoa não tem controle sobre o “beber”: bebe até acabar a bebida ou até desmaiar. Não tem, segundo os Mbyá, condições de cuidar e sustentar sua família, pois gasta a maior parte de seu dinheiro na compra das bebidas alcoólicas e não em alimentos, agravando a situação quando também envolve o cônjuge e filhos em situações de consumo abusivo de álcool. Além disso, essa pessoa pode se acidentar ou se tornar violenta com sua própria família ou com parentes que moram na comunidade, criando transtornos para todos<sup>44</sup>.

## A perspectiva cosmológica Mbyá sobre o uso de bebidas alcoólicas

Para os Mbyá, o uso de bebidas alcoólicas é considerado um problema, mas não, necessariamente, uma doença decorrente da dependência física e biológica do álcool. Este problema tem um impacto nocivo sobre a pessoa<sup>45</sup> que bebe e, principalmente, sobre a comunidade onde bebe, pois compromete as relações que a pessoa estabelece tanto com a sua família e seus parentes, quanto com seu próprio espírito (*ñe'ë*)<sup>46</sup> e os deuses.

Embora o uso de bebidas alcoólicas tenha sua origem no contato interétnico, como doença, o ato de beber articula e envolve diferentes dimensões da vida Mbyá. Nesse sentido, o fenômeno passa a ser interpretado com base em sua perspectiva cosmológica e encerra uma dimensão espiritual: a pessoa que bebe demais e perde o “sentido” ultrapassa limites e faz coisas que não deve. Assim, age contra o seu espírito divino, que, por não possuir alternativa, afasta-se dela, deixando-a sem proteção. Enquanto isso, o pensamento do “bebedor” torna-se “lavado” pelo álcool e vai perdendo seu “sentimento profundo”, aquele que o liga ao espírito.

Se o espírito divino se afasta da pessoa, os *mbogüa*<sup>47</sup> e os *añã*<sup>48</sup>, ambos agentes patológicos, aproximam-se e passam a exercer influência nociva, podendo

---

<sup>44</sup> Para um maior aprofundamento das causas e conseqüências desencadeadas pelo consumo abusivo de álcool, ver Ferreira (2002).

<sup>45</sup> A noção de pessoa Mbyá-Guarani é uma categoria central para o entendimento do universo simbólico desse grupo étnico, pois articula e está articulada a uma série de relações cosmológicas e sociais. Os Mbyá-Guarani crêem que a pessoa é composta de duas almas: uma de natureza divina (*nhe'ë*), proveniente diretamente dos deuses cosmogônicos; outra, de natureza telúrica – princípio terrestre da pessoa adquirido no corpo, quando a alma de origem divina encarna na terra, desenvolvendo-se no decorrer da vida da pessoa. Sobre a concepção dualista da alma como “chave do sistema religioso” Guarani, ver Schaden (1962: 127-8), Nimuendajú (1987: 117), Clastres (1978) e Cadogan (1952), entre outros.

<sup>46</sup> “[...] Espécie de espírito protetor, incumbe a segurança do indivíduo, vigiando-o. [...] É parte integrante do seu eu. [...] A sede da alma – ou das almas, como veremos mais adiante – [...] é o corpo todo. Ademais as *ñe'ë* caracterizam-se por uma existência relativamente livre, isto é, existem independentemente do corpo, podendo deixá-lo, [...] e retirar-se para regiões longínquas” (Schaden 1962: 137-8).

<sup>47</sup> Ao morrer a pessoa libera o espírito divino que retorna ao Paraíso de onde veio e também a alma de origem telúrica que se torna um espírito do morto chamado *mbogüa*, que fica a vagar na terra em torno dos parentes vivos, causando doenças. O *mbogüa* é uma sombra, um fantasma, um espectro que se desenvolve no decorrer da vida da pessoa como resultado do seu modo imperfeito de viver.

<sup>48</sup> Tipo de demônio que leva a pessoa a agir contra o modo de ser prescrito culturalmente. Hélène Clastres assim os define: “Espíritos perversos que povoam a floresta, cuja única razão de existir é perseguir os índios e votar ao fracasso os seus empreendimentos. É a eles que se atribui a responsabilidade, tanto do resultado infeliz de uma expedição guerreira, ou da insuficiência de uma colheita, como ainda das desventuras individuais” (1978: 26).

levar o bebedor a brigar com seus parentes ou a ser vítima de diferentes tipos de acidentes, inclusive acidentes de trânsito. Além disso, a própria bebida alcoólica possui um espírito maléfico:

Porque como você tá bebendo, quando você toma, não está pensando lá em cima. Você ama, você gosta, você se apaixona por beber. Porque essa bebida alcoólica tem espírito! Por que a pessoa não quer parar? Essa bebida tem espírito, e esse espírito está casado com seu corpo. Esse é o princípio! Quando você se sente tonto por tomar bebida alcoólica, então sente livre, sente uma coisa de natureza (vontade de fazer sexo), sente muita coisa. Esse espírito quando casa com a pessoa, a pessoa não quer parar nem um dia, parece que não vai conseguir parar! (*Karai* Marcelina Timóteo durante encontro etnográfico do Diagnóstico).

Para os Mbyá, os lugares que não têm *opy* (casa de reza) nem *karai* estão sem proteção divina e a mercê de inúmeros perigos: doenças, mortes, brigas e outras calamidades. Isso porque a *opy* é o espaço sagrado onde são realizados os rituais religiosos que propiciam a ligação da pessoa com o espírito divino e com os deuses. Essa ligação é a fonte da boa saúde e protege a pessoa Mbyá desses perigos. Nesse sentido, a *opy* desempenha papel preventivo relacionado ao consumo de álcool, pois é ali que as crianças aprendem os cantos e as danças tradicionais, e escutam os conselhos do *karai* que as orientam a não fazer uso de bebidas alcoólicas.

Nas comunidades que não têm *opy* e *karai*, os “bailes de branco” animados por músicas sertanejas e os jogos de futebol se tornaram práticas correntes. Também é aqui que encontramos maior incidência de casos de violência doméstica desencadeados pelo consumo de álcool. Na perspectiva Mbyá, quando as pessoas bebem e dançam ao som da música sertaneja, o pensamento é direcionado para o sexo, e por isso causa briga entre os casais devido ao ciúme; com os cantos e a dança realizados na *opy*, o pensamento se mantém ligado aos deuses.

Ao passo que os rituais realizados na *opy* têm o poder de agregar a pessoa mantendo-a ligada ao seu espírito divino, o uso abusivo de bebidas alcoólicas afasta o espírito divino da pessoa. Enquanto no primeiro caso as pessoas estão sob a proteção da divindade, prevenindo-se dos perigos das doenças, no segundo, ultrapassam limites cosmológicos e ficam sem a proteção do espírito divino e dos deuses. Se canto e a dança realizados na *opy* ensinam o caminho pelo qual a pessoa deve se manter com saúde; as bebidas alcoólicas direcionam e abrem o caminho para as *mbogüa* e para as *aña* que causam doença e levam as pessoas à morte.

## **Desdobramentos do diagnóstico**

### **a) As reuniões dos *karai* e os Xondaro Marãgatu**

Durante o diagnóstico, os *karai* solicitaram a realização de uma reunião geral entre as lideranças espirituais e as demais lideranças indígenas, na qual eles próprios pudessem discutir sobre a atual situação do consumo de álcool. Segundo eles, essa orientação foi recebida diretamente dos deuses, assim como também seriam os deuses que mostrariam a forma certa de trabalhar com o problema das “alcoólicas”.

No fim de 2000, foi realizada então a Primeira Reunião Geral dos *Karai*, Caciques e Lideranças Mbyá-Guarani sobre o Uso Abusivo de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo, no Rio Grande do Sul RS, na Terra Indígena de Salto Grande do Jacuí,

em Salto do Jacuí. Nesse momento, as lideranças Mbyá delegaram a mim a tarefa de “colocar no papel” as suas conclusões com o intuito de elaborarem um documento que fosse entregue aos representantes das instituições governamentais e não governamentais responsáveis pela questão da saúde indígena. Desde então, a tarefa de anotar as deliberações finais dessas reuniões tem sido um dos papéis desempenhados por mim.

As recomendações que dali emergiram foram: (a) dar continuidade às reuniões em função da complexidade do problema; (b) a necessidade de todas as comunidades Mbyá do Rio Grande do Sul terem *opy* (casa de reza); (c<sup>o</sup>) a única forma para abordar a questão do uso de bebidas alcoólicas com os “bebedores” seria por meio das “boas palavras”, sendo que o conselho e a reza também possuem o poder de curar aqueles que bebem.

Primeiro conversamos sobre a forma de diminuir o uso das bebidas alcoólicas e daqueles que bebem. Para diminuir existe solução! Guarani sabe que tem remédio, só que esse remédio não é só que se toma, também pode curar através de conselho e de reza. [...] É preciso dar continuidade a este trabalho. Precisamos que estas reuniões tenham continuação, uma reunião só não vai resolver. As outras reuniões devem ser em outras Aldeias Mbyá-Guarani, com o objetivo de organizar internamente as comunidades. A próxima Reunião deve ser na TI de Barra do Ouro, Aldeia Campo Molhado. A partir de agora, todas as comunidades devem ter Opy para que nossos karai continuem. A Opy é muito importante! (Documento Final da I Reunião dos Karai).

Como o Diagnóstico funcionou como etapa preparatória da Primeira Reunião dos *karai*, pois mobilizou as lideranças para participarem nesta reunião, o mesmo procedimento – o de percorrermos as comunidades – foi adotado para a preparação das demais reuniões dos *karai*. Ao mesmo tempo, convidávamos as lideranças para participarem na reunião e sondávamos sobre o impacto das ações desenvolvidas no cotidiano dessas comunidades.

As reuniões dos *karai* foram realizadas em cinco dias, sendo divididas em duas etapas: na primeira, com duração de três dias, os Mbyá se reuniam entre eles para debater a situação alcoólica de suas comunidades, criar estratégias para controlar o problema e avaliar os resultados das ações em andamento; na segunda, com duração de dois dias, foram apresentados aos não índios os resultados das discussões realizadas nos dias anteriores.

Um ano após a Primeira Reunião, em novembro de 2001, realizou-se a Reunião Geral dos Karai, na TI de Barra do Ouro, Maquiné. Nesse momento, os *karai* ali presentes, por possuírem uma idade avançada e sendo difícil para eles se deslocarem para longas distâncias para visitar seus parentes, propuseram a criação de um grupo para levar suas palavras até as comunidades com recorrência de uso abusivo de bebidas alcoólicas.

Foram escolhidos seis Mbyá de diferentes comunidades, alguns deles caciques, para atuar nas localidades levando as mensagens dos *karai* às comunidades com problemas com o consumo de álcool. Esse grupo foi chamado então de Xondaro Marãgatu, e também podem ser chamados de *joyvyrá*, aqueles que cuidam do *karai* e que o seguram para que ele não caia quando está rezando na *opy*, enfrentando tudo por ele.

Então quando a gente fala de Xondaro é Xondaro Verdadeiro. Xondaro Mara'eý<sup>49</sup> nasceu desde que existe a terra, só que agora é que está se

---

<sup>49</sup> Aquele que “não tem mal”, os que “nunca morrem”.



revelando. Não podemos falar mal dos Xondaro Marãgatu, não podemos achar ruim os Xondaro Marãgatu, porque os Xondaro Marãgatu são verdadeiros. Então quem é que não vai acreditar nos Xondaro Marãgatu? Tem muito valor os Xondaro Marãgatu. Nós os *karai* respeitamos os Xondaro Marãgatu. Quem é que revelou os Xondaro Marãgatu? Quem é o primeiro homem que falou dos Xondaro Marãgatu? A gente não sabia que existia os Xondaro Marãgatu, mas hoje nós *karai* acreditamos que os Xondaro Marãgatu vêm dos deuses. Então Xondaro Marãgatu dá força pra nós, pra isso é Xondaro Marãgatu. Xondaro Marãgatu é muito grande. Desde que aconteceu a reunião dos *Karai* falamos do nome das crianças e isso não podemos perder. Então isso é bom pra nós, e vai ajudar a nossa vida. Vai resolver a vida de cada um (*Karai* Alex Benitez na III Reunião dos *Karai*).

A primeira etapa do Percorso Terapêutico dos Xondaro Marãgatu ocorreu entre os meses de outubro e dezembro de 2002, e contou com transporte e diárias viabilizadas pela FUNASA. Os Xondaro percorreram as comunidades de TI do Canta Galo, Viamão; TI de Inhacapedun, São Miguel das Missões; TI de Salto Grande do Jacuí, Salto do Jacuí, TI da Coxilha da Cruz, Barra do Ribeiro.

Nos encontros promovidos com a chegada dos Xondaro Marãgatu às comunidades, a organização das reuniões era combinada com o cacique de cada aldeia. No mesmo dia ou no seguinte, a liderança reunia seu povo para escutar os “mensageiros dos *karai*”. Em cada comunidade, tais reuniões tinham duração de um ou dois dias, dependendo da liderança e da comunidade local.

Em junho de 2003, foi realizada a III Reunião Geral dos *Karai*, na TI da Coxilha da Cruz, Barra do Ribeiro. Nessa oportunidade, os Mbyá avaliaram o desempenho e os resultados alcançados pela ação de aconselhamento desenvolvida pelos Xondaro Marãgatu. Solicitaram que tais ações tivessem continuidade e que os Xondaro Marãgatu, a partir dali, passassem a visitar todas as comunidades Mbyá do Estado, para prevenir o consumo de bebidas alcoólicas e fortalecer a ação dos *karai* locais.

No fim deste mesmo ano, entre outubro e dezembro, os Xondaro Marãgatu retornaram às comunidades anteriormente visitadas, visando a dar continuidade aos trabalhos desenvolvidos até o momento.

## **b) O caminho das boas palavras**

As reuniões gerais dos *karai* e os encontros dos Xondaro Marãgatu com as comunidades ocorreram integralmente nas aldeias indígenas<sup>50</sup>. Isto possibilitou que tais eventos discursivos ocorressem de acordo com a oralidade tradicional Mbyá, permitindo que diferentes gêneros de fala fossem acessados e organizados segundo as regras tradicionais que regulam o uso da palavra entre os Mbyá-Guarani (Briggs 1986).

As lideranças Mbyá organizaram esses momentos baseando-se em seu sistema tradicional de interação cerimonial, sendo as “boas palavras” o gênero de fala

---

<sup>50</sup> Com exceção da I Reunião dos *Karai*, quando os três primeiros dias foram realizados na aldeia e os dois últimos, devido a questões administrativo-burocráticas colocadas pela FUNASA na época e a contragosto dos *karai* que coordenavam a reunião, no salão paroquial no centro de Salto do Jacuí. Ver Ferreira, 2001a.

predominante, em que esta assume uma forma específica de manifestação, enquanto os discursos se mostram impregnados de significações cosmológicas<sup>51</sup>.

A orientação dos *karai* desde a I Reunião dos Karai foi para que estes encontros acontecessem por meio das "boas palavras".

Agora nós vivemos assim. Não temos mais nossos Xondaro que acompanhavam a verdade no meio da *opy*. Não é como antepassado que tinha que ouvir a palavra dos velinhos. Isso nós temos que fazer hoje, para que sempre tenhamos força. Quem dá força pra nós mais velhos é Nosso Deus, é espírito. Se não fosse espírito, nós não teríamos a vida. Vamos ouvir todo mundo e orar todo mundo junto pra bem do nosso corpo. O *karai* e a *cuña-karai*, de onde tem força? A força vem do espírito, da concentração que nós conseguimos dentro da *opy*. O *karai* quando entra na *opy* conta o corpo de cada um de nós pra Deus, pra que o espírito continue com o corpo para poder viver, meu filho, minha filha. A doença que nós pegamos não é de todo tipo. Tem vários tipos de doença. Pra trabalhar aquela doença que nós pegamos é na casa de reza. Nós temos que acreditar pra podermos nos curar e pra podermos cuidar da nossa vida. Aquela água (cachaça) é uso do branco, traz doença aquilo. A doença da cabeça faz esquecer do nosso espírito, parece que não temos mais espírito, não lembramos mais dos deuses. Se é casado, se o marido toma cachaça prejudica a saúde do bebê que tem na barriga (da mulher), aí fica doente também. Agora todo mundo fica com atenção, esse é o momento de receber a palavra boa. Algumas pessoas estão recebendo a palavra boa. Todo mundo tem que cuidar para não perder essa palavra. Para poder curar aquele que está bebendo, nós temos sempre que estar na *opy*. Porque o Nosso Deus, quando nos mandou nessa terra, entregou a palavra pra nós? Nosso Deus, Nossa Mãe Verdadeira, quando entregou a palavra pra mim, disse que, quando nós estamos na terra é pra voltarmos com o corpo e tudo. Esse nós temos que manter, assegurar. Esse pra mim que é dor no coração. [...] Agora eu sei que alguém vai receber uma palavra boa depois disso. Eu não sei quem é a pessoa. Aquela pessoa vai parecer louca, mas não é louco aquele que vai receber a mensagem. Agora o mundo mudou, agora eu tô falando isso porque tinha espaço para poder falar. Nós temos que pensar nosso futuro, pra ter todo mundo *opy*, pra poder fazer fogo e sentar junto, fazer roda, orientando as pessoas, a filha, o filho, pra que continuem dançando e cantando na *opy*. Nós não temos que olhar em baixo, nós temos que olhar em cima (*Karai* Perumi na I Reunião dos Karai).

Tanto nas reuniões dos *karai* quanto nos encontros promovidos pelos Xondaro Marãgatu, o emprego das "boas palavras", sempre acompanhadas pelo uso do cachimbo e do chimarrão, assume a forma de conselho e emerge como recurso terapêutico no tratamento dos bebedores. Isso porque essas palavras, inspiradas pelo espírito divino e pelos deuses, possuem o poder de emocionar as pessoas.

As "boas palavras" são reconhecidas não necessariamente pelo conteúdo do discurso daqueles que a empregam, mas sim pela entonação da voz da pessoa que está falando, ou seja, pela performance desempenhada por quem fala. Nos círculos de conversa, aquele que está com a palavra deve se dirigir para o centro da roda. Enquanto fala, caminha de um lado ao outro do círculo, no ritmo e na cadência da

---

<sup>51</sup> Também esse foi o momento dos Mbyá ouvirem as palavras divinas chamadas *ayvu ñetiró* ou *ayvu rapitá*, definidas por eles como as "palavras escadas", porque elevam o pensamento das pessoas. Poucos são os que sabem falar *ayvu ñetiró* atualmente.

palavra proferida. Aqueles que escutam, mantêm a cabeça baixa em sinal de respeito para com quem está falando e pelo que está sendo dito.

A fala orientada pelas “boas palavras” sempre começa com uma saudação aos parentes, lembrando que o Sol (um dos deuses Mbyá: *Ñamandú*) os está acompanhando e protegendo em sua caminhada, iluminando as palavras para que a conversa seja satisfatória para todos. Ao mesmo tempo, solicitam aos demais deuses para que olhem por eles.

Saudações meus parentes. Porque o Sol está acompanhando sempre pra nos levantarmos, por isso nos levantamos bem de novo. O Sol ilumina pra gente caminhar e não podemos esquecer dele. Esse acordo que estamos chegando é porque os nossos deuses estão olhando. Como pra nós é difícil se encontrar assim, como hoje, todo mundo. Estamos felizes porque estamos juntos todo mundo, conseguimos espaço pra falar de nossa cultura. Por isso que nós estamos levantando, pra gente sorrir, ficar alegre. Então por isso que nós estamos aqui, porque nosso deus abriu esse espaço pra falarmos de nosso problema. [...] O Sol está nos iluminando para termos as palavras boas. Nós temos que ter união pra termos força, se a gente não tem união a gente não consegue resolver a nossa necessidade (*Karai* Alex Benitez, na III Reunião dos *Karai*).

As “boas palavras” empregadas durante o percurso dos Xondaro Marãgatu podem expressar de forma sistemática, como caso exemplar, o pensamento, as preocupações e as mensagens dos *karai* para seus parentes durante as Reuniões dos *Karai*. Mesmo porque outra das funções dos Xondaro é traduzir as palavras dos *karai* para uma linguagem mais comum, a fim de que todos as compreendam, principalmente os jovens e as crianças.

Para os Mbyá, as palavras dos Xondaro Marãgatu também vêm através dos deuses e do espírito. São palavras movidas pelo amor (*mborayvu*), por isso é que são “boas palavras” e fazem com que as comunidades acreditem e tenham esperança nesse trabalho. Os *karai* das comunidades visitadas reforçavam as palavras dos Xondaro também utilizando a “bela linguagem” inspirada pelos deuses.

Eu espero que vocês também consigam mais palavras pra passarem pra nós, não é você que têm essa palavra, você vai conseguir através de nosso Deus que vai dar uma palavra pra passar pra outra pessoa. Como hoje você está falando, não é você que está falando, o deus que está dando uma palavra pra você pra falar para todos. Vai continuar iluminando pra falar cada vez mais. [...] Então quem é que vai dar as palavras pra nós? É o Sol. Cada vez que estamos levantando o Sol nos acompanha pra falar, pra sorrir. Eu fiquei muito contente de estar com vocês, só por isso que estou falando um pouquinho. Não é porque estou sabendo falar, as palavras de vocês que me obrigam a falar, porque tem espaço pra falar. E daqui até a próxima (*Karai* Juanzita, encontro com os Xondaro Marãgatu).

Segundo os *karai*, atualmente são poucos os homens que empregam as “boas palavras” para aconselhar os seus parentes, sendo esta a causa de muitos dos problemas que hoje acontecem. Os *karai* acreditam que esses conselhos têm sua origem “no centro do Paraguai (*yvy mbyté*) e hoje tem poucos que ainda sabem esse sistema”.

O discurso dos Xondaro sempre iniciava buscando esclarecer as origens, o caráter e os objetivos desse trabalho. Segundo o Cacique Geral José Cirilo Morinico:

Os Xondaro foram escolhidos pra falarem pra todos, só por isso que nós juntamos todos, só por isso que nós juntamos os jovens, porque é importante ouvir. Então esse trabalho foi pensado não através de nós, mas através de nossos karaí. Foi a preocupação do karaí e da cuña-karaí com a canha. Nós levamos mensagem pra toda comunidade pra saberem e conhecerem mais sobre o que é bom e o que é ruim pra nós. O que traz problema é a canha.

Para abordar o tema dos problemas relacionados ao consumo abusivo de álcool, os Xondaro lembram do exemplo deixado pelos deuses para que os Mbyá tenham força e coragem e perguntam: “Como fazer para melhorarmos a nossa vida e termos felicidade?”. A partir de então, discorrem sobre:

[...] a importância da cultura, a importância das crianças, para o pai e a mãe pensar em ficar na aldeia, não ficar caminhando pra lá e pra cá. Isso é que Xondaro Marãgatu vai conversar com as famílias. Pra isso é Xondaro Marãgatu. Nós temos que procurar mostrar coisas boas pras crianças, coisa boa é plantação. O pai e a mãe têm que pensar como é que seu filho vai ter saúde. Essa mensagem que os Xondaro Marãgatu vão levar pras comunidades (Xondaro Marãgatu Agostinho Duarte).

Nesse sentido, os Xondaro levantam a reflexão sobre as mudanças que o consumo de álcool traz para a cultura. Consideram que a *canha* os enfraquece e se constitui-se em um caminho destrutivo para o futuro do grupo.

Além disso, buscam lembrar as comunidades do caminho deixado pelos deuses, principalmente a necessidade de todas as comunidades terem *opy* e plantação, mantendo-se ligadas aos deuses e aos espíritos divinos para terem saúde e felicidade.

A bebida alcoólica traz muita coisa. [...] Nosso Deus não nos mandou na terra pra bebermos, não disse para aprendermos a beber com outro povo. [...] Os que estão morando aqui, procurem não tomar mais bebida alcoólica! Tem muita coisa que acontece em todas as aldeias e aconteceu o que nunca se viu. Procurem diminuir a bebida alcoólica. Que falta pra criança? Que falta pra adulto? Que falta pra mãe, pro pai? Que falta aqui na terra? Pra mim é plantar milho pra que as crianças vejam e tenham saúde. Isso é que é importante, isso é que é futuro pra nós. Nós temos que pensar, plantar. Isso é bom pra espírito também. Depois disso tem *opy*. É através da *opy* que a criança vai ficar com saúde, é aí que o espírito vai chegar e vai ter força através da *opy*. Por que alguma vez as crianças levantam sem força? Ficam magrinhas, tristes, não querem brincar, porquê? Por falta da *opy*. As crianças queriam ouvir o som do violão. Eu não estou dizendo que vocês continuam mau, que vocês não sabem. Eu quero que vocês me desculpem. As crianças não podem estar sem nome, tem que ter batismo, ser batizada a criança, por isso é importante a *opy*. Quando recebe o nome, o espírito fica contente, ele tem força, por isso que tem nome, Kuaray, Karaí, Verá... [...] Nós temos que valorizar nossa aldeia, não pode acontecer baile dos brancos. E quando tem aldeia nós temos que ter *opy*, a dança tradicional pra aprender a nossa cultura, sistema e tradição. Nós queremos que todas as comunidades sejam assim. Nós temos que diminuir a bebida alcoólica. Isso que é importante pra nós. Só pra isso que eu tô falando agora (Xondaro Marãgatu Alexandre Duarte).

Uma das principais preocupações dos Xondaro relacionadas ao consumo de álcool é a situação das crianças que são filhas de pai e/ou mãe bebedores. Devido ao

consumo de bebidas alcoólicas, hoje em dia não se sabe mais por que os deuses mandaram as crianças. Com isso, os pais não sabem mais tratar as crianças e muitas vezes as maltratam fazendo com que o seu espírito se afaste e a criança “deixe seu corpo como terra” (*yvyramo*)<sup>52</sup>. Os pais não sabem mais aconselhar e nem educar os seus filhos. Diante disso, os Xondaro aconselham os pais de família a respeitar as crianças, pois foram os deuses que mandaram os seus espíritos para a terra.

Agora, é difícil pro pai e pra mãe falarem pra seus filhos, eles já não sabem mais como educá-los. Por que Nosso Pai, ele nos mandou aqui na terra? Quando Nosso Pai manda as crianças pra nós é pra que a mãe ou o pai tenham força (*mbaraeté*) e coragem (*pyaguaçu*). Hoje em dia a gente não sabe mais por que as crianças nasceram pra nós, a gente não sabe mais como tratar as crianças. Hoje em dia tem que respeitar os filhos, o marido, a esposa. O que é importante pras crianças? As crianças querem ver a plantação, algumas crianças querem ver a casa tradicional (*opy*). Então algumas crianças choram porque necessitam de alguma coisa, necessitam de *opy*, de plantação. Então o pai e a mãe não sabem porque eles estão chorando e aí batem em seus filhos. Hoje em dia é assim, o pai e a mãe batem no filho, na filha, sem saber por que ele está chorando. Então essa coisa é muita dor pros velhinhos e pras velhinhas. Isso não pode acontecer na frente deles. Eu sempre digo assim: nós temos que voltar um pouquinho a viver como nossos antepassados (Cacique Geral José Cirilo).

Ademais, os Xondaro lembram que quando existe um “bebedor” na família, os seus parentes sofrem e ficam doentes, com dor no coração.

Saudações meus parentes. Eu também não sei falar muita coisa. Eu também vou falar um pouco sobre a bebida alcoólica. Eu também era feio, bebedor. Nossos parentes estão diminuindo, já perdemos muito. Muitos dos nossos parentes já ficaram com o corpo como terra só por causa da bebida alcoólica. Eu conheço também porque eu era bebedor. Então por isso que é importante cada aldeia ter *opy*. Os mais velhos e mais velhas sofreram muito por causa disso, quando o filho ou a filha é bebedor. Então quando o filho ou a filha fala assim: quando estou bebendo o problema é meu, sou eu. Mas se ele morre, isso é mau pra todos, isso é dor. Quando o meu parente morre, vem o sofrimento pra todos. [...] Os karaí estão orientando pra não chegarmos no ponto de cairmos num buraco, ou seja, pra não chegarmos a morte. Então, por isso que os mais velhos se preocupam, por causa da morte (Xondaro Marãgatu Cezário Timóteo).

Para os Mbyá, “a bebida alcoólica não tem irmão, não tem pai, não tem mãe. A bebida alcoólica é sozinha!”. É por isso que ela traz sofrimento para todos os parentes.

Ainda em sua preocupação com a família, os Xondaro conversam sobre a separação entre os casais Mbyá, fenômeno cada vez mais recorrente e que tem no uso abusivo de bebidas alcoólicas uma das suas principais causas. A separação também causa doença: sofrimento e dor no coração. Para os karaí, isso acontece porque “hoje não há mais obediência a deus, as pessoas esqueceram de deus, não levantam mais

---

<sup>52</sup> Os Xondaro Marãgatu raramente se referem diretamente à morte de um parente. Geralmente a palavra sagrada usada é *yvyramo*, cujo significado é: o parente “deixou o seu corpo como terra”.

com o Sol, agora levantam com o *aña*, já entregaram tudo para os espíritos dos mortos” (Homem *karai* em encontro com os Xondaro Marãgatu).

Uma das palavras dos Xondaro às comunidades é sobre a necessidade de valorizar e escutar os mais velhos, porque os jovens pouco estão seguindo seus conselhos, principalmente no que diz respeito ao uso de bebidas alcoólicas. Com isso nos encontros dos Xondaro as comunidades são aconselhadas a fortalecerem seus *karai*:

[...] hoje em dia, a maior parte das pessoas não sabe mais o que significa a manifestação dos deuses – a caminhada do Sol; a mão brilhante de Tupã (raio) –, não conhecem mais as palavras divinas. Os conhecedores destas palavras são os *karai* e estes são poucos, porque [...] os mais velhos e mais velhas não agüentaram a maldade que cada vez aumenta nesse mundo, na terra velha, por isso eles ‘viraram como terra’ e não alcançaram a terra sem mal (Cacique Geral José Cirilo).

Um dos resultados desses encontros foi a criação de espaços para que os *karai* aconselhassem seus parentes nas aldeias em que essas lideranças vêm perdendo prestígio e confiabilidade diante os jovens. O conselho dado aos bebedores foi para que eles rezassem e contassem para os *deuses* ou para o *karai* o seu problema, a sua dor, a sua doença. Diziam: “mostrem o corpo” para os *karai* para que eles “contem o corpo” do paciente para os deuses.

Nesse sentido, além de estimular as comunidades a refletir sobre o impacto do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, sobre a pessoa e o modo de ser Mbyá-Guarani, e sobre a necessidade destas “acordarem” e se organizarem para enfrentar os problemas desencadeados por esse consumo, os encontros promovidos pelos Xondaro Marãgatu, assim como as próprias reuniões dos *karai*, foram momentos de atualização da linguagem sagrada, de valorização do modo de ser tradicional e de fortalecimento da *opy* e dos *karai* Mbyá-Guarani.

## **Alguns resultados desse processo**

As Reuniões dos *Karai* e os encontros promovidos pelos Xondaro Marãgatu se constituíram em momentos de reafirmação psicossocial desse grupo étnico. Ao conversar sobre a situação de suas comunidades no que tange ao uso do álcool e buscar alternativas para esse problema a partir de seu próprio conhecimento, demonstrando o caráter dinâmico do sistema médico tradicional, os Mbyá atualizam, recriam e fortalecem sua tradição. Também, ao exercitar sua capacidade de criar soluções para os problemas que os afligem, reforçaram sua “auto-estima”.

Por terem sido realizados segundo a orientação cultural Mbyá, esses foram eventos discursivos de auto-atenção e demonstraram caráter profilático e terapêutico em relação ao uso de bebidas alcoólicas, já que as “boas palavras” têm o poder de emocionar e de estabelecer a ligação da pessoa com seu espírito divino.

Na III Reunião dos *Karai*, as lideranças Mbyá, entre outros assuntos e encaminhamentos, avaliaram o trabalho desenvolvido, apontando como resultados desses processos as próprias ações desenvolvidas até o momento, pois estas haviam sido propostas pelos *karai*: a formação do grupo dos *xondaro marãgatu*; a união das lideranças – *karai*, caciques e *xondaro* – e das comunidades Mbyá do Rio Grande do Sul para o enfrentamento da problemática do uso abusivo de bebidas alcoólicas; o resgate e fortalecimento da instituição do conselho por meio da “boa palavra”; e a

valorização dos *karaí*, das *opy* e da sabedoria Mbyá-Guarani. Também chegaram à conclusão de que houve significativa redução do consumo de álcool e dos danos causados pelo mesmo em algumas comunidades (Inhacapetun, Canta Galo, Salto do Jacuí). Para eles tais ações:

[...] abriram espaço pra nós discutirmos entre os guarani sobre a preocupação com o problema da bebida alcoólica. Hoje em dia por que acontece a morte? Por que as crianças morrem? Por que os velhinhos morrem? A gente não sabe mais! Agora começamos a lembrar e perguntar sobre a nossa vida. O que acontece hoje em dia? Por que as crianças morrem? Por que as crianças não têm nome? Por que os guarani não plantam mais? Apesar dos 500 anos, nunca mais nos sentamos com o *karaí*, nunca mais chegamos pra conversar com *karaí* pra saber o que acontece no mundo e não tínhamos forma de nos unir com *karaí* pra conversarmos sobre a vida. Mas hoje em dia, Deus abriu espaço. [...] Eu estou percebendo que nós não estamos mais ligados com a natureza por causa da bebida alcoólica. Por que a gente não recebe mais recado dos deuses? Por causa da bebida alcoólica. Por que não existe mais guarani vivendo aqui nessa terra na forma deixada por deus? Por causa da bebida alcoólica. Quais são os resultados deste trabalho que estamos vendo? Com esse trabalho já temos resultado. Eu estou vendo que algumas comunidades construíram *opy*. Nessa batalha nós estamos lutando contra a bebida alcoólica, contra a maldade que traz briga. Não estamos lutando contra as pessoas, contra os parentes. Estamos lutando contra o espírito da bebida alcoólica. É isso que nós estamos enfrentando. [...] Pela bebida alcoólica abriu espaço pra outra coisa também: a preocupação com os *karaí*. Hoje diminuí os *karaí*, porque a gente não valoriza mais os nossos *karaí* e *çuña-karaí*. Pra mim é muito grande, tem muito valor os pensamentos que eles trouxeram pra gente pensar. Eu tenho esperança que futuramente pelo menos metade das crianças vão aprender a dançar e cantar na *opy*. Porque se não tivesse esse trabalho, os guarani ficariam cada vez mais fraco, esquecendo da cultura. Aí vai terminando os guarani, vai terminando o sistema. Então minha avaliação é essa, nunca o branco tinha pensado em fazer esse trabalho, é a primeira vez que a gente conseguiu o que a gente sempre quis. A gente nunca contou pro branco, a gente nunca deu espaço pra discutirmos profundamente o nosso problema. Esse trabalho trouxe muitos frutos, porque estamos falando do enfraquecimento da nossa sabedoria, dos nossos *karaí*, das crianças que já não tem mais batismo. Agora a gente lembrou. Através desse trabalho lembramos e acordamos todos. Esse é o resultado. (...) Hoje nós avançamos muito no caminho para diminuir o consumo do álcool. Hoje, diminuíu o uso desse álcool, diminuíu as festas de branco em algumas comunidades e também alguns *cau* já pararam de tomar e outros que não pararam de tomar, mas já não batem mais em suas esposas e nem brigam mais com seus parentes (Cacique Geral José Cirilo).

## **Reflexões sobre a postura metodológica em projetos de intervenção**

A proposta da realização de um diagnóstico participativo foi uma tentativa de construir uma nova relação com as lideranças Mbyá-Guarani, respeitando a sua organização sociopolítica e suas formas de fala. Em outras palavras, uma tentativa de permitir que estas pudessem se apropriar e participar ativamente tanto do processo de

pesquisa quanto da fase de planejamento das ações institucionais a serem desenvolvidas com o intuito de reduzir o consumo de bebidas alcoólicas. Nesse sentido, propomo-nos a criar um trabalho e refletir com lideranças indígenas sobre um fenômeno vigente em algumas comunidades Mbyá.

Além de buscar transcender o tipo de relação de poder e de dominação sustentada pela ideologia da tutela<sup>53</sup>, vigente nos diferentes setores da sociedade nacional que atuam com a questão indígena, procuramos criar bases para a sustentabilidade e continuidade desse processo junto aos Mbyá-Guarani, à medida que os mesmos passassem a desenvolver ações de cunho comunitário para o controle do consumo abusivo de álcool. Isso não retira a responsabilidade da FUNASA diante da implementação desse projeto, mas a torna parceira das lideranças indígenas, cabendo a ela viabilizar, por meio de apoio logístico, as condições para que as ações de intervenção sejam levadas a cabo pelos próprios atores Mbyá<sup>54</sup>.

A intenção da antropóloga durante o processo de implantação das Reuniões dos *Karai* e do Percorso Terapêutico dos Xondaro Marãgatu foi orientada pelos seguintes princípios: a) incentivar e reforçar a organização sociocultural tradicional Mbyá-Guarani, em que o *karai* e a *opy* são fundamentais na manutenção do seu modo de ser e de estar no mundo; b) reconhecer a autoridade Mbyá em responder segundo seus padrões tradicionais, contando com o apoio das instâncias governamentais responsáveis pela atenção diferenciada à saúde indígena; c) garantir que a forma de tal reunião fosse um evento discursivo que respeitasse a oralidade tradicional Mbyá-Guarani, com suas características cerimoniais próprias, no estilo das reuniões calcadas sobre as "boas palavras"; d) respeitar e valorizar o conhecimento médico tradicional Mbyá na manutenção da saúde desse grupo étnico; e e) reconhecer que qualquer iniciativa dos segmentos da sociedade nacional responsáveis pela saúde dos povos indígenas só pode vir a ter alguma resposta eficaz no "controle" e tratamento terapêutico do uso abusivo de bebidas alcoólicas e do alcoolismo, se levar em conta os conhecimentos tradicionais desses grupos e a dimensão que tal problema ganha em sua vida cotidiana.

Isso implica também compreender as interpretações simbólicas relacionadas ao fenômeno e capacitar os não-indígenas para o diálogo intercultural necessário às ações de prevenção e intervenção biomédicas que visam à melhoria da saúde Mbyá-Guarani.

A postura metodológica adotada foi intencionalmente orientada por esses pressupostos e, por isso, permitiu às lideranças Mbyá guiarem a antropóloga nos caminhos adequados, tanto para abordar a questão nas situações de pesquisa nas aldeias quanto para desenvolvermos ações de intervenção nos problemas relacionados ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

---

<sup>53</sup> Relação de poder, dominação e sujeição instituída pelo regime tutelar (Souza Lima 1995) e que atualmente assume a forma de ideologia da tutela e gira em torno da idéia da "capacidade (ou incapacidade) relativa" do índio. Sobre o conceito de ideologia aqui adotado, ver Dumont (1993).

<sup>54</sup> Convém pontuarmos que esse projeto vem encontrando muitas dificuldades para ser efetivamente implantado pelo órgão governamental responsável pela atenção à saúde indígena. Isso se deve tanto à cultura institucional vigente nos setores governamentais e não governamentais, em que vigora a ideologia da tutela e prepondera acima dos interesses coletivos, a disputa por poder e por prestígio entre o pessoal que compõe o campo da saúde indígena, quanto ao desconhecimento e indiferença por parte dos técnicos e administradores institucionais em face das especificidades socioculturais dos grupos indígenas a serem beneficiados por ações de atenção diferenciada à saúde. Mas esse tema relativo ao percurso e aos percalços do projeto na relação com órgãos governamentais e não governamentais será desenvolvido em trabalhos posteriores.



A intervenção antropológica para a realização desse conjunto de ações se deu, no sentido de facilitar e garantir que as lideranças Mbyá organizassem tais eventos de acordo com seus princípios sociocosmológicos e criassem espaço para que os discursos fossem proferidos segundo o seu modo de ser, em respeito à forma tradicional de manifestação da oralidade Mbyá-Guarani. Nesse sentido, pretendemos enfrentar o uso abusivo de álcool com as estratégias sustentadas na própria tradição.

Diante do processo aqui descrito, podemos vislumbrar a existência de dois níveis metodológicos distintos: a) o “fazer antropológico” em projetos de intervenção, em que a situação etnográfica é intencionalmente construída pelo antropólogo em busca do estabelecimento de um espaço e de um momento propício para que os atores indígenas intervenham sobre a problemática do uso abusivo de álcool. Nesse caso, as técnicas de pesquisa antropológicas utilizadas em todos os momentos do processo foram a observação participante, o diálogo, a gravação das conversas para posterior tradução, o registro visual dos encontros etnográficos e o uso do diário de campo; e b) a metodologia utilizada pelos próprios atores indígenas para intervir sobre esse problema, metodologia esta constitutiva do próprio objeto da pesquisa antropológica aqui realizada, a saber, o uso das “boas palavras”.

O papel desempenhado pelo antropólogo também possui caráter político que o situa entre o universo Mbyá-Guarani e os órgãos governamentais responsáveis pela atenção à saúde indígena. O antropólogo é um dos sujeitos que compõem esse complexo contexto: ao mesmo tempo em que sua atuação deve ser considerada um elemento a ser observado, também é determinante para a constituição desse mesmo contexto.

Em “pesquisas participativas” com grupos indígenas, o antropólogo não tem como fugir do papel de mediador e/ou tradutor entre universos de significados culturais distintos: de um lado, deve dialogar com os grupos indígenas, procurando compreender o seu ponto de vista, ao mesmo tempo em que lhes oferece elementos que contribuam para sua compreensão da cultura burocrático-administrativa dos setores governamentais e não governamentais que atuam na questão indígena, instrumentalizando-os, portanto, para sua luta em defesa de seus direitos; do outro, deve atuar junto das instâncias governamentais e buscar contribuir para a construção de espaços que considerem as especificidades socioculturais e lingüísticas dos grupos indígenas, isto é, propiciar a participação efetiva dos mesmos desde o planejamento até o processo de implantação de ações voltadas para suas demandas por uma atenção diferenciada à saúde.

Outra de suas atribuições é a assessoria aos técnicos e profissionais de saúde que trabalham com os grupos indígenas, visando a facilitar o diálogo a ser estabelecido entre atores de diferentes procedências culturais, aprofundar a compreensão desses profissionais sobre as especificidades do sistema de saúde indígena e ressaltar a importância do próprio “fazer antropológico” nesse campo de atuação. Com isso, o antropólogo busca demonstrar que, para que o sistema indígena de auto-atenção à saúde, social e culturalmente determinado, constitua-se como uma possibilidade eficaz na redução do consumo de álcool, as instituições governamentais devem reconhecer a legitimidade do saber indígena, respeitar e promover ações de articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde, e fazer valer o direito garantido legalmente a esses grupos de receber uma atenção diferenciada à sua saúde.

Para tanto, faz-se necessário que as formas de abordagem do problema do uso abusivo de bebidas alcoólicas sejam buscadas nas próprias comunidades indígenas, em consideração às especificidades culturais que tal fenômeno adquire nesse

universo. As instituições governamentais devem construir estratégias com os grupos indígenas para que o trabalho tenha sustentabilidade ao longo do tempo e alcance os objetivos fixados tanto pela população indígena quanto pelos setores públicos. Nesse sentido, o conhecimento tradicional e as práticas de auto-atenção devem ser considerados fundamentais para a elaboração de planos de ação e programas eficazes que visem à redução do uso abusivo de álcool.

Somente os grupos indígenas podem apontar o caminho para a construção de projetos que ofereçam respostas efetivas para as comunidades e considerem os resultados almejados pelos mesmos. No caso aqui apresentado, os Mbyá apontaram a direção, ao mesmo tempo em que participaram, apropriando-se do projeto como autores e não apenas como participantes de mais uma intervenção imposta pelos setores governamentais e não governamentais da sociedade nacional.

## Referências bibliográficas

BRIGGS, Charles

(1986) *Learning how to ask: a sociolinguistic appraisal of the role of the interview in social science research*. New York, Cambridge University Press,

CADOGAN, León

(1952) “El concepto Guarani de ‘Alma’; su interpretación semantica”, *Folia Linguistica Americana*, n. 1, vol. I, Ed. Keiron.

(1950) “La encarnación e la concepción: la muerte y la resurrección en la poesía sagrada 'esotérica' de los Jeguaká-va Tenondé Porã-güé (Mbyá-Guarani) del Guairá, Paraguay”, *Revista do Museu Paulista*, São Paulo, n. s., vol. IV.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto

(1976) *Identidade, etnia e estrutura social*. São Paulo: Livraria Pioneira,

CLASTRES, Hélène

(1978) *A terra sem mal*. São Paulo: Brasiliense..

DOCUMENTO FINAL

(2000) "I Reunião Geral dos Karáí, Caciques e Lideranças Mbyá-Guarani sobre o Uso Abusivo de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo – RS".

DUMONT, Louis

(1993) *O individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco,

FERREIRA, Luciane O.

(2001) “*Mba’e Achy*: a concepção cosmológica da doença entre os Mbyá-Guarani num contexto de relações interétnicas”. Dissertação de Mestrado, POA, PPGAS/UFRGS.

(2001a) "Relatório Etnográfico: I Reunião Geral dos Karáí, caciques e representantes Mbyá-Guarani sobre o uso abusivo de bebidas alcólicas e alcoolismo – RS. FUNASA, Projeto VIGI-SUS"..

(2002) "Relatório Final: Diagnóstico Participativo Antropológico sobre a manifestação do alcoolismo entre os povos indígenas no RS: subprojeto Mbyá-Guarani. FUNASA, Projeto VIGI-SUS"

GARLET, Ivory; ASSIS, Valéria S. de

(1998) *Diagnóstico da População Mbyá-Guarani no Sul do Brasil*. São Leopoldo: COMIN.

LANGDON, Esther Jean Matheson

(1999) "O que beber, como beber, e quando beber: o contexto sociocultural no alcoolismo entre as populações", *Saúde, saberes e ética: três conferências sobre antropologia da saúde*. Antropologia em Primeira Mão. Florianópolis, PPGAS-UFSC.

MELIÀ, Bartomeu

(1988) "*Los Guarani-Chiriguano: Ñande Rekó, nuestro modo de ser*". La Paz: Cipa.

MENÉNDEZ, Eduardo

(1990) *Morir de alcohol: saber y hegemonia médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.

(2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 8(1).

NIMUENDAJÚ, Curt

(1987) *As lendas de criação e destruição do mundo: como fundamentos da religião dos Apapocúva-Guarani*. São Paulo: Hucitec-Edusp,

SCHADEN, Egon

(1962) *Aspectos fundamentais da cultura Guarani*. São Paulo: Difusão Européia do Livro.

SOUZA LIMA, Antonio Carlos de

(1995) *Um grande cerco de paz: poder tutelar, indianidade de formação do Estado Brasileiro*. Petrópolis: Vozes.

VIETTA, Katya

(1992) "Mbyá: Guarani de verdade". Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: UFRGS.

## **O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação entre os Yanomami**

Desde 1999, o sistema de atenção à saúde dirigido às populações indígenas tem sido extensamente remodelado. Hoje, existe uma rede de serviços de saúde espalhada por praticamente todas as comunidades indígenas no Brasil<sup>55</sup>. Na base do atual modelo de assistência está a idéia de que ações em saúde devem ser adaptadas às peculiaridades socioculturais, epidemiológicas e demográficas das diversas etnias indígenas. O objetivo deste texto é refletir sobre o conceito de atenção diferenciada com base no relato de uma experiência como antropóloga da saúde, atuando em uma organização não governamental que presta assistência de saúde aos Yanomami. Não pretendo, todavia, apontar soluções para questões já familiares aos profissionais que trabalham com saúde indígena, e sim contribuir para o debate sobre o papel do antropólogo em situações de intervenção.

Durante 15 meses não consecutivos<sup>56</sup>, acompanhei ativamente o trabalho dos profissionais de saúde em área indígena e na sede da instituição, em São Gabriel da Cachoeira, para cobrir as demandas de capacitação dos agentes indígenas de saúde e de sensibilização dos demais profissionais da equipe de saúde à cultura Yanomami. Meu papel, na concepção da instituição, seria facilitar o contato intercultural com o intuito de integrar o trabalho dos agentes de saúde ao dos profissionais de nível médio e superior, cujas atribuições são delimitadas no conjunto pela visão biomédica que orienta o sistema público de saúde. Para mim, logo se tornou evidente a necessidade da participação efetiva das comunidades no planejamento das estratégias de ação e de flexibilização das ações em saúde, ou seja, na implementação de um modelo de atenção diferenciada tendo em vista o modo de viver Yanomami. Os fatos significativos que revelaram essa necessidade foram a maneira de tomar decisões a respeito da remoção dos pacientes para os hospitais

---

<sup>55</sup> Há indícios de, ao menos, 55 grupos indígenas ainda isolados da sociedade nacional (FUNASA 2002) e não incluídos no sistema de saúde oficial.

<sup>56</sup> Em 2001, prestei seis meses de assessoria antropológica e, em 2002, fui contratada pelo Instituto Brasileiro pelo Desenvolvimento Sanitário para participar da equipe por um ano. No primeiro momento, o IBDS era responsável pela assistência sanitária nas regiões do Cauaburis e do Padauri. No convênio com a FUNASA do ano seguinte, a área de abrangência foi realocada, e a entidade começou a trabalhar em parceria com outra ONG, a Serviço e Cooperação com o Povo Yanomami (SECOYA). Antes responsável por parte da região do rios Marauíá e Demini, a SECOYA passou a prestar serviços no Padauri, no Marauíá e em uma comunidade do rio Demini. Sobre Ajuricaba, no Demini, não tenho informações consistentes e, por isso, não farei comentários sobre esse grupo ao longo do texto.

da região, centrada unicamente no diagnóstico ou na não realização deste, e a posição contra o infanticídio assumida pelos profissionais de saúde.

De todo modo, minha contribuição na prestação de assistência à saúde esteve absolutamente vinculada à observação participante, como meio de alcançar os conhecimentos e informações necessários às minhas propostas de ação e intervenções como integrante do IBDS. Além da pesquisa de campo, minhas atribuições eram participar das reuniões das equipes de saúde e da comunidade com profissionais da instituição, ministrar cursos de sensibilização antropológica e colaborar nos cursos de formação de agentes de saúde<sup>57</sup>.

O IBDS surgiu em outubro de 2000, como um desdobramento do Instituto pelo Desenvolvimento Sanitário em Meio Tropical (IDS-MT), entidade francesa que atuava há cinco anos na região. A assistência à saúde oferecida pelo IDS-MT se restringiu inicialmente à região do Cauaburis e era financiada pela Comunidade Econômica Européia. Apenas em 2000, após o início do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a região do Padauri foi incluída no roteiro das equipes de saúde. A criação do IBDS decorreu da decisão do Conselho Administrativo do IDS, na França, de não firmar convênio com a FUNASA, paralelamente a uma série de divergências internas entre os membros do grupo, culminando com o afastamento do próprio idealizador do projeto. Uma vez afastado o médico que estruturou e coordenava o trabalho, acirraram-se as divergências entre os profissionais das equipes responsáveis pelo atendimento nas duas regiões. Como esses profissionais também formavam o conselho administrativo do IBDS, os conflitos originaram uma crise na instituição que resultou no desligamento de vários outros profissionais.

Por trás da querela estavam as discrepantes condições de trabalho em cada região. No Padauri, a população local, com pequenas diferenças por aldeia, mantém uma economia de subsistência baseada em caça, pesca, coleta e agricultura, e vive em pequenos grupos que habitam casas comunais, os *xapono*. Esses grupos, que estão num processo de sedentarização mais recente, migraram da Venezuela, de *Aramamisi-ha*, provavelmente entre as décadas de 1950 e 1960 (Ramirez 1994). O acesso às aldeias é difícil e demorado<sup>58</sup>. Saindo da casa de apoio, leva um ou dois dias para a aldeia mais próxima, e quatro ou cinco para chegar até a mais distante. Os rios são pouco volumosos e bastante acidentados, o que impede a utilização de motores mais potentes. Os caminhos no interior da floresta são impraticáveis sem a companhia de um Yanomami que os conheça. O fato de haver pouquíssimos Yanomami na região que conseguiam se expressar bem em português tornava o trabalho ainda mais árduo.

Na região do Cauaburis, muitas pessoas falam bem o português, várias já moraram nas cidades da região. Grande parte da população jovem foi alfabetizada em português. Os adultos das famílias de lideranças possuem trabalhos fixos remunerados e uma parte expressiva da população explora recursos naturais a fim de produzir excedentes para comercialização. Em Maturacá, foi criada uma cooperativa em dezembro de 1998, a Associação Yanomami do Rio Cauaburis (AYRCA), para intermediar a comercialização desses produtos (Ricardo 2000: 359). Em virtude da adoção do catolicismo, os ritos funerários raramente são praticados. A maioria das famílias adotou o estilo de moradia regional, com casas de taipa completamente fechadas que mantêm o formato circular dos *xapono*. Em Maturacá e Ariabú, nem esse formato se manteve, e as casas estão dispersas ao redor de um agrupamento principal. No entorno da Missão,

<sup>57</sup> A coordenação das atividades de capacitação estava sob responsabilidade de um enfermeiro.

<sup>58</sup> O acesso é por via fluvial, mas nas aldeias Katakata, Xihõ e Hoaxi só se chega caminhando.

vivem cerca de mil Yanomami, segundo levantamento feito por mim em março de 2003. Havia vários Yanomami trabalhando como agentes de saúde e as condições de trabalho eram mais favoráveis inclusive no que diz respeito à infra-estrutura.

Para tornar clara a particularidade da situação, descreverei a região sob responsabilidade do IBDS e da SECOYA. Essa área tem 23 comunidades distribuídas entre os municípios de São Gabriel da Cachoeira, Santa Isabel do Rio Negro e Barcelos. Foi subdividida administrativamente em três regiões<sup>59</sup> – Cauaburis, Marauíá e Padauri – situadas no noroeste do estado do Amazonas, divisa com Roraima, na parte sul da Terra Indígena Yanomami<sup>60</sup>. Todos os grupos locais que visitei falam a língua Y, dialeto ocidental-sul (Ramirez 1994), e se autodenominam *Yanonam*<sup>TM</sup> ou *Yanomam*<sup>TM</sup>.

Apesar da relativa proximidade, as comunidades se originaram de fluxos migratórios distintos; possuem histórias e estados de contato com a sociedade envolvente diferentes. Os primeiros contatos amistosos se deram provavelmente na década de 1950. Até então, os grupos viviam se deslocando constantemente, alimentando-se dos produtos da coleta, da caça, da pesca e de pequenas roças espalhadas pela floresta. As comunidades do Padauri, em geral, ainda vivem distantes da população regional e mantêm seu modo de vida tradicional. Embora exista uma missão evangélica há cerca de trinta anos na região, seguem mantendo expedições de caça e coleta na floresta por longos períodos, cultivando uma rica variedade de bananas e vivendo com pouca dependência dos objetos e tecnologias dos brancos. No Marauíá, algumas comunidades próximas da cabeceira do rio vivem também semi-isoladas e são monolíngües, enquanto as que estão próximas da foz dependem economicamente das visitas à cidade mais próxima, Santa Isabel do Rio Negro. Há uma missão salesiana desde o início da década de 1960 no rio Marauíá, sem que grupos tenham se concentrado ao seu redor. Na região do Cauaburis, indivíduos de todas as comunidades freqüentam regularmente a cidade de São Gabriel da Cachoeira, onde estudam, trabalham ou servem no Exército, e todos os grupos estão completamente sedentarizados. Em Maturacá, existe uma missão salesiana há aproximadamente cinquenta anos e um pelotão de fronteira há cerca de 15. De todas as comunidades visitadas, é o local em que as transformações na organização sociocultural são mais evidentes.

O serviço de saúde está fisicamente estruturado a partir de três unidades de atendimento principais. A da região do Cauaburis fica entre as aldeias Maturacá e Ariabu, próxima à Missão Salesiana Nossa Senhora de Lourdes; na região do Marauíá localiza-se na aldeia *Pukimapi~wei*; e na região do Padauri construiu-se uma casa de apoio ao lado do Posto da Funai, no ponto em que o rio Padauri seria atravessado pela Perimetral Norte, e distante cerca de um dia de voadeira da aldeia mais próxima, *Waharupi~wei*. Excetuando-se três comunidades do Padauri, uma do Marauíá e outra do Cauaburis, há um posto de saúde em cada aldeia ou nas proximidades, a uma distância vencida em não mais de dez minutos de caminhada. A assistência é mantida por técnicos de enfermagem, e complementada e supervisionada por profissionais de nível superior. Todas as comunidades escolheram seus agentes de saúde, mas nem todos estão treinados para assumir a função.

Cada região possui um Conselho Local de Saúde. Esses conselhos foram idealizados como a base democrática para os Distritos Sanitários, e suas funções incluem

---

<sup>59</sup> Esses são os nomes dos principais rios de cada uma dessas regiões, de médio porte e tributários do Rio Negro.

<sup>60</sup> A Terra Indígena Yanomami foi homologada em 1992, e sua extensão é de 9.664.975 hectares (Ricardo 2000: 335).

acompanhar o planejamento, a execução e a avaliação dos serviços de saúde e subsidiar reuniões distritais e nacionais (Ministério da Saúde s.d.). Na prática, no entanto, os Conselhos Locais de Saúde são parcialmente efetivos, tema que retomaremos adiante.

Quando comecei a trabalhar, o coordenador da equipe de saúde queria que eu produzisse material didático para a formação dos agentes indígenas de saúde. Naquele momento iniciava-se a formação dos agentes de saúde do Padauri, enquanto no Cauaburis, os cursos de formação vinham acontecendo desde 1995. Após algumas conversas, repensamos a proposta de trabalho e decidimos que seria mais interessante traçar um perfil da área de abrangência do pólo-base do Padauri, de onde as informações chegavam desencontradas, para subsidiar um planejamento integrado da formação dos agentes de saúde. Queríamos possibilitar uma formação a um só tempo técnica, adaptada aos diversos contextos existentes nas aldeias, e política, tendo em vista o exercício da participação social.

A primeira questão com a qual me defrontei se relaciona com o caráter artesanal do trabalho antropológico. A expectativa do grupo era de que eu, de saída, atuasse direta e ativamente na formação dos agentes de saúde, o que não ocorreu. Em vez disso, problematizei, com o coordenador técnico, alguns aspectos do trabalho já em andamento. Estava interessada no aspecto da barreira lingüística, pois nenhum dos profissionais que trabalhavam na formação dos agentes de saúde eram fluentes na língua *Yanomam*<sup>TM</sup>. Pude acompanhar também o processo de alfabetização iniciado com os agentes de saúde do Padauri. Na época, apenas duas das sete comunidades, Castanho do Marari e Pahana, contavam com o trabalho regular dos agentes de saúde. Nas demais, as atividades eram incipientes ou não existiam sem a presença dos brancos.

Ao longo de dois meses e meio, visitamos seis *xapono* na região do Padauri e iniciei um levantamento sobre as práticas e prescrições relacionadas a gestação e parto com mulheres de Castanho do Marari. Na região do Cauaburis, passei cerca de um mês. Coletamos dados sobre o perfil nutricional das crianças das comunidades de Maiá e Serrinha, e visitamos as sete aldeias<sup>61</sup> da região. Paralelamente, tive oportunidade de acompanhar o atendimento de todas as categorias profissionais presentes na região: técnicos em enfermagem, odontólogo, médico, enfermeiros e agentes de saúde. Nos períodos em que permaneci na sede, pude observar o movimento dos Yanomami em São Gabriel da Cachoeira e a transferência dos doentes para outras instituições de saúde.

Em resumo, os problemas com que me deparei inicialmente foram: a) o fato de ser meu primeiro contato com os Yanomami, em uma área em que muitos deles eram monolíngües; b) as expectativas do grupo de que haveria uma contribuição imediata da antropóloga para a efetivação do serviço de assistência à saúde; c) o início da assessoria em meio a uma crise institucional, na qual o trabalho de grupo estava desestruturado e era difícil conseguir informações sobre as ações de saúde que os profissionais desempenhavam em área; e d) a posição entre investigação e intervenção necessária para viabilizar o fazer antropológico em saúde.

No segundo momento do trabalho, com a redistribuição dos atendimentos e as ações conjuntas do IBDS e da SECOYA, a cooperação interinstitucional se tornou um problema evidente. Concentrei a pesquisa de campo em assuntos relacionados com organização sociopolítica, cuidados de saúde tradicionais, xamanismo e alimentação. Permaneci um mês em Bicho-Açu, no baixo Marauíá, e quarenta dias em Maturacá, Ariabú e Nossa Senhora Auxiliadora, três aldeias contíguas à missão salesiana. Também

---

<sup>61</sup> Quando voltei em 2002, o pessoal de Serrinha havia se unido ao grupo do Maia, e uma das suas facções, constituído uma nova aldeia, Tamaquaré.

participei de uma viagem de dez dias às oito comunidades do rio Marauaiá. Somente no segundo semestre de 2002 consegui acompanhar algumas aulas dos cursos de formação.

A principal demanda da SECOYA para o rio Marauaiá se relacionava com um conflito que envolveu várias comunidades e a conseqüente mudança dos moradores de Irapajé e Bicho-Mirim para um local fora da Terra Indígena Yanomami. Diante de uma longa e delicada negociação entre os Yanomami envolvidos, a FUNAI, a prefeitura de Santa Isabel do Rio Negro e a SECOYA, esta solicitou uma intermediação para desestimular novos conflitos. Insisti que minha inserção no grupo se voltava à formação dos profissionais de saúde, e acabamos escolhendo Bicho-Açu, local de retorno dessas comunidades, para uma estada em campo.

Vale a pena ressaltar o tipo de interação que ocorreu freqüentemente com os profissionais de saúde. A pesquisa de campo englobava, além de um levantamento de dados nas comunidades, a análise do contexto dos atendimentos tanto no posto de saúde quanto domiciliares. Observação, perguntas, anotações e registros fotográficos eram meus procedimentos característicos. A condição de observadora, fundamental para uma abordagem antropológica, era interpretada pelos profissionais de saúde ora como a de fiscal, que deveria detectar falhas ou adequação da atuação profissional, ora como testemunha, nos casos em que o trabalho em grupo não era efetivo ou nas situações em que os usuários não colaboravam para viabilizar as ações propostas. Essa forma de entender meu papel dentro da equipe estava associada a dois pontos básicos. No caso dos agentes de saúde, fazê-los reproduzir a função técnica a despeito das hierarquias sociais locais a que estavam submetidos, superar as hostilidades entre as facções de seu grupo local e seguir as orientações dadas pelos outros profissionais de saúde. No caso dos usuários, convencê-los da importância das ações em saúde, por exemplo, manter o grupo no *xapono* para procedimentos de vacinação e busca ativa de malária, motivá-los para a construção de fossas e convencer os doentes a completar a terapia medicamentosa. Nessas situações, procurei tornar evidentes alguns aspectos culturais presentes que interferiam nas relações entre profissionais ou entre profissionais e usuários, mais que tomar partido de um ou outro ponto de vista.

Minha formação facilitou o entrosamento com os profissionais da equipe de saúde. Creio que ter me graduado na área biomédica, em nutrição, favoreceu a relação com os demais profissionais, visto que já experimentei o que é relativizar a biomedicina de uma perspectiva interna, epistemológica. Em outras palavras, reconheço que, depois de adquirir um conhecimento constituído e centrado no racionalismo científico, não é tão fácil perceber as limitações de amplitude desse olhar. Isso facilitou minha compreensão sobre os pontos de vista adotados pelos profissionais de saúde, especialmente no que dizia respeito à atuação dos agentes de saúde, tidos em certos momentos como preguiçosos e incompetentes.

Por outro lado, a relação antropóloga-informante com os Yanomami se beneficiou do fato de minha presença estar ligada à assistência sanitária. Os Yanomami vislumbravam com facilidade um espaço para questionamentos e reivindicações em nossas conversas, sem contar a possibilidade de adquirir *matohi pë* (objetos dos brancos), notória para quem os conhece. A receptividade aos temas que me interessavam era gratificante. Os momentos de interação com as pessoas da comunidade, somados à alegria e à descontração características do etos Yanomami, foram marcados, em grande parte, pelo prazer da convivência. Ao longo do tempo, as situações sedimentaram a visão das possibilidades e desafios impostos por um trabalho dessa natureza, cuja posição deve ser a de intervir ativamente no contexto pesquisado.



Discutirei a seguir os tópicos concernentes às intervenções em saúde que considero essenciais à prática da atenção diferenciada. Quero deixar claro que esses comentários pretendem contribuir para o ajuste das estratégias de ação no campo da saúde indígena, e não para desmerecê-las. Sem dúvida as estatísticas demográficas demonstram os resultados positivos dessa iniciativa. Após a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os coeficientes de mortalidade infantil e geral dos Yanomami se reduziram a menos da metade<sup>62</sup>, quando comparados aos registros da década anterior (Francisco e Oliveira 2003).

## **Formação de agentes indígenas de saúde**

Um das principais dificuldades que enfrentei foi alcançar um movimento integrado entre observação participante e as atividades de capacitação dos agentes de saúde. O processo de formação precisa ser alimentado com informações pertinentes a condições de saúde, técnicas de cura empregadas, lógica Yanomami sobre interpretação das doenças, papel social do *hekura* (xamã, também chamado *xapori*), uso dos remédios do posto como bens simbólicos, relações políticas intra e intergrupais, sazonalidade e prescrições alimentares, ritos e cuidados corporais, efeitos do modelo de saúde proposto sobre a organização social tradicional e papel do agente de saúde, entre outros. Para tanto, era preciso estar engajada no trabalho de campo, além de acompanhar e participar das atividades de formação.

Em nenhum momento, minha proposta foi assumir o encaminhamento dos cursos de capacitação. A idéia era colaborar por meio da sensibilização dos profissionais de saúde aos aspectos socioculturais relevantes para os assuntos tratados nos cursos, assim como auxiliar na formatação das aulas. Durante as atividades, estimulava os agentes de saúde a falar, com o intuito de explorar detalhadamente as noções socioculturais relacionadas ao tópico dado, e assim favorecer a troca de conhecimentos. Até porque a formação não deveria estar centrada em cursos, mas no treinamento contínuo em serviço, no qual todos profissionais de saúde atuariam. Para alcançar essa meta, é essencial uma parceria no trabalho entre o coordenador de formação e o antropólogo, a fim de que as informações coletadas no campo possam contribuir para a formação e esta, por sua vez, refletir-se na pesquisa de campo. Mas essa sincronia no trabalho não foi regra e, em várias ocasiões, a pesquisa de campo correu paralela à formação dos agentes de saúde. Também não foi possível conciliar o cronograma de atividades dos diversos profissionais da equipe nessa direção, o que reforçou o paralelismo.

O modelo de atenção diferenciada prevê que as ações básicas em saúde sejam prestadas por representantes da comunidade<sup>63</sup> treinados e supervisionados pelos demais profissionais da equipe de saúde. Além de facilitar a participação da comunidade na gestão da assistência sanitária, a capacitação de agentes de saúde visa à transferência de conhecimentos e recursos tecnológicos da biomedicina para as populações indígenas (FUNASA 2002). Entretanto não é isso o que acontece na prática, pois os agentes de saúde Yanomami atuam como auxiliares desqualificados perante os demais profissionais da equipe, sem qualquer poder de decisão sobre o encaminhamento das ações preventivas e curativas. Essa situação é consequência tanto da precariedade da sua formação quanto da tendência de hierarquização dos profissionais que compõem a equipe de saúde.

---

<sup>62</sup> Esse dado corresponde a aproximadamente 45% da população Yanomami do Brasil.

<sup>63</sup> Conforme as diretrizes da Conferência de Alma Ata, de 1978.

A situação da educação formal dos Yanomami escolhidos como agentes de saúde é heterogênea. A maioria não completou o ensino fundamental, requisito necessário para o reconhecimento da formação como agentes de saúde<sup>64</sup>. Mesmo os que concluíram o ensino médio ocupam uma posição marginal na equipe de saúde, que segue a lógica de mais *status* agregado ao maior nível de escolaridade. A legitimação profissional baseada quase exclusivamente no ensino formal desqualifica o trabalho dos agentes de saúde perante o sistema de saúde e, por extensão, perante a própria comunidade. A maior contradição do modelo é não levar em conta que, nas sociedades de tradição oral, o aprendizado prático associado a um bom desempenho é suficiente para legitimar os papéis sociais. A capacitação dos agentes de saúde, contudo, está atrelada a um sistema educacional ao qual esses Yanomami não têm acesso<sup>65</sup>. Não bastasse esse fato, o intercâmbio de conhecimentos nos cursos de formação é irregular e o treinamento em serviço inexistente. Com um processo de formação fragmentado, os agentes de saúde não desenvolvem condições para assumir a responsabilidade sobre a atenção primária, isto é, realizar os atendimentos no posto de saúde conforme o previsto. Assim, a posição atualmente reservada aos agentes de saúde contribui para tornar as comunidades dependentes dos medicamentos e dos recursos da biomedicina.

## **Articulação entre medicina yanomami e biomedicina**

Considero que o objetivo subjacente ao trabalho do antropólogo em um contexto de assistência à saúde é promover a articulação da biomedicina aos cuidados de saúde e terapias tradicionais. Esse trabalho inclui facilitar o intercâmbio de conhecimentos entre profissionais de saúde e comunidade, dominar em profundidade os saberes do grupo em questão para sugerir mudanças nas estratégias de ação e fazer uma avaliação crítica do papel político dos agentes de saúde em suas comunidades. É fundamental, portanto, atentar para a necessidade de tempo implicada na pesquisa qualitativa. Apesar de algumas ferramentas metodológicas - tais como inquéritos e dados objetivos das condições sociais e de saúde - possibilitarem conclusões a curto prazo, o fenômeno cultural se torna globalmente apreensível somente diante dos imponderáveis da vida sócio.

Em termos de cuidados de saúde, a cultura yanomami se caracteriza pelo predomínio de práticas xamânicas. No subgrupo *Yanomam*<sup>TM</sup>, o *hekura* é o único curador reconhecido como especialista. O uso da farmacopéia nativa é comum, porém não é considerado conhecimento especializado e está distribuído de forma heterogênea entre as pessoas das comunidades. O sistema xamânico yanomami informa a concepção de mundo que atravessa e aglutina os vários domínios culturais: organização social, política, história, religião, arte, medicina, senso comum etc. Não se restringe às atividades do xamã, mas se refere a um sistema cosmológico original que tem na práxis xamânica sua expressão simbólica (Langdon 1996). Conseqüentemente, nas representações dos Yanomami sobre saúde e doença, o aspecto biológico não existe como uma dimensão alheia ao corpo social ou à relação cosmológica que o sujeito mantém com o universo e o mundo dos ancestrais. Os estados mórbidos são interpretados como conseqüência de malefícios humanos ou predação sobrenatural, explicados pela lógica vindicatória, que

---

<sup>64</sup> A lei 10.507 ampara apenas os agentes comunitários de saúde, porém, na falta de regulamentação específica, tem sido usada como parâmetro para a categoria dos agentes indígenas de saúde.

<sup>65</sup> Apenas no rio Marauaiá funciona um projeto de educação diferenciada que cobre todas as comunidades.

também fundamenta a construção de alteridades entre os grupos locais (Albert 1985). Independente da interpretação do mal, a noção elementar é de que os agentes causais acionam princípios patogênicos ou objetos patogênicos sobrenaturais, visíveis apenas aos xamãs.

Nos períodos em que permaneci com os Yanomami, os fenômenos mórbidos foram classificados recorrentemente em três categorias principais: *xawara a wayu*, *hër—kë wayu* e *hekura kë pë*, que podem ser traduzidas de forma genérica, respectivamente, por epidemias, feitiçaria e ataque de espíritos. As *xawara* se caracterizam por atingir ao mesmo tempo um grande número de pessoas do grupo e a febre é um sinal quase sempre presente. Por exemplo, malária, “catarro”, sarampo, conjuntivites e certos tipos de diarreia. As epidemias são explicadas tradicionalmente como efeito da fumaça produzida pela queima de substâncias na feitiçaria e reelaborada, após o contato com os brancos, como o efeito propagado pelos objetos e resíduos dos brancos quando incinerados (Albert 1992). *Hër—* é o modo como são chamadas as substâncias mágicas. Em princípio, qualquer pessoa adulta pode utilizá-las na feitiçaria comum e seus efeitos provocam mal-estares agudos ou crônicos. São associadas a doenças reumáticas, desconfortos e dores osteoarticulares sem diagnóstico biomédico, pruridos e doenças de pele e mal-estares difusos. A feitiçaria guerreira condena as vítimas a uma morte repentina. Os *hekura* são seres espirituais vindos de comunidades inimigas para caçar a alma dos Yanomami, enviados por xamãs de grupos distantes ou deslocando-se por agência própria. É um estado mórbido que acomete sujeitos isoladamente. O principal sintoma é a modificação da consciência, descrita como um falar desconexo, falar demais coisas sem sentido ou ficar “espantado”. Os Yanomami que já foram vítimas de ataque de espíritos os descrevem como um esquecimento dos familiares, em que conseguem apenas ver sombras de seres desconhecidos e escutar suas conversas. São raros os casos em que as doenças não são imputadas à ação maléfica de outro ser humano.

Na maioria das comunidades, o tratamento com remédios do posto é adjuvante da terapia xamânica, e o abandono dos tratamentos com os profissionais de saúde é freqüente, pois os doentes avaliam o resultado global do tratamento em relação à sua própria concepção da doença, o que, via de regra, é interpretado pelos profissionais de saúde como dificuldade de entender o que está sendo dito sobre sua genuína condição de saúde. Para os profissionais de saúde, as doenças são entidades discretas e universais, objetivamente identificáveis segundo critérios fundamentados em teorias científicas. Assim, o raciocínio unidimensional da biomedicina esbarra no saber tridimensional dos Yanomami (Chiappino 1995).

A maneira de elaborar o diagnóstico é um aspecto decisivo que vem se somar às interpretações divergentes dos doentes e dos profissionais do posto de saúde. Os xamãs conseguem diagnosticar e aliviar os sintomas de qualquer tipo de mal-estar, mas é consenso que nem todo tipo de estado mórbido pode ser curado por eles. O diagnóstico, contudo, sempre envolve uma negociação equilibrada com o doente e/ou familiares. O doente tem total autonomia na busca da cura, e um xamã nunca procura os doentes para curá-los. Na verdade, a enfermidade é nomeada e distinguida na arena familiar. Quando não é percebida como um estado grave, o xamã muitas vezes nem é consultado. O oposto acontece nos atendimentos do posto de saúde, em que a decisão diagnóstica cabe exclusivamente ao profissional de saúde, o qual muitas vezes precisa atuar de forma coercitiva para conseguir a adesão ao tratamento. Esse aspecto da relação curador-doente é muito importante, pois espelha a diferença entre olhar a doença como evento patológico, o que é inconcebível para os Yanomami, e percebê-la como processo

existencial, o que determina as atitudes dos Yanomami, mas raramente a dos profissionais do posto de saúde diante dos doentes.

Existem vários outros detalhes que saltam aos olhos quando se analisa a articulação entre a medicina tradicional e a biomedicina além do que citei. Entre todas as dificuldades que devem ser transpostas para prestar assistência levando em conta as noções dos Yanomami sobre saúde e doença, a mais importante, no meu entender, é a visão que os profissionais de saúde nutrem sobre as práticas de cura tradicionais. Como descrito, os fenômenos mórbidos são explicados pelos Yanomami através de mecanismos sobrenaturais, os quais podem ser manipulados pelos *hekura* no restabelecimento da saúde. Além disso, o uso do paricá<sup>66</sup> é condição *sine qua non* para um xamã incorporar seus espíritos auxiliares, aos quais é atribuído o poder de curar. E é necessário cheirar muito paricá para interagir com os espíritos que povoam o universo. Do ponto de vista dos brancos, geralmente, as sessões de paricá são consideradas uma forma de drogadicção e percebidas como comportamento moralmente negativo, o que deprecia, de certa forma, a medicina tradicional. O xamanismo é tolerado pelos profissionais de saúde, entretanto as terapias xamânicas tendem a ser avaliadas como misticismo ineficaz, cujos resultados, quando constatados, são tidos como efeito psicossomático. A atitude de relativizar a biomedicina não é comum.

### **Sensibilização dos profissionais de saúde**

O respeito às diferenças culturais se torna um assunto polêmico quando estão em jogo valores éticos. Algumas crianças Yanomami são desprezadas logo após o parto e asfíxiadas, se a mãe e/ou o pai não a desejam. Durante os dois meses que permaneci na região do Padauri, foram noticiados dois casos de infanticídio, e uma jovem gestante comentou com um agente de saúde que não ficaria com a criança quando nascesse. Os profissionais de saúde envolvidos nessas circunstâncias tentaram convencer a comunidade, diretamente ou por intermédio dos agentes de saúde, a abandonar essa prática. Porém o fato de os Yanomami não desejarem criar os filhos que geram está fora do campo de atuação dos profissionais de saúde. Do meu ponto de vista, as ações em saúde não devem ser direcionadas para mudar comportamentos por questões éticas, ainda que tais comportamentos repercutam nos índices de mortalidade. O infanticídio não acarreta sanção moral para os pais, já que “[u]m recém-nascido não pertence a categoria nenhuma antes de ser amamentado, é algo em transição, não é um ser completo, e pode ser morto se tiver alguma deformação congênita evidente ou se os pais não o quiserem” (Lizot 1976: 16). , Contudo, segundo o código moral da cultura ocidental, o infanticídio é uma forma de assassinato e, portanto, inaceitável. A conduta de educar os Yanomami para criar seus filhos é análoga a, por exemplo, persuadi-los a evitar conflitos para prevenir agravos ou mortes incidentais. Se for assim, a medicina estará sendo exercida como instrumento de controle individual (Taussig 1980).

### **Flexibilização das ações em saúde**

---

<sup>66</sup> Mistura de espécies vegetais pulverizadas, com forte efeito psicoativo, soprada nas narinas do xamã por uma outra pessoa através de uma taquara. Dependendo das espécies constituintes, os *Yanomam*<sup>TM</sup> a chamam *epena* ou *pararo*.

Ainda a respeito da articulação entre biomedicina e xamanismo, acredito que é papel do antropólogo indicar os detalhes da estrutura de atendimento que devem ser flexibilizados para facilitar a adaptação à cultura particular, e assim promover a atenção diferenciada. Considerando as diferentes condições de vida e perfis epidemiológicos, bem como as variações na infra-estrutura disponível e as condições de trabalho em cada área, é fundamental que o planejamento do roteiro de viagens dos profissionais de saúde não seja normatizado segundo necessidades burocrático-administrativas das instituições envolvidas. A orientação do pessoal que coordena os serviços de saúde, principalmente no nível central (DSEIs, FUNASA), tende à padronização, enquanto a adaptação de estratégias de ação precisa ser particularizada. Acredito que a forma de trabalho adotada pela primeira equipe de saúde que atuou no Padauri - implementar ações de saúde à medida que os problemas eram constatados, em vez de simplesmente cumprir uma agenda de ações estabelecidas em instâncias centrais, é a forma mais adequada de estruturar a atenção diferenciada.

A adequação das ações em saúde à realidade local é outro ponto importante. A tendência à medicalização foi mais evidente em grupos locais que vivem praticamente isolados da sociedade envolvente. Tive oportunidade de acompanhar alguns procedimentos na área de saúde da mulher e, paralelamente, realizar entrevistas semi-estruturadas com as mulheres da comunidade de Castanho do Marari. Com base nos relatos, concluí haver baixa incidência de problemas relacionados à gestação e ao parto. De onze mulheres apenas uma teve de ser auxiliada pelo *xapori* na hora do parto, o qual evoluiu com sucesso. Como elas vivem de maneira tradicional, as técnicas culturais<sup>67</sup> relacionadas ao parto e ao puerpério permitem um bom desempenho para a maioria das mulheres.

Ao comparar o período que envolve gestação e parto entre as Yanomami e as mulheres ocidentais, percebe-se uma diferença fundamental. Para as mulheres ocidentais, esse período inspira muitos cuidados médicos. A gestação precisa ser acompanhada por uma série de exames bioquímicos e por imagens. Frequentemente, a mulher diminui suas atividades para evitar o aborto. O parto é hospitalizado e muitas vezes requer cirurgia, pois a cadeia de eventos fisiológicos necessários à expulsão do bebê não se completa. Com base nessa realidade, transferiu-se o programa de pré-natal existente em postos de saúde urbanos para as Yanomami, porém resta saber de que forma esse acompanhamento poderia ser simplificado.

Com o acesso à biomedicina facilitado, merece reflexão também o quanto a noção de prevenção de doenças pode ser incompatível com o viver tradicional. Para os *Yanomam*<sup>TM</sup>, nem todas as doenças podem ser prevenidas, já que todos são vulneráveis a agressões xamânicas<sup>68</sup>. Existem, contudo, comportamentos adequados para as pessoas da comunidade e para os xamãs, orientados pelas concepções citadas. Os cuidados são principalmente observar os ritos e prescrições relacionados aos momentos liminares da vida social – nascimento, menarca, iniciação xamânica e morte – e evitar ausentar-se do *xapono* no cair da tarde. Esse momento do dia é particularmente perigoso porque os *hekura* costumam atacar e as pessoas preferem usar substâncias mágicas nesse horário.

---

<sup>67</sup> Refiro-me aqui às técnicas corporais envolvidas na construção do corpo feminino (o sentar, o caminhar, o transporte de cargas, os ritos corporais etc.) e aos cuidados específicos nas fases de gestação, parto e puerpério.

<sup>68</sup> Uma vez que esse tipo de estado mórbido resulta de uma provocação ou de um acerto de contas entre espíritos inimigos, os *Yanomam*<sup>TM</sup> mais fortes e bonitos são o alvo predileto, independentemente de seu comportamento.

Contudo, em razão da alta incidência de doenças infecto-contagiosas nessas populações, as ações de prevenção preconizadas se relacionam basicamente com os padrões de higiene. A higiene dos brancos – corpo, roupas, moradia e utensílios domésticos assépticos – não tem paralelo entre os Yanomami, especialmente nas comunidades que vivem de forma tradicional. Nestas, as casas são isoladas do ambiente da floresta de modo tênue, compartilhadas com cães e aves, e não têm água encanada. As crianças brincam livremente pelo chão e os adultos desenvolvem trabalhos físicos durante quase todo o dia. As mãos e a boca são instrumentos para todo o tipo de atividade e, nessas condições, dificilmente se mantêm limpos, bem como o próprio corpo, apesar dos costumeiros três ou quatro banhos diários. A reação dos profissionais de saúde que chegam a essas comunidades, na maior parte das vezes, é tentar transmitir noções de higiene enfatizando a “sujeira”, sem levar em conta a enorme distância que separa o estilo de vida ocidental do modo de vida dos Yanomami. As intervenções no sentido das práticas higiênicas acabam assumindo um papel de controle, disciplinador<sup>69</sup>, com repercussões sobre virtualmente todas as atividades rotineiras na subsistência da comunidade. Em contrapartida, os aspectos ecológicos, como o fato de a baixa densidade populacional associada à mobilidade espacial ser um fator de proteção contra agentes infecciosos (Buchillet 1998), são desconsiderados.

Esses exemplos ilustram a necessidade de relativizar conhecimentos técnicos, mas a flexibilização das ações em saúde não termina aí. Acompanhar as passagens dos profissionais de saúde pela área me possibilitou perceber a necessidade de reprogramar o tempo previsto em cada local, de forma a instituir o treinamento prático dos agentes de saúde e discutir previamente as ações propostas com a comunidade.

## **Controle social**

Vinculada a uma instituição com interesses definidos, tive de assumir uma posição clara em face dos conflitos de interesse entre os Yanomami e os profissionais de saúde decorrentes do trabalho de assistência à saúde. É delicado fazer parte de um grupo e, ao mesmo tempo, argumentar a favor da posição adversária. Talvez a melhor forma de expressar minha posição tenha sido não aceitar trabalhar para neutralizar certas práticas culturais que contradizem os preceitos da biomedicina. Ao contrário, procurei sempre ressaltar o papel complementar da biomedicina em relação aos cuidados de saúde tradicionais.

A organização dos vários grupos locais no exercício do controle social é bastante diversificada em relação à sua efetividade. Acompanhei a 1ª Reunião do Conselho Local de Saúde Yanomami do Padauri, uma reunião das comunidades do Cauaburis sobre o turismo na região e a 1ª Reunião do Conselho Regional de Saúde Yanomami do Amazonas.

No Cauaburis, as reuniões do Conselho Local são bastante organizadas, há participação massiva da população de várias aldeias que o integram e a estrutura tem sido utilizada para avaliar os serviços prestados. Falta participação do representante do Conselho Local no planejamento e no acompanhamento do serviço. Aparentemente, existe aí uma dificuldade de ambas as partes: da coordenação, por antever um caráter eminentemente técnico nas etapas anteriores à oferta dos serviços; do representante, por valorizar em demasia o poder angariado com as críticas ao que não deu certo e assumir o

---

<sup>69</sup> Podemos pensar aqui na sujeição constante dos corpos, tal como descrita por Foucault (1987).

papel de defensor de seu povo perante os brancos, sem considerar sua parcela de responsabilidade no próprio andamento do trabalho.

Na região do Padauri, embora as visitas sistemáticas da equipe de saúde tenham começado no início de 2000, a primeira reunião do Conselho Local ocorreu apenas em outubro de 2001. Para a maioria das lideranças, não estava clara a importância desse evento, uma vez que eles costumam negociar suas necessidades de atendimento a cada visita e diretamente com os profissionais de saúde. É evidente que, nessa área, a visão dos Yanomami é parcial, em razão do pouco envolvimento com a sociedade mais ampla. Eles tinham uma noção muito vaga acerca da complexidade do serviço de saúde a que têm acesso.

Em geral, ao mesmo tempo em que os agentes de saúde estão em posição de inferioridade na equipe multidisciplinar, a participação indígena se reduz à condição de usuários do sistema de saúde (Erthal 2003). A lacuna existente entre a idéia de atenção diferenciada e o que tem sido de fato a assistência em áreas indígenas permite entrever o poder hegemônico da biomedicina. A hierarquização baseada no conhecimento especializado das patologias extrapola a relação médico-paciente, imiscuindo-se nas relações entre os profissionais de saúde e a comunidade. Se considerarmos que não existem posturas políticas semelhantes nas relações intra e intercomunitárias<sup>70</sup>, o fato se torna ainda mais evidente.

Enfim, para a prática da atenção diferenciada é oportuna a crítica de Frankenberg (1995) aos antropólogos que lidam com doentes com AIDS, pois os profissionais que prestam assistência primária em comunidades indígenas também precisam aprender a agir com os outros e não sobre os outros, como tem sido sua postura.

## Considerações finais

Para que possa desempenhar seu papel de facilitador do contato intercultural, o antropólogo deve trabalhar em duas direções: de um lado, ter um olhar analítico e crítico sobre as repercussões decorrentes da introdução desse modelo de assistência sanitária em uma realidade sociocultural particular; do outro, aprofundar a pesquisa sobre os cuidados de saúde, as práticas de cura tradicionais, a dinâmica sociopolítica e outros temas ressaltados em cada contexto, visando a uma atenção diferenciada à saúde. Assim, as tarefas de formar agentes de saúde, estimular o controle social e sensibilizar profissionais de saúde podem se somar ao objetivo de adaptar a intervenção biomédica à cultura do grupo.

Creio que as intervenções do antropólogo não ocorrem isoladas dos momentos de investigação. A idéia é a de um etnografar constante. Para isso é fundamental que o antropólogo transite livremente entre as posições e funções que ocupa, à diferença das posições bem definidas dos profissionais técnicos e administrativos. Esse amplo espaço de atuação é necessário para que ele possa estar em constante estranhamento/elaboração etnográfica em relação ao meio intercultural no qual está inserido, tanto em área indígena

---

<sup>70</sup> Em cada grupo local existem duas ou mais lideranças de facção, bons oradores e com autoridade moral para coordenar as atividades do grupo (Lizot 1988). A única posição hierárquica na sociedade *Yanomam*<sup>TM</sup> é a do sogro em relação a seu genro (Albert 1992), que não diz respeito à chefia do grupo.

quanto em atividades urbanas. Embora não tenha sido fácil, penso ter alcançado uma boa medida entre distanciamento da realidade e entrosamento com o grupo. As reflexões aqui apresentadas são o resultado desse esforço. Entretanto, para alcançar as mudanças necessárias à prática da atenção diferenciada, é indispensável agregar as experiências e os conhecimentos de todas as pessoas envolvidas na assistência à saúde, especialmente os usuários.

### Referências bibliográficas

ALBERT, Bruce

(1985) "Temps du sang, temps des cendres. Représentation de la maladie, espace politique et système rituel chez les Yanomami du sud-est (Amazonie brésilienne)". Tese de doutorado. Université de Paris X, Nanterre.

(1992) "A fumaça do metal: história e representações do contato entre os Yanomami". Em: *Anuário Antropológico/89*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.

BUCHILLET, Dominique

(1998) "Levantamento e avaliação de projetos de saúde em Áreas Indígenas da Amazônia Legal. Subsídios aos Projetos Demonstrativos para Populações Indígenas/PDPI, no âmbito do Programa Integrado de Proteção às Terras e Populações Indígenas da Amazônia Legal/PPTAL".

CHIAPPINO, Jean

(1995) "El coloso Yanomami frente al 'Nuevo' El Dorado. Representaciones del ser humano y del medio ambiente: un invite de la participación comunitaria al desarrollo regional. Amazonas modernidad en Tradición". Caracas: GTZ/CAIAH-SADA.

ERTHAL, Regina. M. de Carvalho

(2003) "A formação do agente de saúde indígena Tikuna no Alto Solimões: uma avaliação crítica". Em: COIMBRA C. A. (org.). *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Abrasco, 2003.

FOUCAULT, Michel \

(1987) *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

FRANCISCO, Deise Alves; OLIVEIRA, Cláudio Esteves

(2003) "Resumo das atividades de assistência à saúde Yanomami". URIHI Boa Vista.

FRANKENBERG, Ronald

(1995) "Learning from AIDS: the future of anthropology". Em: AHMED, A. & SHORE, C. N. (eds.). *The future of anthropology: its relevance to the contemporary world*. Londres: Athlone, 1995.



FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

(2002) *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde.

LANGDON, Esther Jean Matheson

(1996) "Introdução". Em: LANGDON, E. J. M. (org.). *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Ed. da UFSC.

LIZOT, Jacques

(1976) *O círculo dos fogos: feitos e ditos dos índios Yanomami*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(s/d) "Conselho de Saúde: guia de referência para a sua criação e organização". Brasília: Coronário.

RAMIREZ, Henry

(1994) "Le parler Yanomam<sup>TM</sup> des Xamatauteri". Tese de Doutorado. Marseille : Université de Provence.

RICARDO, Carlos Alberto (org.).

(2000) *Povos indígenas no Brasil, 1996-2000*. São Paulo: Instituto Sócio-Ambiental.

TAUSSIG, Michel

(1980) "Reification and the consciousness of the patient", *Social Science and Medicine*, 14B: 3-13.

### ***Intermedialidade:***

## **a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde<sup>71</sup>**

### **Apresentação**

Este trabalho aborda um encontro colonial que vem ocorrendo na Amazônia entre atores sociais do Norte – antropólogos, médicos e ONGs de saúde – e povos indígenas. O campo epistemológico em que ocorre o encontro se relaciona com saúde, doença e morte. A abordagem trata o colonialismo não como um processo homogêneo, e sim como um processo irregular que engloba diversos projetos e atores colonizadores, embora tenha impacto hegemônico. A questão é saber o que acontece nessa zona de contato em que a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena interagem na prática e na teoria. O espaço construído será analisado como sendo a intermedialidade.

### **Antecedentes**

A Amazônia vem constituindo um foco de turbulência econômica, política e cultural desde o início da colonização. Esse processo começou com a busca do “El Dorado” pelos exploradores e atravessou o Ciclo da Borracha no fim do século XIX. No rastro dos aventureiros colonizadores, missionários e cientistas vêm invadindo as aldeias indígenas há séculos. Na década de 1960, iniciou-se uma exploração contínua de madeira, minérios, petróleo e outros recursos naturais, e hoje novos atores, como os representantes de Organizações Não Governamentais (ONGs), em especial nas áreas do meio ambiente e da saúde, entram em cena. A atividade biomédica participa do projeto colonial com intervenções entre povos indígenas efetuadas por missionários, projetos de saúde, organizações de caridade e ONGs. A história colonial da América Latina remonta a mais de quinhentos anos e não há razão para, neste artigo, distinguir história colonial e pós-colonial. O imperialismo e o colonialismo continuam sendo elementos constituintes do mundo moderno e de seus conflitos.

Acredita-se que os povos indígenas tenham habitado a Amazônia durante milênios antes da chegada dos europeus ao Novo Mundo. Com o tráfico de escravos, vieram os africanos. Várias

---

<sup>71</sup> Traduzido do inglês por John Moon.

correntes humanas migratórias ao longo da história transformaram a Amazônia em uma mescla de pessoas de todas as partes do mundo. Áreas da floresta foram desmatadas para a agricultura, a pecuária etc., e novos projetos de desenvolvimento alteraram ainda mais profundamente a ecologia amazônica e, conseqüentemente, as vidas e a subsistência daqueles que têm a região como lar. As alterações mais dramáticas em nome do “desenvolvimento” começaram na década de 1970, e a devastação ecológica ainda permanece. Seus atores são organizações transnacionais como o Banco Mundial (BIRD) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que fazem empréstimos para enormes projetos de investimento, tanto particulares quanto governamentais, na Amazônia. Os projetos de modernização também foram implantados pelos governos latino-americanos, muitos dos quais, na época, eram ditatoriais. Estavam engajados em planos macroeconômicos, apresentados como via para a modernização e o desenvolvimento da Amazônia e de seus habitantes (Maybury-Lewis 1984; Moran 1981; Schmink e Wood 1992). Há exemplos de projetos agrícolas dirigidos pelos governos nacionais na Amazônia ou por empresas transnacionais que exerceram impacto negativo sobre os povos indígenas (Coimbra e outros 2002; Santos e outros 1997). A destruição da floresta tropical, em razão da ação ou intervenção de diversas empresas transnacionais e nacionais, é uma ameaça às condições de sobrevivência e saúde dos povos amazônicos, e não há quaisquer sinais que indiquem uma diminuição de seu ritmo. Essa descrição faz parte da estrutura histórica e cultural específica a respeito da qual este artigo foi escrito: o discurso colonial.

## **Povos indígenas e cidadania**

Como parte do empreendimento colonial, os povos indígenas no Peru e no Brasil recebem status especial em seus respectivos estados nacionais. São tratados por meio de leis e regulamentos especiais relacionados à territorialidade e ao acesso aos recursos naturais. Em *Indigenismo, políticas étnicas no Brasil*, Alcida Ramos mostra que: “a insistência legal no status dos índios de relativamente incapazes deriva da noção de que os índios necessitam de proteção por serem mal-equipados para a vivência na sociedade moderna” (1998: 18). O livro oferece um pano de fundo para o campo político das relações entre índios e a sociedade envolvente, e revela como sua cultura tem sido negociada e construída ao longo da história. Noções como resistência, poder e identidade são centrais nesse processo. Há diversos outros livros e artigos que abordam e discutem a saúde indígena no Brasil (Coimbra 1998; Coimbra e outros 2002; Langdon 1991, 2001a). Nas publicações antropológicas mais antigas e nos projetos governamentais de saúde ou desenvolvimento, a “cultura indígena” é descrita muitas vezes como algo estático. Os índios estão se tornando estereótipo de determinadas crenças, comportamentos e “tradições”. Seus conhecimentos via de regra são considerados menos valiosos que o conhecimento científico, e tidos como um obstáculo ao desenvolvimento (Apffel Marglin 1990; Brunelli 1989; Maybury-Lewis 1984; Hobart 1993). Mas no Brasil há também uma nova discussão acerca da saúde dos índios e do papel dos antropólogos (Langdon 2001b). Cada um dos países na Amazônia com populações indígenas possui suas próprias políticas em relação às instituições de saúde. No Peru, não há uma política especial de saúde indígena como aquela encontrada no Brasil: os povos indígenas são incluídos na Política Nacional do Ministério da Saúde. Quando os Shipibo-Conibo e outros povos indígenas, em caso de doenças ou acidentes, desejam a terapia biomédica, enfrentam uma situação bastante complexa. Em primeiro lugar, há uma barreira cultural/lingüística entre eles e a sociedade mestiça peruana de fala espanhola. De acordo com muitas narrativas presentes em meu próprio trabalho de campo e com minha experiência

cotidiana de morar na região e visitar os centros de saúde, os Shipibo-Conibo muitas vezes são maltratados nos hospitais e centros de saúde (Alcock 2002; Follér 1990). A fluência limitada no espanhol não raro dificulta a obtenção de um tratamento adequado. Há também obstáculos geográficos, pois habitam locais distantes e não dispõem de fácil acesso aos centros de saúde ou hospitais. E, por fim, há o fator econômico: geralmente não têm condições de custear o tratamento e os remédios necessários (Alcock 2002; Follér 1990; González 2002).

A atual situação de saúde dos povos indígenas amazônicos precisa ser entendida no contexto sociopolítico (Briceño-León e outros 2000), isto é, a longa história de violência, genocídio, etnocídio, escravidão e discriminação que tem enfraquecido e diminuído as populações (Coimbra e outros 2002; Hemming 1978; Maybury-Lewis 1984; Varese 1973). Relatórios de saúde da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desenham um quadro sombrio das condições de saúde dos povos indígenas na América Latina (PAHO 1997). No estudo extremamente bem documentado *The Xavante in transition. Health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil*, a situação precária dos Xavante em termos de saúde é ilustrada em termos históricos e de acordo com as mudanças nas condições de interação com a sociedade brasileira ao redor (Coimbra e outros 2002). Este e outros estudos epidemiológicos e antropológicos realizados entre os povos indígenas salientam que sua situação de saúde é comparável – quando não pior – àquela das populações do Terceiro Mundo em geral. O panorama de doenças é sempre dominado pela diarreia, pela malária e por patologias tais como a tuberculose e outras doenças geralmente agravadas pelas precárias condições nutricionais dos povos indígenas em transição, uma vez que a nutrição adequada é importante para o sistema imunológico. Portanto, a baixa resistência às patologias e a situação socioeconômica devem ser consideradas em qualquer discussão das condições de vida dos povos indígenas.

## **Discurso colonial, zona de contato e intermedicalidade**

Este artigo focaliza atividades de saúde realizadas por acadêmicos e outras instituições ocidentais, com o intuito de examinar atividades em uma zona de contato na qual atores com um determinado objetivo adentram um local habitado por povos indígenas. “Zona de contato” é um conceito preconizado por Mary Louise Pratt (1992) e se refere “ao espaço dos encontros coloniais, o espaço no qual povos antes separados pela geografia e história entram em contato e estabelecem relações contínuas, sendo que estas geralmente envolvem condições de coação, desigualdade radical e conflito intratável” (: 6). Segundo a autora, “zona de contato” é também sinônimo de “fronteira colonial”, porém o termo “contato” é preferível, pois enfatiza a forma em que os sujeitos são constituídos em suas relações uns com os outros. Uma zona de contato tem a ver com as relações entre colonizadores e colonizados, assim como suas interações, entendimentos e práticas, os quais frequentemente acontecem de acordo com relações de poder radicalmente assimétricas (: 7). O encontro faz parte de um discurso colonial, a interface construída entre atores sociais distantes de seus locais de origem e povos indígenas. Uma recente contribuição que utiliza o mesmo conceito é *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*, de Bruce Albert e Alcida Ramos (2000). Os autores invertem as “situações de contato” entre povos indígenas e “o homem branco” no norte da Amazônia, e enfocam a construção do colonizador e da etnohistória dos europeus por parte dos índios. O espaço em que questões culturais são negociadas entre o colonizador e o colonizado é considerado ambivalente. Não pretendo reduzir o encontro a uma dicotomia entre conhecimento científico e conhecimento “tradicional” ou local, mas visualizá-lo embutido em um discurso colonial com aspectos de

poder, resistência e fusão de conhecimentos. De acordo com Albert e Ramos, as influências também vêm dos atores indígenas e não apenas, como tem sido a opinião corrente, dos europeus, muitas vezes vistos como ativadores de uma etnomedicina destituída de sua própria agência. Em sintonia com a abordagem desses autores, essa visão será questionada e reinterpretada com exemplos do meu próprio trabalho de campo.

Como parte do projeto colonial, cientistas visitaram povos indígenas e seus territórios com o intuito de coletar conhecimentos, informações e materiais para levar de volta à Europa, da mesma forma que os missionários tinham a tarefa de ensinar e disseminar o cristianismo. Alguns cientistas orientados para a ação e representantes de ONGs consideram-se engajados tanto no “aprendizado” quanto no “ensino” entre os povos indígenas, o que muitas vezes equivale à cientificização dos conhecimentos e práticas que já existem na aldeia. Muitas vezes, existe uma ambição de “cooperar” com o objeto que está sendo estudado, mas surge a pergunta: essa cooperação ocorre segundo os termos de quem? Os ativistas das ONGs geralmente estão profundamente engajados em uma questão, sobre a qual constroem uma meta comum com os povos locais. Por exemplo, ONGs ambientais agindo contra a destruição da floresta ou a construção de represas em territórios indígenas.

Os atores dos movimentos sociais internacionais carregam consigo conhecimentos de “peritos” e se valem de redes eletrônicas para disseminar globalmente as informações e mobilizar mais ativistas em busca de uma determinada meta. Intervêm na vida das pessoas e constroem uma zona de contato por intermédio das comunicações e atividades que empreendem (Albert e Ramos 2000; Apffel Marglin 1990; Greene 1998; Nandy e Visnathan 1990; Pigg 1992). Nos estudos supracitados, pode-se ver que os povos indígenas estão longe da passividade; ao contrário, possuem agência social. Novas formas de conhecimento e estruturas sociais evoluem no discurso colonial. Os seres humanos são agentes sociais que interagem e se comunicam em um fluxo contínuo dentro de seu próprio grupo lingüístico e com visitantes do mundo externo; em ambos os casos, acontece uma redefinição das identidades coletivas. Os ocidentais que interagem com grupos indígenas pertencem a instituições e organizações detentoras de agência social, mas constituem um grupo heterogêneo com ambições, motivações e influências variadas. Os povos indígenas, por sua vez, são igualmente heterogêneos nas suas formas de pensar e suas capacidades intelectuais e motivações também variam. Interessa conhecer a identidade coletiva quando se discute zona de contato e intermedialidade, ou seja, as tradições e heranças que constituem identidades nacionais e étnicas, e não os indivíduos.

Sem cair na armadilha de uma dicotomia simplificada, gostaria de investigar o encontro entre antropólogos médicos e profissionais de saúde, na condição de representantes de uma identidade ocidental polifônica, e povos indígenas, também possuidores de tradições e identidades polifônicas. A zona de contato específica, construída em um determinado loco – o encontro entre diferentes tradições médicas –, será definida e interpretada como *intermedialidade*, termo que Shane Greene (1998) emprega em um artigo sobre o xamanismo Aguaruna para examinar o desenvolvimento médico e demonstrar a importante agência social exercida pelos profissionais nativos. A intermedialidade, de acordo com Greene, é um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica (: 641). No discurso colonial do poder, dominação e conhecimentos médicos legítimos são enfatizados. A intermedialidade faz parte do discurso em que ocorrem confrontos, oposições e conflitos. Isto significa que atores externos, com uma história de quinhentos anos de intervenção na Amazônia, ainda agem assim por diversas razões relacionadas às questões de saúde: para melhorar a situação de saúde, salvar vidas ou almas, explorar recursos naturais ou coletar conhecimentos acerca de plantas e de outros itens de interesse.

Será enfatizado que os povos da Amazônia habitam a região há muitos milênios e dispõem de conhecimentos que os ocidentais consideram destituídos de agência. Os conhecimentos médicos dos povos indígenas têm sido tratados como algo não médico. A prática e a experiência da sobrevivência, o xamanismo, o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das parteiras têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos. Os “visitantes” ou *agências sociais* fazem parte de uma missão colonial de desenvolvimento, modernização e civilização. No encontro, constrói-se uma “experiência dialógica” em que ambos os lados são observadores e observados, mas apenas um deles tem o direito de fazer interpretações. Nas zonas de contato, há uma assimetria política com caráter e poder econômico específicos inerentes ao discurso. Historicamente, o poder colonizador detém o direito preferencial de interpretação e o direito de decidir qual o conhecimento deve ser valorizado. A história colonial consiste de três estágios: conquista territorial, inclusão de economias periféricas em um comércio dominado pelo centro e forte influência sobre religião e cultura e o uso da ciência (leia-se, biomedicina) como arma. No discurso colonial, a agência é criada, mas não se considera que o sujeito possua uma ideologia homogênea. Em vez disso, uma multidão de vozes forma uma resistência e molda o discurso.

Este trabalho questiona o modo como as instituições ocidentais, representadas por antropólogos médicos e ONGs da área de saúde presentes em uma comunidade, influenciam o processo pelo qual as pessoas escolhem como tratar de questões de saúde e doença. A transformação dos conhecimentos e da identidade dos atores também faz parte do estudo, ou seja, o que é construído no discurso colonial durante o trabalho de campo antropológico entre diversas formas de pensar, simplificado em categorias científicas e indígenas, com respeito ao conhecimento relacionado à saúde e à doença. A biomedicina continua sendo a forma preeminente de conhecimentos médicos e de ideologia, e isso não apenas por sua eficácia curativa, mas também como resultado da expansão da economia global de mercado. Há muitos estudos que revelam a aceitação entusiasmada da biomedicina por parte de povos indígenas (Brunelli 1989; Follér 1990; Langdon 1991). Isto não pode ser explicado apenas por argumentos como eficácia terapêutica ou tecnologia superior da biomedicina. Também precisamos levar em consideração fatores ideológicos e ecológicos. Há muitos registros na literatura sobre o exercício de poder por parte de missionários visando a converter os povos indígenas em bons cristãos. Outros exemplos são os de funcionários públicos que, além de extraírem o conhecimento local, agem em nome da saúde pública e tratam o povo com grande brutalidade e crueldade (Apffel Marglin 1990; Brunelli 1989).

### **Trabalho de campo entre os Shipibo-Conibo e o papel do antropólogo médico**

Começarei com alguns exemplos do trabalho de campo entre os Shipibo-Conibo na Amazônia peruana, realizado no decorrer de diversas visitas entre 1985 e 1996. Oferecerei reflexões e reinterpretções acerca de situações observadas que se encaixam no espaço da intermedialidade. O trabalho de campo foi feito em aldeias indígenas por meio de observação participante, entrevistas e participação na vida cotidiana. O uso que os Shipibo-Conibo fazem das plantas medicinais e suas escolhas para o tratamento de males e sofrimento têm sido o enfoque de diversos de meus trabalhos (Follér 1990, 2001, 2002; Follér e Garrett 1996). A abordagem pode ser descrita como ecologia humana ou antropologia médica, e trata da forma como os Shipibo-Conibo percebem a doença e dos conhecimentos médicos que possuem. A construção do conhecimento entre povos indígenas no encontro entre biomedicina e etnomedicina tem sido de

grande interesse para mim (Follér 1990; Follér e Garrett 1996). A idéia de que o conhecimento biomédico é construído em um contexto cultural, especificamente o europeu, e está embutido na tradição cultural ocidental é de importância vital para minha abordagem. Na literatura antropológica, o conhecimento tradicional indígena muitas vezes é sinônimo de etnomedicina ou conhecimento “local”. Evitar esses conceitos é difícil. Embora transmitam uma conotação enganosa, já que todo conhecimento é construído localmente e em relação a uma tradição cultural ou identidade étnica, os termos etnomedicina, conhecimento local e conhecimento tradicional indígena serão usados, neste texto, como sinônimos.

A abordagem reflexiva, diferente de meu próprio material de campo, pode ser considerada um meta-estudo em que o conceito de intermedicalidade é aplicado. Também tenho exemplos dos *Medecins Sans Frontières* (MSF) e suas atividades nas comunidades Shipibo-Conibo. Esse encontro será avaliado como uma zona de contato entre agências sociais que interagem e negociam sobre qual tipo de conhecimentos médicos deve ser aplicado ao lidar com as doenças e com a morte.

Os Shipibo-Conibo vivem na região ocidental da floresta tropical na Amazônia peruana há milhares de anos. Os primeiros registros da etnohistória de Ucayali datam de 1557, quando Juan Salinas de Loyola, em sua busca do El Dorado, descreveu o povo que encontrou (Follér 1990). Hoje, povoadamentos são encontrados ao longo do rio Ucayali central e seus afluentes, e às margens dos lagos fluviais. Atualmente, a biomedicina ocidental é parte importante da realidade Shipibo-Conibo, e uma zona de contato que será reinterpretada com o conceito de intermedicalidade como ferramenta analítica.

## **Exemplos da intermedicalidade de meu trabalho de campo entre os Shipibo-Conibo**

Produtos biomédicos, tais como medicamentos, muitas vezes são usados em novos contextos ou em tradições culturais que não as européias. Já vi diversas vezes xamãs Shipibo-Conibo acrescentarem comprimidos de aspirina aos remédios caseiros elaborados com plantas medicinais. A motivação do xamã é de que tal ação torne a cura mais potente. Essa forma de utilizar artefatos ou produtos de diversas tradições culturais é um fenômeno bastante comum (Follér 1990: 123). A aspirina se originou na sociedade ocidental e é um produto comercial de alta tecnologia. Sua inclusão na tradição médica Shipibo-Conibo, composta basicamente de produtos coletados na natureza, torna-se possível em razão da simultaneidade de modos de vida. Visões de mundo e práticas de diferentes tradições estão inseridas em um processo de interação. Os povos indígenas têm acesso à aspirina e outros produtos farmacêuticos nas suas aldeias, nas farmácias das cidades vizinhas e por meio de ocidentais que os trazem consigo. Graças a essa simultaneidade de tradições epistemológicas diferentes, os povos indígenas incorporam artefatos e idéias de terras longínquas, exercendo agência social e construindo algo novo.

Outros exemplos de intermedicalidade ocorrem quando os Shipibo-Conibo se referem a etiologias estranhas aos conhecimentos biomédicos, como *cupia*, *chantonami*, *iravan*, *maya nihue* e *yuto*, para explicar as origens das doenças (Follér 1990: 113-6). A origem de uma doença entre os povos indígenas pode muitas vezes ser encontrada na relação entre o ser humano enfermo e partes da natureza, tais como plantas e árvores, ou mesmo fenômenos como ventos ou remoinhos de água. Hoje em dia, esse tipo de explicação pode ser estendido e incluir fenômenos “modernos”, como aviões passando no céu e gases de combustão – contaminações. Estas são novas explicações para a construção das doenças que afligem as pessoas. Os Shipibo-Conibo

agem como agentes sociais, autopercebendo-se como pessoas modernas com acesso ao conhecimento de seus antepassados, bem como a tradições que tiveram origem em lugares muito longínquos. Cabe salientar que há simultaneidade no encontro em que os artefatos derivados de discursos médicos distintos são repentinamente misturados à forma que as pessoas têm de administrar práticas de saúde, preparar remédios caseiros e explicar doenças ou sintomas difíceis.

Mistura semelhante de epistemologias foi encontrada durante a epidemia de cólera que afetou os Shipibo-Conibo em 1991 (Follér e Garrett 1996). Ocorreram novas construções de intermedicalidade em que pessoas usaram conhecimentos de diferentes contextos, por exemplo plantas medicinais e produtos farmacêuticos, para resolver os efeitos dramáticos e letais dos surtos de cólera. Diferentes preparações de plantas medicinais foram misturadas com medicamentos que continham fármacos antimicrobianos ou outros produtos farmacêuticos. Decocções de muitos remédios vegetais foram usadas para prevenir a desidratação nos pacientes com cólera e alguns preparos especiais foram chamados de “antibióticos”. Isso pode ser interpretado como uma indigenização da biomedicina.

A mistura das fronteiras epistemológicas se torna ainda mais evidente quando os jovens Shipibo-Conibo saem de suas aldeias natais – unidades um tanto isoladas, geralmente uniétnicas, já que os povos indígenas e mestiços vivem em comunidades localizadas lado a lado, ao longo do rio. Podem se deslocar para uma cidade próxima na região, tal como Yarina ou Pucallpa, mas também viajam até Lima, capital do país, a centenas de quilômetros dos seus lares. Saem em busca de educação superior ou de emprego. As mulheres Shipibo vendem seu artesanato em Lima e no exterior. Muitas vezes, tornam-se mais conscientes de suas tradições e da identidade Shipibo-Conibo quando vão aos centros urbanos e interagem com a sociedade mestiça peruana. Alguns passam a ser o que poderíamos denominar xamãs “modernos”. Há um estudo sobre uma mulher xamã que se mudou para Lima e cujos clientes geralmente são da classe média de Lima (González 2002). Algumas aldeias Shipibo-Conibo com transporte via barcos e estradas para as cidades próximas têm sido invadidas por ONGs e projetos de desenvolvimento. Há uma aldeia Shipibo-Conibo cujos produtos de artesanato atraem turistas nacionais e internacionais. Algumas comunidades mantêm projetos de ecoturismo usando seus próprios meios. Um dos jovens me relatou que seu grupo estava cultivando *ayahuasca*, alucinógeno usado nas sessões de xamanismo, em um novo contexto. Havia iniciado sessões de *ayahuasca* com turistas norte-americanos que visitam a Amazônia em busca de experiências exóticas. Outro fenômeno semelhante é a troca de experiências entre “curanderos” da Argentina que visitam os Shipibo no Peru e vice-versa, compartilhando assim conhecimentos e experiências relacionados às sessões com *ayahuasca*.

Estes exemplos revelam um espaço em que pessoas vindas de regiões distantes criam uma zona de contato, por meio de intervenções biomédicas, trabalho de campo antropológico ou variedades de turismo, que resultam na criação de algo novo. O conhecimento tradicional indígena permanece aberto a novas influências e, de acordo com uma perspectiva “de baixo para cima”, influencia a forma ocidental de pensar. Mas qual é o papel do antropólogo médico – neste caso, eu própria – na construção da intermedicalidade? Atuar como agência social representando a biomedicina? Os Shipibo me pedem aspirinas e dinheiro para comprar injeções antibióticas, e me vêem como representante do discurso biomédico. Minha presença no campo também constitui um exemplo de agência social.

## **A construção da intermedicalidade entre *Médecins Sans Frontières* (MSF) e os Shipibo-Conibo**



As equipes do MSF trabalham para promover a saúde em comunidades indígenas e mestiças na Amazônia peruana, criando uma zona de contato particular entre agências sociais. O MSF é uma ONG transnacional, parte de uma agência internacional coletiva de saúde, que tem como meta combater a pobreza, promover a saúde, salvar vidas e elevar os padrões de vida por intermédio de programas de educação em saúde e, assim, promover o “progresso”. O MSF trabalha sob o lema de um “imperativo humanitário” que inclui um senso de humanidade e responsabilidade transnacional para apoiar pessoas com necessidades agudas. Eles se vêem como representantes de pessoas excluídas e sua missão é proteger a dignidade dessas pessoas. A unidade do MSF em cada país age independentemente da organização internacional.

Mencionarei alguns exemplos de negociação entre os médicos do MSF e pessoas que vivem em aldeias Shipibo-Conibo. A equipe do MSF age de acordo com a racionalidade de uma tradição eurocêntrica de aplicar conhecimentos da biomedicina, higiene e saneamento segundo princípios científicos. Muitos indígenas morreram de cólera e, nas entrevistas que fiz, foi recorrente escutar a reclamação de que a equipe MSF não havia respeitado as formas costumeiras de cuidar dos mortos. Sentiram-se humilhados e violados. Esses conflitos foram descritos repetidamente pela equipe do MSF e também pelos Shipibo-Conibo, e exemplificam algo entendido como uma “barreira cultural” por vários médicos e enfermeiros do MSF, e que interpreto como um evento intermédico.

No decorrer dos anos, o MSF, especialmente as unidades francesas e espanholas, tiveram diversos escritórios na província de Ucayali em cidades como Pucallpa, Yarina e Contamana. Cooperei com eles e os entrevistei. O MSF-França desenvolveu seu projeto entre os Shipibo-Conibo de 1994 a junho de 2001. Um relatório do projeto “Aspectos sociais, econômicos e culturais de saúde: mulheres vivíparas. Experiências em Ucayali, Peru”, feito pelo sociólogo britânico Glyn Alcock, empregado pelo MSF-França em Pucallpa, descreve a missão do MSF de promover uma vida mais saudável entre os pobres. Ele acompanhou a equipe médica nas aldeias de setembro de 1999 a junho de 2001. Médicos e enfermeiros franceses e quatro Shipibo – dois homens e duas mulheres – formaram a equipe médica. Os Shipibo funcionavam como assistentes de saúde (*promotores de salud*) ou seja, pessoas com um certo grau de instrução na saúde biomédica. Os assistentes de saúde Shipibo mediavam o trabalho com as pessoas nas comunidades, em particular como tradutores, já que muitos Shipibo, especialmente mulheres, não falam espanhol. Tiveram de funcionar como ponte entre diferentes formas de abordar questões relacionadas à saúde e à doença, toda vez que médicos e enfermeiros do MSF sugeriam terapias e diagnósticos. Meu principal interesse de pesquisa foi o papel dos Shipibo como agentes sociais, pois pretendia descobrir o que as atividades empreendidas por eles significavam para a criação da intermedialidade.

Durante o trabalho de campo em junho 2001, um pequeno questionário foi distribuído entre 21 *promotores de salud* que participaram de um curso sobre a promoção da saúde realizado pelo MSF em Pucallpa. À pergunta se eram mestiços ou indígenas, homens ou mulheres, o grupo respondeu: cinco mulheres e onze homens Shipibo e duas mulheres e três homens mestiços. O mesmo questionário foi entregue a seis profissionais de saúde Shipibo-Conibo da Aplicación de Medicina Tradicional (Ametra), uma organização que venho acompanhando há mais de dez anos (Follér 1989, 1990).

Ametra é um projeto local de saúde que iniciou suas atividades em 1982, com apoio do sindicato dos Shipibo-Conibo que vivem ao longo do rio Ucayali e seus afluentes, e que visa a cooperação entre xamãs Shipibo-Conibo, praticantes tradicionais, trabalhadores de saúde Shipibo-Conibo e profissionais e pesquisadores suecos e peruanos. Trata-se de um projeto de

saúde local que vem recebendo apoio sueco há mais de uma década, com o objetivo de fortalecer a identidade Shipibo-Conibo e seus conhecimentos sobre saúde e plantas medicinais. Descrevi essa organização em um trabalho anterior (Follér 1989, 1990; Follér e Garrett 1996). Nesse pequeno estudo, não encontrei qualquer divisão étnica. Os profissionais Shipibo não tinham preferência pelos conhecimentos médicos indígenas e os mestiços não preferiam os conhecimentos e produtos biomédicos, tal como podia ser esperado. A divisão ocorreu em *promotores de salud* que trabalhavam com o MSF, organização que opera inserida no discurso biomédico. Muitos destes tinham uma atitude negativa em relação aos conhecimentos médicos indígenas. Em geral, tendiam a preferir conhecimentos biomédicos. Os *promotores* da Ametra, com sua meta de apoiar o que é denominado medicina “tradicional” Shipibo-Conibo, apoio econômico e humano de uma ONG sueca e “perfil étnico” distinto, entusiasmavam-se mais com conceitos como preservação do conhecimento tradicional indígena e do patrimônio cultural. Isso pode ser parcialmente interpretado como resultado de uma postura pragmática, em que os aspectos e a ideologia do poder são centrais. Aparentemente, os *promotores* do MSF pensam que aquele que, em determinada situação “dá seu emprego e salário” é aquele cujo conhecimento é mais apropriado para a situação, o que é visto não como oportunismo, e sim como estratégia de sobrevivência.

Com base em outras entrevistas com médicos e enfermeiros das equipes do MSF, as seguintes informações podem ser extraídas: a) operam de acordo com o lema humanitário supracitado; b) expressam a suposição de que o mundo é desigual e que sua missão é trabalhar com pobres e excluídos, e salvar vidas; e c) enfatizam sua auto-imagem de profissionais com conhecimentos e perícia na medicina científica e saúde pública. São prioridades: vacinações e cuidados com crianças, saúde preventiva incluindo saúde reprodutiva, higiene e a criação do que denominam farmácias comunais (*botequines comunales*). “A existência de uma farmácia comunal constitui um elemento-chave para facilitar o acesso a tratamento médico moderno, pois é encontrada na comunidade – ela é a proprietária – e é administrada por aldeões treinados” (Alcock 2002: 76). Isso ilustra a “crença” avassaladora que as equipes do MSF têm na biomedicina e nos medicamentos. Há forte tendência para uma abordagem que medicaliza os problemas sociais. Em muitos aspectos, o MSF difere das organizações missionárias e caridosas, mas sua forte crença no discurso biomédico é a mesma. Possuem uma idéia de desenvolvimento calcada na biomedicina como ferramenta para ajudar os povos indígenas a se tornarem modernos. Estão conscientes da situação socioeconômica marginalizada do povo com que trabalham. Alcock menciona as limitações econômicas que encontraram, nas quais os pacientes precisavam pagar pelos medicamentos. “Os aldeões consideram os preços dos medicamentos e o tratamento médico como estando fora do seu alcance” (: 74). No relatório, de acordo com a equipe do MSF, “barreiras culturais” são os principais obstáculos que impedem as pessoas, especialmente mulheres, de visitar os centros de saúde quando o MSF chega para fazer consultas.

As equipes do MSF são *pishtacos*, estrangeiros, geralmente norte-americanos ou europeus, que, segundo as narrativas orais dos povos indígenas, encontram-se nos Andes e na região de terras baixas. Diz-se que extraem gordura humana de pessoas locais para usá-la como óleo em carros e para outras necessidades técnicas. Essas narrativas, amplamente disseminadas, são discutidas quando os Shipibo-Conibo e os mestiços se reúnem. Muitas vezes, as histórias são contadas com voz abafada, mais pelas mulheres Shipibo que pelos homens. Dizia-se, por exemplo, que um médico MSF roubava bebês, e que os instrumentos usados pelos médicos eram usados para sugar a gordura ou o sangue das pessoas. Também ouvi histórias como essas narradas por médicos e enfermeiros do MSF acusados de serem *pishtacos* (Follér e Garrett 1996).

O MSF-Espanha saiu da região de Ucayali em razão de problemas de comunicação, de acusações de serem *pishtacos*, e de barreiras culturais em geral. Em seu relatório, Alcock escreve:

No decorrer do projeto, foi possível cultivar relacionamentos baseados em confiança na maioria das comunidades. Isso facilita muito o trabalho, pois encoraja uma participação mais ampla e a colaboração em atividades de apoio, superando assim alguns dos obstáculos que impedem seu desenvolvimento. Como consequência, em algumas comunidades foi observada uma mudança de atitude em relação às suas próprias iniciativas em encontrar soluções para alguns de seus problemas e dificuldades, não apenas na questão de saúde, mas também em outras áreas de suas vidas cotidianas” (2002: 77).

Esta é uma interpretação. Outra opinião me foi relatada pela diretora do MSF em Pucallpa. Ela disse que estavam trabalhando com comunidades receptivas, já que haviam sido expulsos das comunidades que rejeitavam sua presença. Não é fácil, para um ocidental, compreender um fenômeno como a crença em *pishtacos*. Não há um conceito correspondente em nossa visão de mundo. Interpretado de acordo com o discurso colonial, contudo, o conceito pode ser visto como resistência aos conhecimentos biomédicos que vêm de cima.

Antropólogos médicos e ONGs como o MSF asseveram possuir uma intenção honesta de entender pessoas com uma forma diferente de viver. Quando o assunto é levantado, a palavra mais usada, em entrevistas com o MSF, é *respeito*: “Nós respeitamos as suas tradições”. Em uma entrevista com a diretora do MSF, uma médica francesa, um sociólogo e um homem Shipibo, no escritório do MSF em Pucallpa, foi repetidamente enfatizado: “Falamos sobre plantas medicinais, e temos respeito e sabemos que as pessoas escolhem o curandeiro em primeiro lugar, mesmo quando há um *botequín* na comunidade”; “temos de respeitar o fato de que eles visitam o curandeiro primeiro”; “cada pessoa tem sua crença e temos de respeitar isso, mas não creio na bruxaria, embora ela exista na África e em outros lugares”. Minha interpretação é de que, ao mencionar “respeito”, querem dizer: “Temos de deixá-los usar as suas plantas medicinais e diversas decocções”. Essa parte da etnomedicina, compreendida e aceita pela equipe do MSF, torna-se cientificizada. Trata-se de um exemplo da inclusão de uma parte do conhecimento tradicional indígena em um ramo da ciência chamado etnofarmacologia. As plantas medicinais são analisadas e testadas em laboratórios para ver se possuem componentes químicos ativos. Mas em relação às sessões de xamanismo, a equipe do MSF confessa que elas vão além de seu entendimento profissional. Como a diretora disse, “é algo que temos de aceitar, mas se uma criança está morrendo, é difícil respeitar”. O pessoal do MSF se vê como negociador de terapias em um diálogo com uma pessoa doente que precisa de cuidados médicos. Havia também suspeitas acerca dos motivos pelos quais os Shipibo aceitavam cuidados de saúde biomédica, e comentou-se que “as pessoas aceitam os remédios quando são de graça”. Também discuti com os médicos do MSF a motivação dos povos indígenas em não aceitar o seu tratamento. Esta pode ser interpretada como decorrente do medo e da ansiedade, pois têm os médicos como *pishtacos*. Há também muitas histórias sobre a ansiedade dos povos indígenas na hora de ir ao hospital, o que, naturalmente, tem muitas causas. Durante meu trabalho de campo, encontrei muitos casos de Shipibo que tiveram a experiência de parentes que foram ao hospital e jamais voltaram.

## **O discurso colonial e a intermedicalidade**

Os exemplos supracitados tentam interpretar o que acontece em uma situação de intermedicalidade. No discurso colonial, a transformação e reconfiguração do conhecimento e da

identidade ocorrem como resultado do encontro entre visitantes ocidentais e pessoas que vivem na Amazônia. Na história colonial, o retrato dos homens europeus os mostra ajudando os “nativos”, de acordo com os ideais do Iluminismo e em nome da biomedicina. A descrição hoje mudou, com novos tipos de visitantes, tais como antropólogos médicos e ativistas de ONGs, mas o encontro permanece inserido no mesmo discurso, e a negociação do conhecimento e da identidade ainda estão presentes. Em nome do “desenvolvimento”, novas agências sociais do hemisfério norte agem de acordo com um esforço de tornar o mundo um lugar mais equitativo. Tanto a medicina científica quanto a educação ocidental e a religião cristã integram o discurso colonial. O mundo social é construído por meio do discurso que usa a cultura, a identidade e o conhecimento como uma “barreira” para a melhoria das condições de saúde dos povos indígenas. Esses conceitos precisam ser esclarecidos no sentido de como fundamentam as explicações das falhas na comunicação com o outro.

Gostaria de frisar que o dilema colonial ainda perdura. Os antropólogos, desde os tempos coloniais, estão conscientes da ambivalência de seu papel. A alegada colaboração da Antropologia com os governos coloniais e a cumplicidade mais ampla com o empreendimento imperialista têm sido debatidas extensivamente. Esse dilema colonial é discutido, por exemplo, por Talal Asad em *Anthropologia e o encontro colonial* (1973), em que salienta e reflete sobre o papel de poder que os antropólogos desempenham. Stacy Pigg (1992) oferece outra valiosa ponderação acerca da reação, resistência e renegociação de pessoas no Nepal quando projetos de desenvolvimento são introduzidos. Outras contribuições que avaliam o dilema colonial são os artigos presentes em *Dominando conhecimento: desenvolvimento, cultura e resistência* (Apffel Marglin 1990), os quais abordam o desenvolvimento de um ponto de vista epistemológico. Seus autores examinam como o conhecimento biomédico ocidental extrai conhecimentos locais, os quais, em muitos casos, pareciam funcionar bem e exerciam papel relevante nos lugares em que eram aplicados.

Outra discussão sobre intervenção e conhecimento antropológicos é apresentada por Kirsten Hastrup e Peter Elsass (1990), em que argumentam que a intervenção é incompatível com a antropologia porque significa sair dos limites da profissão antropológica e entrar em um discurso “essencialmente moral” que envolve escolhas de interesses que não podem ser legitimados etnograficamente..

Levantou-se ainda a questão do papel de atores ocidentais que carregam consigo o poder, a ideologia, o conhecimento e a perícia embutidos em um campo discursivo. No discurso pós colonial, a universalidade e, em alguns casos, a validade do conhecimento biomédico são questionadas. Em vez disso, o conhecimento médico é discutido e interpretado como algo localmente construído e culturalmente delimitado. Portanto, os conhecimentos médicos, valores e terapias dos povos indígenas são considerados habilidades transmitidas de geração para geração, que se alteram com o tempo, característicos do local em que se originam e, portanto, impossíveis de serem simplesmente negados.

## Conclusões

Tanto na prática quanto na teoria há sobreposição mútua dos conhecimentos médicos construídos nas variadas tradições, embora permaneçam limites e distinções, uma vez que cada corpo de conhecimentos se origina de um discurso diferente. Esses sistemas de conhecimento podem se adaptar mutuamente, competir ou interagir de várias formas – em dependência das estruturas de poder e resistência em jogo, resultando em um processo de reconstrução de conhecimentos. Há

um fluxo de conhecimento entre os discursos biomédicos e etnomédicos. A intermedicalidade significa que existe um elo pelo menos entre dois discursos de conhecimento. Às vezes, o papel do antropólogo médico é aproximar visões de mundo diferentes, neste caso a biomedicina e a etnomedicina, para articular o que emerge em uma zona de contato. O espaço *intermédico* é o novo discurso construído entre as tradições médicas anteriores.

Em um discurso colonial, a biomedicina e o conhecimento tradicional indígena são examinados de acordo com os mesmos pressupostos. O contexto cultural e histórico em que os conhecimentos médicos foram produzidos devem ser levados em consideração. O antropólogo médico age no ponto em que os discursos de conhecimento se sobrepõem. Na discussão sobre como o trabalho dos acadêmicos afeta o que acontece em campo, Mark Hobart afirma: “De fato, há o risco das suas publicações se tornarem parte do processo de hegemonia, aquilo que ostensivamente buscavam inicialmente criticar” (1993: 13). Essa perspectiva de poder-e-conhecimento deve ser incluída na discussão da intermedicalidade, se quisermos entender plenamente as escolhas das pessoas.

O colonialismo europeu teve enormes conseqüências para a ordem mundial atual. O processo acontece há quinhentos anos e, segundo o discurso colonial, existe uma zona de contato entre europeus e povos indígenas. Quando examinamos o encontro médico, a intermedicalidade constrói novas formas de hibridismo. Isso significa que as fronteiras entre as duas epistemologias, biomedicina e medicina indígena, têm se misturado. Com base em meu trabalho de campo, podem ser tiradas algumas conclusões. As respostas das entrevistas com trabalhadores de saúde, Shipibo-Conibo e mestiços, em contato com o MSF ou a Ametra, mostram a construção de uma epistemologia pragmática relacionada à questão da melhor terapia a ser empregada: biomédica ou etnomédica. Isso por si só, contudo, não explica a escolha. No ponto de contato, cria-se também uma zona de estratégia política ou uma resistência ao poder/conhecimento hegemônico, representado aqui como biomedicina. Constrói-se um espaço de intermedicalidade em que uma medicina híbrida continua a existir com características tanto da etnomedicina quanto da biomedicina. Membros dos povos indígenas selecionam e inventam soluções valendo-se dos conhecimentos e materiais da agência ocidental. Os elementos da biomedicina são incluídos, de acordo com as fontes, porque fortalecem a etnomedicina, o que constitui um processo de indigenização. Este meio-termo envolve tanto aceitar o conhecimento biomédico quanto resistir ao poder e à ideologia da biomedicina. As narrativas *pishtaco* podem ser englobadas nessa interpretação, pois distinguem *medicina* biomédica e *poder* biomédico. Esse novo conhecimento-e-prática sobrevive e passa por transformações contínuas. Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório.

Outra conclusão se refere à forma como antropólogos médicos e profissionais de saúde em geral interferem no que acontece em campo. O antropólogo médico influencia as escolhas feitas pelos povos indígenas não como indivíduo, mas sim como agência social ou representante do projeto de desenvolvimento ocidental, utilizado como ferramenta analítica para entender a construção de um espaço como a intermedicalidade.

O antropólogo médico deve ser, portanto, reflexivo e consciente da responsabilidade envolvida na discussão teórica de determinados conceitos, modelos e discursos, bem como nas explicações e recomendações para instituições de saúde ocidental que possuem um conhecimento incompleto acerca dos efeitos colaterais da sua prática e de seu impacto a curto e longo prazos sobre as condições de saúde dos povos indígenas.

Minha própria experiência sugere que o conhecimento tradicional indígena é dinâmico, criativo e sujeito a influências. A negociação e a renegociação com as diferentes formas do

conhecimento médico vêm acontecendo constantemente. As fronteiras entre diferentes formas de conhecimentos médicos são fluídas e produzem ativamente um espaço de intermedialidade. Isso não significa dizer que se trata de um espaço homogêneo. A medicina híbrida é um processo variável, contínuo e dinâmico no tempo.

## Referências bibliográficas

ALBERT, B.; Ramos A. R. (ed.)

(2000) *Pacificando o Branco: cosmologias do contato no Norte-Amazônico*. São Paulo: Editora UNESP.

ALCOCK, G.

(2002) “Social, economic and cultural aspects of health: women of childbearing age”. Experiences from the Ucayali, Peru. Investigative Report. Pucallpa: Médecins Sans Frontières.

APFFEL MARGLIN, F.

(1990) “Smallpox in two systems of knowledge. Em: Apffel Marglin, F.; Marglin S. A. (org.). *Dominating knowledge, development, culture, and resistance*. Oxford: Clarendon Press.

ASAD, T.

(1973) *Anthropology and the colonial encounter*. London: Ithaca Press.

BRICEÑO-LEON, R.; MINAYO, M. C.S.; COIMBRA JR. C. E.A. (eds.)

(2000) *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

BRUNELLI, G.

(1989) *De los Espiritus a los microbios, salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonía brasileña*. Quito: Abya-Yala/MLAL, Colección 500 años, nº 10.

COIMBRA Jr. C. E. A.

(1998) “Minorias étnico-raciales, desigualdad y salud: Consideraciones teóricas preliminares”. Em: Bronfman, M. N.; Castro, R. (org.). *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. Mexico City: Edamex, p. 151-61.

COIMBRA Jr., C. E. A.; FLOWERS, N. M. SALZANO, F. M.; SANTOS, R. V.

(2002) *The Xavante in transition: health, ecology and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

FOLLÉR, M. A.

(1989) “A new approach to community health among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru”, *Social Science and Medicine*, vol. 28: 8: 819-28.

(1990) *Environmental changes and human health: a study among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru*. Göteborg: Göteborg University

(2001) "Interactions between global processes and local health problems: a human ecology approach to health among Indigenous groups in the Amazon", *Cadernos de Saúde Pública*, Suplemento, vol. 17: 115-26.

(2002) "Del conocimiento local y científico al conocimiento situado e híbrido – ejemplos de los shipibo-conibo del este peruano. Em: *Anales, Nueva Época* n. 5, Göteborg: Instituto Iberoamericano, Universidad de Göteborg.

FOLLÉR, M. A.; GARRETT, M. J.

(1996) "Modernization, health and local knowledge: the case of the Cholera Epidemic among the Shipibo-Conibo in Eastern Peru. Em: Follér, M. A.; Hansson, L. O. (org.). : *Human ecology and health: adaptation to a changing world*. Göteborg: Göteborg University, p. 135-66.

GONZÁLEZ, M. E.

(2002) "In search for curing knowledge: the story of a female health specialist among the Shipibo-Conibo in the Peruvian Amazon", *Anales, Nueva Época* n. 5. Göteborg: Instituto Iberoamericano, Universidad de Göteborg.

GREENE, S.

(1998) "The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru", *American Ethnologist* 25 (4): 634-58.

HASTRUP, K.; ELSASS, P.

(1990) "Anthropological advocacy: a contradiction in terms?", *Current Anthropology* 31: 301-11, 387-90.

HEMMING, J.

(1978) *Red Gold: the conquest of the Brazilian Indians*. Cambridge: Harvard University Press.

HOBART, M. (ed.)

(1993) *An anthropological critique of development: the growth of ignorance*. London: Routledge.

LANGDON, E. J.

(1991) "Percepção e utilização da medicina ocidental dos Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia". Em: Buchillet, D. (org.). *Medicina tradicional e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: Museu Goeldi.

(2001a) "A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?" Em: Grupioni, B. D. L.; Vidal, L. B.; Fischmann, R. (eds.). *Povos indígenas e tolerância construindo práticas de respeito e solidariedade*". São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, p. 157-65.

(2001b) "A nova política de saúde indígena no Brasil", *Encontros Teológicos* 31: 2: 117-31.

MAYBURY-LEWIS, D.

(1984) Demystifying the second conquest. Em: Schmink, M.; Wood, C. H. (org.). *Frontier expansion in Amazonia*. Gainesville: University of Florida Press, p. 127-34.

MORAN, E. F.

(1981) *Developing the Amazon*. Blomington: Indiana University Press.

NANDY, A.; VISNATHAN, S.

(1990) "Modern medicine and its non-modern Critics: a study in discourse". Em: Apffel Marglin, F; Marglin, S. (eds.). *Dominating knowledge: development, culture, and resistance*. Oxford: Clareton Press, p. 143-84.

PAHO – Pan American Health Organization

(1997) "Health of Indigenous peoples", *Pan American Journal of Public Health* 2: 357-62.

PIGG, S. L.

(1992) "Inventing social categories through place: social representations and development in Nepal", *Comparative Studies in Society and History* 34 (3): 491-513.

PRATT, M. L.

(1992) *Imperial eyes: travel writing and transculturation*. London/New York: Routledge.

RAMOS, A. R.

(1998) *Indigenism, ethnic politics in Brazil*. London: The University of Wisconsin Press.

SANTOS, R. V.; FLOWERS, N. M.; COIMBRA JR. C. E.A.; GUGELMIN, S. A.

(1997) "Tapirs, tractors, and tapes: the changing economy and ecology of the Xavante Indians of Central Brazil". *Human Ecology* 25: 545-66.

SCHMINK, M.; WOOD, C. H.

(1992) *Contested Frontiers in Amazonia*, New York: Columbia University Press.

VARESE, S.

(1973) *La sal de los cerros*. Lima: La Torre de Papel.



## **Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia<sup>72</sup>**

### **Introdução**

Este trabalho propõe trazer para o debate a questão dos medicamentos<sup>73</sup> e da assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Conquanto os medicamentos sejam, em tese, apenas um dos instrumentos na complexa rede de prestação de serviços biomédicos, eles têm papel central uma vez que seu apelo está na promessa de, entre outras coisas, controlar a febre e a dor, reduzir a ansiedade e aumentar a confiança (Nichter 1996). As evidências, sejam elas registradas em relatos literários ou científicos, indicam que o processo de interação entre índios brasileiros e a sociedade não-indígena envolveu (e ainda envolve) a oferta de medicamentos.

Pensar a questão dos medicamentos e o modelo diferenciado proposto pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas não é uma tarefa simples ou de fácil resolução. Tal política contém alguns pressupostos que orientam as ações e diretrizes da assistência farmacêutica aos povos indígenas. Entre eles, destacam-se a promoção do uso racional de medicamentos e o incentivo e valorização das farmacopéias tradicionais (Brasil 2002). Em 2001, em avaliação sobre os diferentes estágios de implantação do subsistema de atenção, feita pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a “disponibilidade de medicamentos” foi considerada um dos objetivos alcançados na fase da implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e a “melhoria no suprimento de insumos” (aqui incluídos os medicamentos), uma das condições para a assistência permanente (FUNASA 2001).

“Suprimento” e “disponibilidade” representam apenas uma faceta na complexa dimensão que envolve o uso de medicamentos em contextos locais. Sob o ponto de vista da organização das ações que cercam os medicamentos, a disponibilidade deve

---

<sup>72</sup> Agradecemos à Organização Panamericana da Saúde (OPAS) que viabilizou financeiramente o trabalho de campo de Eliana E. Diehl, através de seu *Programa de Subvenciones para Tesis de Postgrado em Salud Pública*.

<sup>73</sup> O termo “medicamento” é entendido aqui como substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborada em farmácias ou indústrias farmacêuticas e que atende especificações técnicas e legais. O termo “remédio” é utilizado em uma acepção mais ampla, sendo aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, como plantas *in natura*, repouso, benzeduras, rituais de cura etc. (Schenkel 1991).

ser pautada pela realidade epidemiológica de cada grupo indígena (às vezes, de cada aldeia), que por sua vez definirá os grupos terapêuticos que devem fazer parte daquilo que, em muitos casos, é definido como “farmácia básica”. Estar “disponível” nas diferentes instâncias da rede de serviços prestados aos indígenas (Postos de Saúde das aldeias, Pólos-Base, Casas de Saúde do Índio e hospitais) não é de modo algum garantia de que o medicamento será distribuído e utilizado conforme preconiza a racionalidade biomédica. Ao contrário, a distribuição é também determinada pela política e economia nacionais, pelas questões burocráticas da FUNASA e de outras instituições e suas políticas de distribuição, pela natureza da relação médico-paciente, pelas interações e negociações de poder nos locais do serviço e pelas expectativas da população. Há que se considerar ainda a organização e interação entre os diferentes sistemas e setores de saúde<sup>74</sup>, bem como os conhecimentos, crenças, valores e práticas em cada cultura, os quais implicam o comportamento em relação à saúde e o uso de medicamentos.

Em razão disso, é essencial conduzir estudos que privilegiem diferentes abordagens. Nos últimos anos, a aproximação entre a epidemiologia e a antropologia tem demonstrado que é necessário entender a dinâmica social e cultural de uma determinada população, em todos os seus âmbitos de vida, inclusive nas questões referentes à saúde, à doença e à cura. A interseção de diferentes campos de saber pode iluminar melhor a complexidade do tema e extrapolar a usual simplificação epidemiologia/aspectos quantitativos e antropologia/aspectos qualitativos.

Essa cooperação interdisciplinar é particularmente promissora quando se trata de desenvolver estudos entre pequenas populações, como é o caso dos povos indígenas brasileiros. Além disso, considerando as inúmeras opções terapêuticas disponíveis, a utilização integrada de instrumentais teóricos e metodológicos da epidemiologia e da antropologia permite um entendimento mais claro de como os sistemas médicos ocidental e tradicional interagem entre grupos indígenas.

Embora a literatura registre um considerável número de estudos sobre medicamentos em contextos locais em que a antropologia é o principal referencial teórico e metodológico, e se discussões em torno da assistência farmacêutica estejam mobilizando a categoria farmacêutica e gerado políticas no Brasil, ainda não existe uma elaboração teórica e prática sobre a assistência farmacêutica direcionada a grupos étnicos específicos. As idéias apresentadas neste trabalho, portanto, estão em processo de construção e servem para fomentar o debate sobre a necessidade de considerar as características específicas das comunidades indígenas no contexto da assistência farmacêutica.

Inicialmente, abordaremos alguns conceitos referentes à assistência farmacêutica, necessários à reflexão das questões que envolvem os medicamentos e o modelo de atenção diferenciada à saúde indígena. Após isso, serão enfatizados os estudos sobre medicamentos em contextos locais. Por fim, com base em um trabalho de campo realizado por Diehl (2001) entre os Kaingáng da Terra Indígena (TI) Xapecó, oeste de Santa Catarina, indicaremos elementos que ilustram a potencial contribuição da cooperação entre antropologia e epidemiologia (neste caso, a farmacoepidemiologia) à elaboração de uma assistência farmacêutica direcionada aos povos indígenas.

---

<sup>74</sup> Neste trabalho, entende-se sistemas e setores de saúde tal como proposto por Kleinman (1980).

## Marcos conceituais para a assistência farmacêutica

Nos últimos anos, a assistência farmacêutica tem sido objeto de importantes reflexões no processo de discussão e aprofundamento das questões relativas à saúde. Impulsionadas principalmente por algumas entidades da categoria farmacêutica, muitas vezes em parceria com outras instituições, essas reflexões têm propiciado o afloramento de diferentes entendimentos sobre o tema, que envolvem tanto concepções teóricas quanto aspectos políticos e técnicos relacionados à sua formulação e implementação.

Algumas definições propostas para a assistência farmacêutica (ver, por exemplo, Dupim 1999; Brasil 2001; CFF 2001), bem como para o que se convencionou chamar “atenção farmacêutica” (por exemplo, Hepler e Strand 1990; OMS 1993; Faus 2000), restringem-se basicamente a aspectos técnicos que envolvem a produção, a distribuição e o uso de medicamentos, e em que a biomedicina parece ser o único parâmetro legítimo de julgamento.

No Brasil, as discussões em torno do conceito e da prática da assistência farmacêutica ainda não estão consolidadas, e envolvem os farmacêuticos e sua reafirmação como trabalhadores em saúde (Rech 2001). Nesse contexto, tornam-se fundamentais os resultados da Oficina de Trabalho intitulada “Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos”, realizada em Fortaleza (OPAS 2002). Essa oficina de trabalho deve ser considerada parte das estratégias adotadas para a promoção da atenção farmacêutica no Brasil. O documento resultante sintetiza o entendimento de seus participantes, expressa em reflexões, consensos e recomendações, e identifica as diferenças conceituais entre atenção e assistência farmacêuticas. Vale ressaltar que os participantes recomendaram que o mesmo seja amplamente divulgado não como um guia prático, e sim com a finalidade de subsidiar discussões em torno da busca de um consenso para a promoção da atenção farmacêutica no país.

Segundo os resultados da Oficina de Trabalho, o consenso quanto ao entendimento sobre a assistência farmacêutica foi o seguinte:

Conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (OPAS 2002: 18).

Ainda no que se refere à assistência farmacêutica, o documento final da Oficina de Trabalho faz referência a alguns dos comentários apresentados pelos relatores. Em um deles, destaca-se a necessidade de que a assistência farmacêutica envolva as ações, de caráter multiprofissional, de prevenção às doenças: “consenso quanto ao entendimento da Assistência farmacêutica como atividade multiprofissional e concebida no contexto de atenção integral à saúde, num modelo que privilegia a promoção da saúde” (OPAS 2002: 18).

Da mesma forma, merece destaque o debate da assistência farmacêutica como política de saúde:

Tendo em vista o objetivo fundamental de garantia da integralidade das ações de saúde, incluindo-se o acesso com qualidade, configura-se a necessidade de

reflexão quanto à Assistência farmacêutica como política, concebida enquanto conjunto de diretrizes gerais, de estratégias e instrumentos para a sua implantação e avaliação, cuja concretização envolve o estabelecimento de interfaces com outras políticas setoriais, com a participação dos diferentes atores envolvidos. Tal necessidade foi explicitada no processo de discussão da Oficina, na medida em que a qualificou como “recomendação” consensual para aprofundamento posterior (OPAS 2002: 18-9).

No que se refere à atenção farmacêutica, o mesmo relatório indica como consensual o seguinte conceito:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS 2002: 19).

Esse entendimento marca posição importante em relação aos conceitos adotados em outros países, especialmente aquele definido por Faus (2000) com base no conceito emitido por Hepler e Strand (1990). Tal importância pode ser observada a partir dos seguintes comentários apresentados:

Explicitou-se o entendimento da Atenção Farmacêutica como modelo de prática desenvolvido no contexto da Assistência Farmacêutica, na perspectiva da integralidade das ações de saúde.

Houve consenso de que Assistência e Atenção Farmacêutica são conceitos distintos. Este último refere-se a atividades específicas do Farmacêutico no âmbito da atenção à saúde, enquanto o primeiro envolve um conjunto mais amplo de ações, com características multiprofissionais. É importante ressaltar que o consenso obtido considera a promoção da saúde, incluindo a educação em saúde, como componente do conceito de Atenção Farmacêutica, o que constitui um diferencial marcante em relação ao conceito adotado em outros países (OPAS 2002: 19):.

Os resultados da Oficina representam um avanço nas discussões a respeito da assistência farmacêutica pois, além dos aspectos técnicos, envolvem as políticas de saúde e propõem a participação efetiva de todos os segmentos que fazem parte das ações em saúde. Em vista disso, os pré-consensos definidos no evento promovido pela OPAS (2002) constituem referencial teórico fundamental para o presente trabalho. Tal referencial assume caráter essencial para o processo de formulação e implementação de políticas públicas específicas, uma vez que a 1ª Conferência Nacional de Medicamento e Assistência Farmacêutica, realizada em setembro de 2003, o ratificou.

Essa 1ª Conferência, resultante de um grande movimento que envolveu diferentes segmentos da sociedade brasileira, foi realizada no âmbito das instâncias de Controle Social do Sistema Único de Saúde e constitui marco conceitual e temporal de destaque para as questões indicadas na presente reflexão, em particular, quando em seu relatório final, devidamente aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil,

2003), estabelece como norte das políticas a serem definidas a exigência de que a assistência farmacêutica seja integrada à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com a devida garantia de incentivo financeiro nas três esferas do governo.

## **Medicamentos em contextos locais: a perspectiva antropológica**

Apesar dos medicamentos representarem um dos maiores mercados do mundo, apenas alguns fatores relacionados à sua difusão têm sido foco de pesquisas há mais tempo, como o papel das indústrias químico-farmacêuticas na produção e no *marketing*, e o papel das políticas de saúde e de medicamentos. Mesmo com o desenvolvimento da antropologia médica, os antropólogos não dedicaram grande atenção até o fim dos anos 1980 ao que Van der Geest chama de “*hard core*” da biomedicina: os medicamentos” (Van der Geest 1988: 330), quando então esse símbolo da moderna medicina se tornou um dos focos centrais das pesquisas, principalmente aquelas conduzidas em países não desenvolvidos e emergentes (ver, por exemplo, Bledsoe e Goubaud 1985; Greenhalgh 1987; Hardon 1987; Tedlock 1987; Van der Geest 1987; Wolffers 1987). Pode ser considerado um marco nesse novo enfoque a publicação do livro *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*, editado por Van der Geest e Whyte em 1988, cujos vários artigos se agrupam em dois temas principais: negociação (*transaction*) e entendimento (*meaning*) sobre os medicamentos.

Van der Geest e Whyte (1988), preocupados em evidenciar a escassez e ao mesmo tempo a necessidade de conduzir pesquisas sobre os medicamentos em uma perspectiva local, propuseram a “antropologia farmacêutica”, que pressupõe a coexistência de medicamentos e de remédios e a questão de como as percepções e usos de um afeta o outro. Para eles, não basta rotular os medicamentos como substâncias com propriedades bioquímicas e farmacológicas, mas sim pesquisar as situações dinâmicas em que são percebidos e utilizados. Segundo outra publicação desses mesmos autores, o significado dos medicamentos é apreendido em termos da experiência e da concepção da doença (Van der Geest e Whyte 1989). Alguns anos mais tarde, Nichter e Vuckovic (1994) propuseram uma agenda para uma antropologia da prática farmacêutica, na qual alguns temas chamariam a atenção para as realidades sociais e econômicas da prática de prescrição e uso de medicamentos, examinariam o efeito da difusão de medicamentos nas percepções de saúde e doença, e explorariam a inter-relação entre demanda de consumidores, produção de medicamentos e *marketing*.

As instigantes propostas para uma antropologia farmacêutica resultaram em um número considerável de publicações ao longo dos últimos anos, as quais abordam grande número de temáticas, como medicamentos e sistemas médicos (Tan 1989; Whyte 1992; Ngokwey 1995), contextos e entendimentos sobre medicamentos (os vários artigos em Etkin & Tan 1994), consumo de medicamentos (Haak 1988, 1989; Sachs e Tomson 1992), papel dos provedores de saúde na disponibilidade de medicamentos (Vogel e Stephens 1989; Trostle 1996; Ferraz e outros 1996; Goel e outros 1996; Nizami e outros 1996), automedicação (Price 1989; Kamat e Nichter 1998), reinterpretção de medicamentos (Etkin e outros 1990; Reeler 1990; Etkin 1992) e medicamentos essenciais (Bennett 1989).

Uma nova perspectiva trazida por esses estudos mostra a importância de conduzi-los nos contextos locais de distribuição e uso dos medicamentos (Van der

Geest 1987; Etkin e outros 1990; Van der Geest e outros 1996), pois abordagens macropolíticas e macroeconômicas produzidas em países excluídos do grupo dos desenvolvidos não têm sido suficientes para explicar por que, por exemplo, o consumo de medicamentos é prática relevante mesmo onde os serviços de saúde são deficientes, os medicamentos de venda sob prescrição estão disponíveis livremente e a automedicação é importante recurso de cuidado.

Ao centralizar o olhar no contexto local, a pluralidade de sistemas de saúde e de recursos terapêuticos se torna evidente: os indivíduos e suas famílias procuram por tratamento nos vários sistemas, simultaneamente ou não. A coexistência de múltiplos sistemas terapêuticos e de uma diversidade de comportamentos em relação à saúde não é enfraquecida ou eliminada, apesar dos esforços, muitas vezes oficiais, de regulação das medicinas tradicionais conforme o modelo burocrático normativo da medicina ocidental (Nichter 1980).

Ao passo que as práticas terapêuticas locais não foram assimiladas por uma ciência médica transcultural, criando um sistema ideal, os medicamentos, por sua vez, constituem a tecnologia biomédica mais difundida no mundo, representam, assim, um foco privilegiado no entendimento da inserção da biomedicina em sociedades nativas e trazem à tona temas como pluralismo médico, pluralismo farmacêutico e escolha de terapias.

O pluralismo, médico ou farmacêutico, está ligado a transformações sociais mais amplas. A degradação do meio ambiente e mudanças nas relações domésticas e públicas, nos estilos de vida e de trabalho, bem como nos modos de produção têm implicações diretas sobre os comportamentos de busca por atenção à saúde. O grande e eclético número de sistemas e de recursos terapêuticos coexistentes permitem a experimentação e a improvisação, com base nas estruturas familiares e nas instituições religiosas, econômicas e políticas das sociedades regionais e nacionais.

Para Van der Geest (1988), o pluralismo farmacêutico se concentra na questão de como os medicamentos são concebidos, trocados/comprados e consumidos, forçando o desvio da visão naturalizante que se tem sobre eles. Isso significa deixar de abordá-los como pertencendo exclusivamente aos domínios da farmacologia e bioquímica, e passar a tratá-los também como fenômenos culturais.

Assim como o pluralismo médico evoca concepções de etiologia, noções de terapia, interações entre pacientes e curadores, e maneiras pelas quais um conjunto de tradições e instituições médicas se relacionam, em situações de pluralismo farmacêutico os medicamentos ocidentais e os remédios indígenas fornecem contextos um para outro, enfatizando similaridades e/ou contrastes (Whyte e Van der Geest 1988). Sendo o processo dinâmico e modelado culturalmente, a investigação deve ser conduzida em contexto local, o que contribuirá, de modo mais amplo, para o entendimento das maneiras pelas quais uma população procura soluções para seus problemas de saúde.

Uma análise focada primeiramente no contexto local, que busca os variados modos de consumo de medicamentos sem fazer julgamentos éticos *a priori* e relativiza alguns conceitos importantes, como eficácia e reinterpretação, também chamada indigenização por alguns autores, como Kleinman (1980), pode auxiliar sobremaneira o desenvolvimento de intervenções capazes de mudar comportamentos que de fato constituem ameaças à saúde.

No sistema biomédico, a eficácia é compreendida de acordo com avaliações farmacológicas e bioquímicas que determinam se a terapia escolhida produziu redução dos sintomas e outras transformações físicas e/ou psíquicas, restaurando a saúde, porém a percepção final dos resultados por parte do doente e pessoas

envolvidas no processo de cura abrange necessariamente os aspectos culturais de tal uso e implica eficácia simbólica. Nos sistemas médicos tradicionais, a seleção de terapias é também definida por critérios nativos de eficácia, os quais incluem primeiramente a compreensão de algumas evidências tangíveis que permitem observar que a doença ou seus agentes deixaram o corpo. As diferentes idéias e concepções de saúde, doença e cura, portanto, afetam as maneiras pelas quais os medicamentos e remédios são usados e avaliados pelos indivíduos. Em alguns casos, o que é considerado efeito secundário ou colateral pela medicina ocidental é adotado por outro sistema terapêutico como um requisito que participa do processo de cura (Etkin 1992). Dessa forma, vômitos, diarréias, pruridos ou salivação decorrentes do uso de um medicamento podem indicar que a doença e seus agentes estão sendo expulsos do corpo. Outro critério para a eficácia se relaciona com algumas características perceptíveis dos medicamentos e remédios indígenas, como sabor, cor, textura e tamanho, associadas a uma doença em particular (Bledsoe e Goubaud 1985; Etkin e outros 1990; Senah 1994).

Em seu artigo sobre a construção cultural da eficácia, Etkin fez uma distinção entre interpretações êmicas e éticas, considerando-a essencial à compreensão da eficácia. Para ela, “a perspectiva êmica (*local*) é específica à cultura e consistente com a ideologia da sociedade sob estudo”, enquanto “a perspectiva ética (*outside*) usa conceitos e teorias que têm como base outra ideologia, com o objetivo de criar estruturas que projetam e interpretam as crenças e comportamentos médicos” (Etkin 1988: 300). No caso, a perspectiva ética está fundamentada no paradigma científico ocidental.

Na construção cultural da eficácia, Van der Geest e outros (1996) apontaram a procedência do medicamento como outro elemento importante. A enorme atração exercida pelos medicamentos que vêm de países desenvolvidos foi associada por Nichter (1996) à modernização que representam, faceta muito explorada pela propaganda das indústrias farmacêuticas. A crença de que os medicamentos são mais fortes que os recursos terapêuticos nativos integra a avaliação da eficácia em muitas culturas (Reeler 1990; Senah 1994; Van der Geest e outros 1996).

Van der Geest (1988), ao citar Helman, considerou o “efeito total da droga”, cujos aspectos incluem, além da substância química, os atributos do paciente que recebe a droga, os atributos das pessoas que prescrevem ou dispensam a droga, o cenário em que a droga é administrada e os atributos da própria droga (cor, sabor, forma, nome). Assim, quando um medicamento é adequado para uma pessoa, mas não para outra, esta pode culpar sua constituição ou o modo de administração. De maneira similar, se uma injeção retira sangue ou provoca dor ou abscesso, a constituição do indivíduo é considerada culpada ou o aplicador da injeção tem uma “mão ruim”. A injeção raramente falha, o medicamento sozinho nunca é o culpado (Senah 1994).

A inserção da medicina moderna em contextos não ocidentais tem desencadeado o processo de reinterpretção, o que significa mudanças no sistema de conhecimento, nas instituições de atenção à saúde e nas crenças, expectativas, normas e comportamentos associados a doença, procura por atenção, relações paciente-especialista, atividades terapêuticas e avaliação de resultados (Kleinman 1980). Os medicamentos têm sido objeto por excelência desse processo, uma vez que estão imbuídos das qualidades da cultura e história de uma determinada sociedade. Suas reinterpretções podem estar baseadas, por exemplo, nas propriedades organolépticas e na forma farmacêutica (Nichter 1980; Bledsoe e Goubaud 1985, 1988; Etkin e outros 1990, Senah 1994) ou nas classificações humorais (Tedlock 1987). É

ilustrativo citar Burghart (1988), que relata a afirmação de um especialista na Índia de que a injeção de penicilina é um antigo remédio ayurvédico.

Apesar dos inúmeros exemplos que reforçam a importância da reinterpretação como processo local, há que se considerar alguns pontos. Van der Geest (1988), por exemplo, atenta para o perigo de uma visão “excessivamente cultural” da cultura indígena, em que os antropólogos, ao buscar conceitos nativos, acabam por construí-los, quando na realidade as idéias e ações sobre problemas de saúde são bem menos definidas, ou seja, os motivos para usar um determinado medicamento podem ser ambíguos e inconscientes. Van der Geest e outros (1996) alertaram ainda para o fato de que muitas vezes a reinterpretação conduz a uma dicotomia entre os conceitos locais e os conceitos biomédicos, simplificando uma questão que é mais ampla e complexa, e envolve também contextos de entendimentos e regimes de valores influenciados pelas indústrias farmacêuticas, campanhas publicitárias e práticas de venda.

## **MEDICAMENTOS EM CONTEXTOS LOCAIS BRASILEIROS**

No Brasil, ainda são raros os estudos sobre medicamentos segundo uma perspectiva antropológica. A maioria das pesquisas foi conduzida entre comunidades urbanas ou rurais de baixa renda, nas quais os medicamentos foram o foco central (por exemplo, Haak 1988 e 1989; Ngokwey 1995; Ferraz e outros 1996) ou então serviram como instrumentos de análise secundária (Ott 1982; Loyola 1984; Queiroz 1980, 1994). É notória a escassez de registros específicos sobre medicamentos entre populações indígenas, tanto no que se refere a temáticas no nível macro (questões políticas e econômicas que influenciam a disponibilidade, a distribuição e o acesso aos medicamentos) quanto no que diz respeito ao nível micro (padrões de comportamento e interpretação cultural em relação aos medicamentos).

Quanto ao enfoque sobre a saúde de índios brasileiros, parte considerável das pesquisas antropológicas tem privilegiado a abordagem das interpretações nativas de doença e das terapêuticas tradicionais de cura (ver, por exemplo, alguns dos vários artigos publicados em Buchillet 1991, e em Santos e Coimbra Jr. 1994). Os remédios indígenas também têm merecido trabalhos específicos sob o ponto de vista seja da etnobotânica, seja da etnofarmacologia (Elisabetsky e Setzer 1985; Elisabetsky e Posey 1986; Prance, 1987; Montagner 1991; Haverroth 1997). É importante assinalar que esses estudos, exceto o de Haverroth, foram conduzidos entre etnias que vivem na região amazônica brasileira, caracterizando a escassez e mesmo a falta de trabalhos sobre os grupos que vivem nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país.

Secundariamente, os medicamentos aparecem em etnografias como as de Brunelli (1989), Conklin (1994) e Pollock (1994). Outros estudos antropológicos têm enfatizado a pluralidade de sistemas médicos e de recursos terapêuticos, inclusive medicamentos, entre grupos indígenas brasileiros (Morgado 1994), bem como a caracterização dos medicamentos como símbolos do poder dos não-índios e como “forma de prestígio nas relações comunitárias” (Garnelo e Wright 2001). A pesquisa de Novaes (1996, 1998), ao tratar os medicamentos como elementos centrais de análise, identificou intensa medicalização entre os Wari’, de Rondônia, em que a busca pelos serviços médicos, em especial os medicamentos, ocorria na maioria das situações de doença. Essa autora observou que a eficácia dos medicamentos era avaliada à luz das noções nativas de terapia, e que eles foram incorporados no ritual xamânico como pré-requisito para a cura. Trabalhando entre os Yanomami, de



Roraima, Pellegrini (1998) não coletou dados quantitativos sobre o consumo de medicamentos, mas descreveu os contextos de interação entre o sistema médico tradicional Yanomami e a biomedicina, de acordo com uma abordagem da antropologia da fala. O autor observou a dependência dos índios pelo setor biomédico, em especial pelos medicamentos, e constatou que, desde os primeiros contatos com os missionários até a entrada permanente da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), as “palavras de dar remédios” (Pellegrini 1998: 55, 118) mostraram seu poder de troca, em benefício dos índios que vivem mais próximos dos brancos.

Em que pesem os diferentes momentos de diminuição e recuperação demográfica, a população indígena brasileira está estimada atualmente em torno de 351.000 indivíduos, distribuídos em mais de 215 etnias com língua, cultura, organizações social, política e econômica próprias. Essa situação expõe uma diversidade de contextos locais marcados pela existência de diferentes sistemas de saúde tradicionais que atuam dinamicamente com o sistema biomédico.

A biomedicina, inclusive por intermédio dos medicamentos, invariavelmente passou a ocupar espaço notável no cotidiano das populações indígenas em contato permanente com a sociedade nacional. No contexto brasileiro, talvez com particular intensidade na região amazônica, a idéia de um posto indígena bem estruturado passa pela existência de uma farmácia bem estruturada, uma vez que o acesso aos serviços médicos fora das aldeias é dificultado pelas grandes distâncias e pela falta de transporte. Para as Terras Indígenas que ficam próximas das cidades, esse quadro é diferente, pois o acesso aos bens manufaturados é mais fácil. Os medicamentos que não estão disponíveis no serviço de farmácia local podem ser rapidamente adquiridos em estabelecimentos farmacêuticos dos municípios vizinhos. Em ambas as situações, é importante salientar o controle exercido pelas chefias indígenas e pelos agentes de saúde no que diz respeito à disponibilidade e ao acesso aos medicamentos.

## **O CASO KAINGÁNG, TERRA INDÍGENA (TI) XAPECÓ, SANTA CATARINA**

Os Kaingáng vivenciam a experiência de interação permanente e intensa com a sociedade ocidental há muitas décadas, o que potencialmente os têm levado a uma relação direta de dependência. Nas falas Kaingáng, o tempo antigo – quando não havia tanta doença, o “remédio do mato” era suficiente, as mulheres davam à luz em casa, a comida era farta e boa – é contraposto ao tempo atual, como atesta um índio de 41 anos: “Hoje tem que seguir o ritmo de fora. [...] Temos que acompanhar o sistema do branco agora”. Os serviços biomédicos e toda sua tecnologia, em especial os medicamentos, são parte integrante do cotidiano Kaingáng.

Os Kaingáng da TI Xaçecó vivem em uma área de aproximadamente 15 mil hectares, localizada nos municípios de Ipuçu e Entre Rios, oeste de Santa Catarina. No período do trabalho de campo, havia 11 aldeias, das quais a aldeia Sede apresentava a melhor infraestrutura, com uma escola de 1ª a 8ª séries, um posto de saúde (conhecido por “Enfermaria”), luz elétrica e água encanada (proveniente de poço artesiano) em parte das casas. Essa aldeia era a maior entre todas, onde, no fim de 1999, viviam 855 indivíduos (Diehl 2001).

Oliveira (1996 e 2000) e Haverroth (1997) desenvolveram pesquisa sobre saúde na TI Xaçecó, com ênfase no sistema de saúde/modos de cura e na etnobotânica Kaingáng, respectivamente. O trabalho realizado por Diehl (2001) procurou investigar os entendimentos e práticas relacionados ao consumo de medicamentos entre os Kaingáng dessa TI. Para alcançar tal objetivo, foram identificados os medicamentos

prescritos e dispensados pelos profissionais de saúde que atuam nesse grupo indígena; os medicamentos encontrados nos domicílios dos índios (a “farmácia caseira”); os conceitos nativos de saúde, doença e cura segundo a análise dos padrões de utilização de medicamentos e de recursos terapêuticos nativos; e as noções de eficácia que permeavam os padrões locais de consumo de medicamentos e de recursos terapêuticos nativos.

Os dados foram obtidos entre setembro de 1999 e fevereiro de 2000 na aldeia Sede da TI Xapecó, por meio de observação participante, entrevistas estruturadas e semi-estruturadas, questionários padronizados (dados socioeconômicos e da “farmácia caseira”), além de coleta de dados em prescrições e prontuários médicos.

Ao analisar as prescrições médicas, a prática da dispensação sem receita pelos atendentes/auxiliares de enfermagem e a “farmácia caseira”, Diehl (2001) observou que alguns grupos terapêuticos se sobressaem, entre eles os antibacterianos, os analgésicos não opióides, os antiparasitários, os ansiolíticos e os anticonvulsivantes. Baseando-se nos dados relativos aos dois médicos que atuavam na “Enfermaria” em setembro de 1999, foram prescritos medicamentos em uma faixa de 80 a 85% dos atendimentos feitos nesse mês. Os auxiliares e atendentes dispensaram sem prescrição, em um período de um mês (15 de setembro a 16 de outubro), 417 medicamentos. Entre as 190 casas Kaingáng da aldeia Sede, em 70,5% foi observada a presença de medicamentos. Radicalizando a posição de Illich (1975), poderíamos falar de uma “farmaceuticalização da saúde”, em que os medicamentos são considerados centrais no fornecimento de cuidados tanto para os provedores quanto para os usuários.

A disponibilidade da grande maioria dos medicamentos na “Enfermaria” era um forte estímulo para a significativa demanda observada, e é nesse sentido que devemos procurar entender a atuação dos profissionais. O fato de os médicos da “Enfermaria”, trabalhando em um contexto público de atenção, terem emitido prescrições em grande parte de suas consultas e o número expressivo de medicamentos encontrados nas casas corroboram a idéia de que essa atitude dos profissionais legitima e encoraja os índios a procurarem por medicamentos sintomáticos. Como salientou Nichter (1996), a expansão do mercado de medicamentos na Índia foi promovida pelo serviço nacional de saúde, que pôs a população em estreito contato com médicos e poderosos medicamentos, em especial os antibióticos.

Até 1999, os serviços médicos oferecidos na TI Xapecó eram esporádicos. A “Enfermaria”, contudo, sempre contou com uma sala reservada para a estocagem de medicamentos. Os atendentes e auxiliares de enfermagem assumiam o serviço, e tomavam decisões baseadas em seus conhecimentos e experiências prévias, nas quais os medicamentos eram um importante recurso. A partir de agosto de 1999, o serviço passou a contar com dois médicos e um odontólogo, além de um profissional da enfermagem, todavia a coordenação local continuou sob o comando de uma antiga atendente, ligada à liderança indígena. Essa situação, em que se observavam *status* diferenciados e uma inversão na hierarquia, levou a conflitos gerados pelas disputas de poder e pelos interesses pessoais.

Esses conflitos eram muito evidentes na questão dos medicamentos, pois se os médicos possuíam autonomia para prescrever, isso não significava que o índio receberia exatamente o que foi prescrito. Havia uma avaliação por parte dos dispensadores que podia ser referendada em sua própria experiência, em critérios de existência ou não no estoque ou mesmo na disponibilidade de recursos financeiros para a aquisição no comércio farmacêutico. De igual modo, nos dias em que não havia

médicos, a dispensação sem prescrição continuou sendo feita. Mesmo quando as atitudes divergentes eram confrontadas, isso não significava que os conselhos médicos passariam a ser ouvidos e cumpridos. Ao contrário, a autonomia dos atendentes e auxiliares era mantida. A chefia da “Enfermaria” ainda podia usar de sua autoridade e solicitar que os médicos atendessem um paciente em especial ou mesmo prescrevessem um determinado tipo de medicamento, como foi o caso das emissões de receituário especial periodicamente requeridas a um desses médicos.

Assim como os Kaingáng se referiram à “Enfermaria” como local em que buscavam soluções para seus problemas de saúde, citaram a procura por especialistas nativos, como o *Kujà* (pajé-curador), curadores/curandeiras e benzedoras/remedeadoras. Da mesma maneira que esses especialistas receitavam “remédios do mato”, observou-se que medicamentos foram incorporados à formulação obtida de plantas, em um processo de reinterpretação conforme discutido acima. Por exemplo, um curador descreveu um remédio contendo plantas (que não quis revelar quais eram) e as “misturas prontas”: noz moscada, cravo, canela e Novalgina®. Ele havia aprendido os remédios do mato com o pai, “que sabia muito”, e a Novalgina® havia sido sugerida por sua esposa. Ela teria consultado em um hospital, quando alguém disse que esse remédio era bom para o coração e para os nervos. Os índios também denominavam algumas espécies com nome de medicamentos, como planta dipirona, novalgina ou aspirina.

Entre os Kaingáng, o termo nativo *venh-kagta* é utilizado para denominar tanto o “remédio do mato” – “remédio dos antigos”, “remédio dos índios” – quanto o “remédio de farmácia”. Um dos índios salientou que primeiro se diz *venh-kagta* e depois para que serve, isto é, o nome da doença; no caso do “remédio do branco”, é a receita que diz o nome.

Enquanto os “remédios do mato” podem ser classificados de acordo com a cosmologia das metades exogâmicas *Kamé* e *Kanhru*, não há consenso para o *venh-kagta* da farmácia. Outro índio deixou claro que os “remédios da farmácia” não poderiam ser classificados como *Kamé* ou *Kanhru*, a não ser que fossem objetos de estudo, assim como o são permanentemente os “remédios do mato”. Outro foi categórico: “remédio da farmácia não tem *Kamé* ou *Kanhru*”. Porém uma índia, interrogada se era possível categorizar os “remédios da farmácia” em *Kamé* e *Kanhru*, respondeu que sim: o Gerovital®, grandes comprimidos de cor vermelha, foi classificado por ela como *Kanhru*, já que era redondo como a marca ritual dessa metade; as cápsulas de ampicilina foram identificadas como *Kamé*, pois eram compridas como a marca *Kamé*. Ela, portanto, utilizou-se da forma, relatada por Haverroth (1997) para a classificação simbólica das plantas.

Tanto para os “remédios do mato” quanto para os “remédios da farmácia”, noções de força, dieta e eficácia eram construídas de acordo com a cosmologia Kaingáng. A noção de “força” permeia o cotidiano Kaingáng. Ter saúde significa estar forte, ao passo que a fraqueza acarreta a vulnerabilidade às doenças (Oliveira 1996, 2000). Tanto os especialistas nativos quanto a comunidade em geral explicitaram suas opiniões a respeito da força do remédio, seja o da farmácia, seja o do mato. A força podia ser associada ao tipo (raízes são mais fortes que folhas; injeções são mais fortes que comprimidos, mas causam dor e deixam a pessoa fraca; Amoxicilina® é o mais forte dos antibióticos) e à quantidade usada (por exemplo, tanto o remédio quanto o medicamento, quando administrados às crianças, deveriam ser preparados mais fracos ou dados em quantidades menores).

A dieta (*vākre*) é outra questão essencial da cultura Kaingáng, assim como em outras culturas indígenas da América Latina. Em muitas falas Kaingáng, os alimentos

foram considerados causadores de determinado episódio de doença. Em outras, a comida moderna, comprada no mercado, foi responsabilizada pela atual natureza fraca dos índios e, portanto, está na gênese das doenças. No que diz respeito à dieta que envolve o uso de *venh-kagta*, todos os índios consultados foram unânimes a respeito da necessidade de cumprir determinadas regras alimentares (principalmente) durante o uso do “remédio do mato”. Em relação ao medicamento, diziam que o médico não especificava cuidados especiais, exceto em alguns casos em que a bebida alcoólica não era permitida. A utilização concomitante do “remédio do mato” e do medicamento não era recomendada, e isso foi muitas vezes considerado uma regra de dieta.

Entre os Kaingáng, a reinterpretação influenciava suas noções de eficácia e, por consequência, a adesão aos tratamentos prescritos. Tanto as injeções quanto os medicamentos sob outras formas farmacêuticas eram avaliados de acordo com a rapidez ou a demora de seu poder de cura. Comparações de cor, sabor e odor determinavam se o remédio ou o medicamento eram bons. A procedência dos medicamentos também foi forte apelo para a determinação da eficácia. Vale lembrar que a noção de força permeava as situações de reinterpretação e de eficácia.

Os medicamentos injetados merecem destaque particular, já que foram muito citados pelos Kaingáng. Ao mesmo tempo em que eram considerados fortes e de efeito rápido, causavam muita dor, às vezes endurecimento do membro – o que podia impedir para o trabalho – e mesmo outras doenças, como alguns relatos enfatizaram. Essa característica ambígua das injeções ajuda a explicar o fato de que, em muitas ocasiões, os Kaingáng não levaram a termo o tratamento prescrito pelos médicos.

A distância entre a “Enfermaria” e as várias aldeias na TI Xapecó Mais foi outro um fator relevante na adesão aos tratamentos. As distâncias da aldeia Sede podiam variar de dois a mais de dez quilômetros, dependendo do caminho percorrido (os índios usavam diferentes meios de transporte ou se deslocavam a pé. A análise dos prontuários médicos demonstrou que os moradores da aldeia Sede, seguidos dos de outras duas aldeias próximas a essa, foram os que mais procuraram o serviço em um período de um mês. Desse modo, os tratamentos contínuos, por meio de injeções ou outras formas de medicamentos, podem ter sido prejudicados nas situações em que os índios moravam mais distantes da “Enfermaria”.

## **A assistência farmacêutica direcionada aos povos indígenas: a busca de interfaces**

Os dados obtidos em campo por Diehl (2001) demonstram que a pluralidade de opções terapêuticas disponíveis aos Kaingáng permite a busca de diferentes recursos de cuidado, e que a construção cultural da prática clínica inclui as relações sociais de médicos, enfermeiros, auxiliares, atendentes de enfermagem e pacientes, bem como os conflitos entre eles, as políticas de saúde no Brasil, a própria história da atenção à saúde indígena no país e os conhecimentos, crenças, valores e práticas específicos a cada grupo indígena. Considerando a concepção de assistência farmacêutica referida no início deste artigo, a reflexão aprofundada sobre esses aspectos é essencial para a incorporação de novas práticas no âmbito da assistência, sob a perspectiva da integralidade das ações de saúde direcionadas às populações indígenas, em particular nas ações em que o medicamento é insumo estratégico.

Ainda que a assistência farmacêutica seja resultado de uma construção coletiva e multidisciplinar, seu enfoque é, na maioria das vezes, aquele determinada pela biomedicina. Nesse sentido, a ampliação das interfaces com outros campos de conhecimento é fundamental, podendo a antropologia contribuir, entre outros aspectos, para a relativização desse olhar e para a consideração efetiva de outros saberes no campo da saúde. Isso pode refletir na adoção de uma lógica diferente daquela usualmente observada para a definição, a organização e a implementação dos serviços de saúde. Para tanto, é necessário que os estudos que envolvem a saúde indígena não só enfatizem que a cultura é heterogênea, emergente e dinâmica, como demonstrem que o comportamento em relação à saúde e aos processos de doença e cura não está ligado apenas aos conceitos locais, crenças, atitudes e valores, mas também às interações sociais que caracterizam o contexto interétnico, intercultural e intermédico (Greene 1998).

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENNETT, F. J.

(1989) "The dilemma of essential drugs in primary health care, *Social Science and Medicine*, 28 (10), 1085-90.

BLEDSOE, C. H. & GOUBAUD, M. F.

(1985) "The reinterpretation of Western pharmaceuticals among the Mende of Sierra Leone", *Social Science and Medicine*, 21 (3): 275-282.

BLEDSOE, C. H. & GOUBAUD, M. F.

(1988) "The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. R. (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 253-276.

BRUNELLI, G.

(1989) *De los espíritus a los microbios: salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonia brasileña*. Quito: Abya-Yala, Colección 500 años, n. 10.

BUCHILLET, D. (org.)

(1991) *Medicinas tradicionais e medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.

BURGHART, R.

(1988) "Penicillin: an ancient Ayurvedic medicine". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 289-98.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

(2001) A organização jurídica da profissão farmacêutica. *Resolução nº 308/97*. Brasília: CFF.

CONKLIN, B.

(1994) “O sistema médico Wari’ (Pakaanóva)”. Em: Santos, R.V.; COIMBRA, C.E.A. Jr. (orgs.). *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

DIEHL, Eliana E.

(2001) *Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Doutorado em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

DUPIM, J.A.A.

(1999) *Assistência farmacêutica: um modelo de organização*. Belo Horizonte: Segrac.

ELISABETSKY, E.; SETZER, R.

(1985) “Caboclo concepts of disease and therapy: implications for ethnopharmacology and health systems in Amazonia”. Em: Parker, E. P. (ed.). *The Amazon caboclo: historical and contemporary perspectives. Studies in Third World Societies*. Virginia: College of William and Mary, v. 32, p. 243-78.

ELISABETSKY, E.; POSEY, D.A.

(1986) “Pesquisa etnofarmacológica e recursos naturais no trópico úmido: o caso dos índios Kayapó do Brasil e suas implicações para a ciência médica”. Em: *Anais do I Simpósio Internacional do Trópico Úmido*, v. 2, p. 85-93.

ETKIN, N.L.

(1988) Cultural constructions of efficacy. Em: Van der Geest, S.; S. R. Whyte (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. p. 299-326, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 299-326,

(1992) “Side effects”: cultural constructions and reinterpretations of Western Medicine. *Medical Anthropology Quarterly*, 6 (2): 99-113.

ETKIN, N.L.; ROSS, P.J.; MUAZZAMU, I.

(1990) “The indigenization of pharmaceuticals: therapeutic transitions in rural hausaland”, *Social Science and Medicine*, 30 (8): 919-28.

ETKIN, N.; TAN, M. (ed.)

(1994) *Medicines: meaning and contexts*. Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam.

FAUS, M.J.

(2000) “Atención farmacéutica como respuesta a una necesidad social”, *Ars Pharmaceutica*, 41 (1): 137-43.

FERRAZ, M.B.; PEREIRA, R.B.; PAIVA, J.G. e outros (1996) “Availability of over-the-counter drugs for arthritis in Sao Paulo, Brazil”, *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1129-31.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

(2001) *Avaliação do estágio atual de implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena*. 12 de abril de 2001, <<http://www.funasa.gov.br/ind/ind02.htm>>.

GARNELO, Luiza & WRIGHT, R.

(2001) “Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa”, *Cadernos de Saúde Pública*, 17 (2): 273-84.

GOEL, P.; ROSS-DEGNAN, D.; BERMAN, P. & SOUMERAI, S.

(1996) “Retail pharmacies in developing countries: a behavior and intervention framework”, *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1155-61.

GREENE, S.

(1998) “The shaman’s needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru”, *American Ethnologist*, 25 (4): 634-58.

GREENHALGH, T.

(1987) “Drug prescription and self-medication in India: an exploratory survey”, *Social Science and Medicine*, 25 (3): 307-18.

HAAK, H.

(1988) “Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions”, *Social Science and Medicine*, 27 (12): 1415-27.

(1989) “Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil)”, *Revista de Saúde Pública*, 23 (2): 143-51.

HARDON, A.P.

(1987) “The use of modern pharmaceuticals in a Filipino Village: doctor’s prescription and self medication”, *Social Science and Medicine*, 25 (3): 277-92.

HAVERROTH, M.

(1997) “Kaingang: um estudo etnobotânico: uso e a classificação das plantas na área indígena Xapecó (oeste de SC)”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina.

HEPLER, C.D.; STRAND, L.M.

(1990) “Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care”, *American Journal Hospital Pharmacy*, 47: 533-43.

ILLICH, I.

(1975) *A expropriação da saúde: nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

KAMAT, V.R.; NICTER, M.

(1998) “Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India”, *Social Science and Medicine*, 47 (6): 779-94.

KLEINMAN, A.

(1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

LOYOLA, M.A.

(1984) *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(2001) “Política nacional de medicamentos”. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

(2002) *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas* Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000

(2003) “Fetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social”. 1ª Conferência Nacional de Medicamento e Assistência Farmacêutica. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

MONTAGNER, D.

(1991) “Mani Pei Rao: remédios do mato dos marúbo”. Em: Buchillet, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP.

MORGADO, P.

(1994) “Pluralismo médico *Wayana-Aparai*: a intersecção entre a tradição local e a global”. *Cadernos de Campo (Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade de São Paulo)*, 4: 41-69.

NGOKWEY, N.

(1995) “Home remedies and doctor’s remedies in Feira (Brazil)”, *Social Science and Medicine*, 40 (8): 1141-53.

NICHTER, M.

(1980) “The layperson’s perception of medicine as perspective into the utilization of multiple therapy systems in the Indian context”, *Social Science and Medicine*, 14B (4): 225-33.

NICHTER, M.

(1996) “Pharmaceuticals, the commodification of health, and the health care-medicine use transition”. Em: Nichter, M.; Nichter, M. (orgs.), *Anthropology and International Health: Asian case studies* v. 3, cap. 9, p. 265-326, sem local: Gordon and Breach Publ.

NICHTER, M.; VUCKOVIC, N.

(1994) “Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice”, *Social Science and Medicine*, 39 (11): 1509-25.

NIZAMI, S.Q.; KHAN, I.A.; BHUTTA, Z.A.

(1996) “Drug prescribing practices of general practitioners and paediatricians for childhood diarrhoea in Karachi, Pakistan”, *Social Science and Medicine*, 42 (8): 1133-40.

NOVAES, M.R.



(1996) “A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari’ de Rondônia”. Dissertação de Mestrado, Campinas: PPGAS Social da UNICAMP.

(1998) “Interpretação da doença e simbolismo terapêutico entre os Wari’ de Rondônia”, *Revista de Divulgação Cultural*, 64: 69-76.

OLIVEIRA, M.C.

(1996) “Os curadores Kaingáng e a recriação de suas práticas: estudo de caso na aldeia Xapecó (Oeste de S.C.)”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina.

(2000) “Dinâmica do sistema cultural de saúde Kaingang: aldeia Xapecó, Santa Catarina”. Em: (Mota, L.T.; Noelli K.; Tommasino, F.S. (org.). *Uri e Wãxi: estudos interdisciplinares dos Kaingang*, Londrina: Editora UEL, p. 327-77.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

(1993) *Declaração de Tokio*.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE

(2002) *Atenção farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Documento final*. Brasília: OPAS.

OTT, A.M.T.

(1982) *O setor profissional do sistema de cuidados médicos em Sergipe*. Dissertação de Mestrado, Brasília: PPGAS, Universidade de Brasília.

PELLEGRINI, M.

(1998) “Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina.

POLLOCK, D.

(1994) “Etnomedicina Kulína”. Em: (Santos R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. (orgs.). *Saúde & Povos Indígenas* Rio de Janeiro: Fiocruz.

PRANCE, G.T.

(1987) “Etnobotânica de algumas tribos amazônicas”. Em Ribeiro, B.G. (coord.) *Etnobiologia I (Suma Etnológica Brasileira)* (.). 2. ed. Petrópolis: Vozes/FINEP.

PRICE, L.J.

(1989) “In the shadow of biomedicine: self-medication in two ecuadorian pharmacies”, *Social Science and Medicine*, 28 (9): 905-15.

QUEIROZ, M.

(1980) “Curandeiros do mato, curandeiros da cidade e médicos: um estudo antropológico dos especialistas em tratamento de doenças na região de Iguape”, *Ciência e Cultura*, 32 (1): 31-47.

(1994) “Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea”. Em: Alves, P.C.; Minayo, M.C. (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* p. 153-66, Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz.

RECH, N.

(2001) *Assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Florianópolis: VIII Congresso Catarinense de Farmacêuticos.

REELER, A.V.

(1990) "Injections: a fatal attraction?", *Social Science and Medicine*, 31 (10), 1119-25.

SACHS, L.; TOMSON, G.

(1992) "Medicines and culture – a double perspective on drug utilization in a developing country", *Social Science and Medicine*, 34 (3): 307-15.

SANTOS, R.V.; COIMBRA JR., C.E.<sup>a</sup> (orgs.)

(1994) *Saúde & Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

SCHENKEL, E.P.

(1991) *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre: Sagra-Luzzatto/Ed. da UFRGS.

SENAH, K.

(1994) *Blofo Tshofa*: local perception of medicines in a Ghanaian coastal community. Em: (Etkin, N. L.; Tan, M. (ed.). *Medicines: Meaning and Contexts* Philippines: Health Action Information Network/Medical Anthropology Unit University Of Amsterdam, p. 83-102.

TAN, M.L.

(1989) Traditional or transitional medical systems? Pharmacotherapy as a case for analysis. *Social Science and Medicine*, 29 (3): 301-07.

TEDLOCK, B.

(1987) "An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America", *Social Science and Medicine*, 24 (12): 1069-83.

TROSTLE, J.

(1996) "Inappropriate distribution of medicines by professionals in developing countries", *Social Science and Medicine*, 42 (8): 117-20.

VAN DER GEEST, S.

(1987). "Pharmaceutical in the Third World: the local perspective", *Social Science and Medicine*, 25 (3): 273-76.

(1988) "Pharmaceutical anthropology: perspectives for research and application". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. (ed.). *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* Dordrecht: Kluwer Acad. Publ., p. 329-66.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R. (ed.)

(1988) *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* Dordrecht: Kluwer Acad. Publ. VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.

(1989) "The charm of medicines: metaphors and metonyms", *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4): 345-67.

VAN DER GEEST, S.; WHYTE, S.R.; HARDON, A.

(1996) "The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach", *Annual Review of Anthropology*, 25: 153-78.

VOGEL, R. J & STEPHENS, B.

(1989) "Availability of pharmaceuticals in Sub-Saharan Africa: roles of the public, private and church mission sectors", *Social Science and Medicine*, 29 (4): 479-86.

WHYTE, S. R.

(1992) "Pharmaceuticals as folk medicine: transformation in the social relations of health care in Uganda", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16: 163-86.

WHYTE, S.R.; VAN DER GEEST, S.

(1988) "Medicines in context: an introduction". Em: Van der Geest, S.; Whyte, S. (ed.), *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology* p. 3-11, Dordrecht: Kluwer Acad. Publ.

WOLFFERS, I.

(1987) Drug information and sale practices in some pharmacies of Colombo, Sri Lanka, *Social Science and Medicine*, 25 (3): 319-21.

LUIZA GARNELO, SULLY SAMPAIO, GARY LYNN, ANDRÉ FERNANDO BANIWA

### ***Medicina Tradicional Baniwa:***

#### **uma experiência de intervenção social em busca de uma teoria**

O projeto Medicina Tradicional Baniwa deve ser compreendido como parte de um conjunto mais amplo de atividades do projeto Rede Autônoma de Saúde Indígena (RASI), da Universidade Federal do Amazonas, o qual atua no alto rio Negro desde 1987, e conjuga atividades de pesquisa e intervenção social, desenvolvidas em parceria com as organizações indígenas locais e micro-regionais.

As linhas de investigação do RASI visam à análise da trajetória política das lideranças indígenas locais, dos modos como se constroem e se legitimam seus discursos e práticas sobre saúde e doença, e de como operam as forças políticas indígenas que intervêm no campo da saúde, no plano aldeão ou na interação com agentes sanitários da sociedade nacional brasileira. Ao tomar os agentes indígenas de saúde, os terapeutas tradicionais e os usuários de seus serviços como eixo de investigação, o RASI também tem buscado apreender não só como as representações e as práticas dos sistemas nativos de doença, cura e cuidados interagem com as políticas de saúde do Estado brasileiro, mas também como elas influenciam as demandas sanitárias trazidas pelas organizações indígenas para os colegiados decisórios (conselhos de saúde) do subsistema de saúde indígena, em que são planejados e avaliados os programas anuais de saúde nos distritos sanitários indígenas.

No plano da intervenção, o RASI tem uma longa trajetória de educação em saúde, de capacitação de conselheiros de saúde e de recursos humanos indígenas e não-indígenas para o desenvolvimento de cuidados primários de saúde, assessoria e apoio à gestão de organizações indígenas e gerenciamento de projetos de desenvolvimento comunitário. Essas iniciativas não são destinadas exclusivamente aos Baniwa, mas vêm sendo desenvolvidas com os diversos povos indígenas da região do alto rio Negro.

Uma parceria mais estreita com as organizações indígenas Baniwa se constituiu em 1997, como resposta à demanda específica de uma de suas entidades etnopolíticas, a Organização Indígena da Bacia do Içana (OIBI), cujos dirigentes, preocupados com a hegemonia de conteúdos biomédicos na formação de seus agentes indígenas de saúde, solicitaram à equipe do projeto RASI que os capacitasse em medicina tradicional Baniwa. Segundo a demanda trazida, o processo formador dos agentes de saúde, desenvolvido por órgãos governamentais e não governamentais, valorizava apenas conteúdos de medicina ocidental, ignorando (ou negando) as características da cultura Baniwa, seus nexos explicativos do evento patológico e suas estratégias tradicionais de cura e cuidados. Em outros termos, promoveram uma desvalorização intrínseca da cultura Baniwa ns jovens habilitados para desenvolver ações de saúde nas aldeias, ou seja, comprometeram a reprodução de tais saberes pelas gerações futuras.

## Organização social, doença e cura entre os Baniwa

Os Baniwa é um povo aruaque falante que habita nas calhas dos rios Içana, Aiarie e os afluentes desses, integrando o sistema fluvial rionegrino. Congrega uma população aproximadamente de 4.650 pessoas, distribuídas em 94 assentamentos (ISA/FOIRN, 1997)<sup>1</sup>, ordenada segundo a hierarquia de parentesco e agrupada em fratrias e sibs<sup>2</sup> reconhecidos e nomeados pelo grupo. As informações sobre os sistemas de doença, cura e cuidados praticados pelos Baniwa foram sistematizadas em Garnelo e Wright (2001), Garnelo (2003), Garnelo e outros (2002) e nos impressos destinados ao uso comunitário.

Para fins de maior clareza na discussão, faremos inicialmente uma breve síntese de suas características.

A patologia Baniwa está inextricavelmente ligada à sua cosmologia; segundo sua origem mítica, o processo saúde-doença pode ser ordenado em três grupos de eventos: a) Doenças originadas de um adultério ancestral cometido pela mulher do herói criador *Ñapirikóli*, com uma serpente que representa a alteridade agressiva; as principais categorias nosológicas desse grupo são *Whiokali*, problemas digestivos decorrentes dos poderes agressivos dos peixes; *Waláma*, agressão por dardos mágicos disparados por xamãs inimigos, animais e espíritos da floresta; e as picadas de serpentes venenosas, que teriam adquirido sua peçonha nessa ocasião; b) doenças advindas de *Kowai*, filho de uma relação incestuosa dos precursores da humanidade: aqui se agrupam o *Mánhene*, a principal forma de feitiçaria entre os Baniwa, e os “sopros” *Hiwiatti*<sup>3</sup>, que causam dano e infortúnios diversos. *Mánhene* e *Hiwiatti* estão ligados aos ritos de passagem, sendo, sob esse ponto de vista, opostos simétricos da ordem social instaurada pelas flautas sagradas no rito pubertário masculino. As doenças causadas por *Yoópinai*, espíritos da floresta que perderam sua condição de proto-humanos por transgredirem as regras do aprendizado xamânico, são uma resposta agressiva às disputas travadas entre eles e seus ancestrais míticos pelo uso da vida animal e vegetal, das quais são os guardiães; e c) Doenças causadas por agressões feitas pelas estrelas, acometendo, principalmente, os jovens em período pubertário, particularmente os que romperam as severas regras de jejum e as disciplinas corporais.

As principais estratégias de cura hoje utilizadas pelos Baniwa compreendem os medicamentos industrializados, que costumam ser a primeira escolha diante dos sintomas iniciais de doença. O itinerário terapêutico seguido pelos enfermos pode obedecer a uma seqüência que é iniciada pelo uso de medicamentos industrializados, passa pelo uso de plantas medicinais, inicialmente autocuidados no âmbito doméstico, e se amplia progressivamente. Caso o problema não se resolva, são procurados especialistas no conhecimento de plantas silvestres ou cultivadas, até atingir os donos de

---

<sup>1</sup> Os dados aqui citados se referem exclusivamente à população Baniwa residente na área rural do município de São Gabriel da Cachoeira. Está excluída dessas informações a população residente em área urbana, em outros municípios e em países fronteiriços como Colômbia e Venezuela.

<sup>2</sup> O termo fratria designa um conjunto de descendentes de um único ancestral mítico que se consideram consanguíneos. Os Baniwa que vivem em território brasileiro reconhecem as fratrias *Walipere*, *Hohodene* e *Dzawenai*; cada uma delas é composta por quatro a cinco *sibs* nomeados e hierarquizados, congregando membros de famílias extensas que atuam como unidades políticas no controle de espaços territoriais e recursos ambientais definidos, e estabelecem uma extensa rede de trocas matrimoniais, simbólicas e materiais que auxiliam na sobrevivência cotidiana.

<sup>3</sup> Esses dois termos designam respectivamente o envenenamento de uma pessoa, o qual gera quadros graves e freqüentemente mortais de hemorragias digestivas, e um grupo de doenças que os informantes traduzem para a língua portuguesa como “sopro”, um tipo de agressão simbólica feita através de rezas específicas para este fim, veiculadas pela fumaça do tabaco. Ambos costumam ser gerados por vingança, um retorno a uma afronta sofrida (Garnelo 2003).

cânticos e os xamãs. Essa trajetória não obedece a uma seqüência linear. Por razões como distância geográfica, escassez de especialistas, particularmente de xamãs, falta de recursos para o pagamento do trabalho de cura, desconfiança de terapeutas pertencentes a sibs afins<sup>4</sup> e, no caso dos evangélicos, interdições geradas pela conversão religiosa, os doentes costumam priorizar os tratamentos realizados no interior da consangüinidade, lançando mão do uso simultâneo de diversos recursos de cura, entre os quais os da biomedicina.

Os Baniwa dispõem de grande número de plantas potencialmente capazes de cobrir todos os nichos de sua taxonomia de doença. As formas de preparo são minuciosas e, logo, costumam ser seguidas com rigor, pois o efeito tóxico de muitas delas pode antecipar a morte, caso se cometa um erro em sua manipulação. Esse conhecimento é generalizado entre homens e mulheres, havendo certa divisão de gênero, na qual os homens se apropriam das plantas silvestres, enquanto as mulheres tendem a usar plantas cultivadas, não havendo contudo exclusividade de domínios. A apropriação desses saberes é desigualmente distribuída entre os membros da sociedade, variando segundo o interesse e a motivação em transcender os conhecimentos disponibilizados para todos. Outrora, os rituais masculinos de iniciação propiciavam um espaço sistemático de ensino-aprendizado sobre os cânticos e o uso de venenos e contra-venenos; sua interrupção deslocou a reprodução desses conhecimentos para o âmbito intradoméstico, no qual os pais costumam ensinar aos filhos, e as mães às filhas, com perda na qualidade do aprendizado.

De acordo com Garnelo (2003), as técnicas de cura são atos de purificação ritual do enfermo e seu grupo familiar que visam livrá-los das forças disruptivas que os ameaçam. Simultaneamente, representam formas de exercício do poder sobre os membros da sociedade, que preconizam a austeridade e o reforço das disciplinas do corpo e do espírito, assim como promovem o controle moral dos mais velhos sobre os mais jovens e dos homens sobre as mulheres. São, portanto, formas de intervenção política normalizadora que buscam garantir a reprodução social, contornando, apaziguando ou suprimindo a violência transgressora que, ao romper a ordem social, gera o evento patológico.

### **Cenário político encontrado**

Antes de prosseguirmos na descrição da experiência, cabe um mapeamento dos atores políticos que intervieram na cena social Baniwa ao longo das atividades do projeto de medicina tradicional. O primeiro conjunto deles é representado pelos próprios grupos políticos indígenas, cuja lógica organizativa obedece à distribuição socioespacial dos grupos de parentesco, tradicionalmente distribuídos ao longo das margens dos rios Içana e Aiari. Eles se distribuem segundo suas áreas de moradia e fratria dominante, em quatro regiões políticas distintas, Baixo Içana, Médio Içana, Alto Içana e Aiari, com suas respectivas organizações de base<sup>5</sup>: Associação Indígena do Baixo Rio Içana (AIBRI) e

---

<sup>4</sup> Para Garnelo (2003), a escassez atual de xamãs e donos de cânticos pode forçar um doente a procurar ajuda de especialistas de sibs de afins, uma alteridade perigosa na qual podem estar os agressores que produziram o quadro atual de doença. São essas as razões cruciais para postergar ou evitar a busca a essa alternativa de cura.

<sup>5</sup> No associativismo rionegrino, as organizações de base são entidades etnopolíticas locais que congregam conjuntos de aldeias dispostas em um trecho de rio, representando grupos específicos de parentes. Elas fazem a intermediação política entre o plano local e o espaço multiétnico do movimento indígena, coordenado pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro/FOIRN. Atualmente, existem onze entidades Baniwa, desenvolvendo ações de auto-subsistência, comercialização de artesanato, fiscalização da terra demarcada, militância nos conselhos deliberativos de saúde indígena etc. (Garnelo 2003).

União das Nações Indígenas do Baixo Içana (UNIBI), Organização Indígena da Bacia do Içana (OIBI), Organização Indígena dos Coripaco do Alto Içana (OICAI) e Associação Indígena das Comunidades do Rio Aiari (ACIRA). No início das atividades do projeto de medicina tradicional, existiam apenas a OIBI e ACIRA, que atuaram como principais parcerias, pois as demais entidades foram se constituindo somente nos anos subsequentes.

Apesar das mudanças geradas pelo contato interétnico que alterou o padrão de assentamento dos grupos locais, cada subregião está sob controle político de uma ou mais fratrias; assim o médio Içana é controlado pela fratria Walipere, o alto Içana pelos Coripaco<sup>75</sup> e o Aiari pelos Hohodene e Walipere. No baixo Içana, a forte influência da colonização gerou um padrão multiétnico de assentamento, havendo membros de todas as fratrias e de outras etnias em seus aldeamentos. Ainda assim, o controle político das chefias de aldeia está dividido entre membros da fratria Dzawenai e falantes exclusivos de Nheengatu<sup>76</sup> que guardam pouca memória de suas raízes ancestrais de parentesco, auto-identificando-se por intermédio de uma identidade genérica de “*Baniwa*”, sem distinção precisa de sua origem frátrica. Como se verá adiante, cada subregião interagiu de forma bem diversa com o trabalho desenvolvido.

Ainda no plano intraétnico, as tensões intergeracionais, frequentemente expressas nas relações – nem sempre harmônicas – entre chefias de aldeia (capitães) e líderes de organizações indígenas, e nos conflitos religiosos entre evangélicos e católicos, constituíram-se, em elementos relevantes no cenário político aqui analisado. Na história do movimento indígena rionegrino, os católicos têm uma ligação mais antiga com as lutas etnopolíticas, ao passo que os evangélicos, nos primeiros anos do processo associativo, mostraram-se relutantes em se engajar nesse tipo de iniciativa, e priorizaram as propostas desenvolvimentistas dos militares. Somente anos depois da formação da OIBI, ocorrida em 1992, pôde-se observar um maior interesse das aldeias evangélicas pelo associativismo indígena.

Embora enfrentassem a oposição salesiana, os católicos preservaram seus xamãs (*maliri*), os especialistas em cânticos terapêuticos (*malikai iminali*) e o uso do paricá como meio místico de diagnosticar doenças. Dessa forma, as aldeias católicas se tornaram as principais depositárias das narrativas míticas, pouco circulantes nas comunidades evangélicas, mais preocupadas com as leituras bíblicas e a realização de cultos religiosos, denominados conferências bíblicas, que reúnem grande número de participantes e mobilizam politicamente as chefias de aldeia.

As instituições não indígenas interessadas na discussão se faziam presentes através do Distrito Sanitário Especial Indígena, cujas atividades durante o desenvolvimento do projeto foram exercidas sucessivamente pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), pela Secretaria Municipal de Saúde de São Gabriel da Cachoeira, pela ONG Saúde Sem Limites e pela equipe técnica contratada pela Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), quando esta assumiu as ações distritais. Embora não exercessem atuação direta no campo sanitário, a igreja católica e as igrejas evangélicas autônomas que existem em diversas comunidades representavam uma presença poderosa, dadas as íntimas ligações entre saúde, doença e religiosidade no mundo Baniwa. O Instituto

---

<sup>75</sup> Na sociologia do parentesco Baniwa, os Coripaco não se constituem como fratria, porém os sibs Coripaco, assentados no Alto Içana brasileiro, operam politicamente como tal junto dos grupos residentes rio abaixo.

<sup>76</sup> Os residentes dessa região foram alvo de um intenso esforço missionário de conversão, tendo entre suas conseqüências o abandono da língua Baniwa e a adoção do Nheengatu, a qual se tornou a língua-mãe das gerações mais jovens. Esse processo também gerou mudanças na apropriação de saberes ancestrais e no auto-reconhecimento do lugar ocupado na estrutura social Baniwa pelos membros dessas localidades.

Socioambiental (ISA) teve, ao longo de todo período, atuação relevante no campo do etnodesenvolvimento, em parceria com as entidades indígenas, particularmente a OIBI.

No multifacetado cenário descrito, travam-se os diálogos dos indígenas consigo próprios e com os interlocutores institucionais não indígenas, instaurando-se campos de negociação e de aprendizado, mediados por saberes técnico-sanitários, antropológicos e indigenistas, dos quais os líderes nativos buscam apropriar-se, aprimorando sua capacidade de captar bens e serviços oriundos de políticas públicas necessárias à melhoria das condições de vida de seus liderados.

### **A trajetória do Projeto de Medicina Tradicional**

A solicitação da OIBI gerou um sério problema para a equipe do RASI, que detinha experiência somente em treinamento de medicina não-indígena, o que levou a interrogações sobre como proceder para capacitar indígenas em temas de sua própria cultura. O que teria motivado a entidade a propor tal iniciativa para pessoas estranhas ao seu mundo? A busca dessas respostas instaurou um permanente diálogo entre a equipe e as lideranças, o qual acabou configurando o desenvolvimento subsequente do projeto.

A primeira fase do trabalho abrangeu um conjunto de reuniões entre diretoria e o grupo técnico do RASI, para definir prioridades e estratégias de ação, estando claro que nenhum dos parceiros sabia exatamente como proceder. Os líderes da entidade propuseram que o treinamento se iniciasse pela capacitação dos agentes indígenas de saúde no manejo de plantas medicinais que, segundo eles, constituíam-se um importante recurso terapêutico do grupo. Vale ressaltar a ausência de registro, na literatura disponível na época, sobre a existência desses recursos e das taxionomias de doença que ordenavam a terapêutica Baniwa.

O treinamento proposto seguiu os moldes das capacitações que os agentes indígenas de saúde vinham recebendo havia vários anos, tendo-se organizado uma reunião na aldeia-sede da OIBI que congregou todos os agentes de saúde da área de abrangência da entidade, que na época cobria todo o rio Içana; isso representava também a afluência de membros das diversas fratrias para o curso. Como a diretoria da ACIRA não atendeu ao convite para participar das reuniões prévias ao treinamento, imaginou-se que os agentes indígenas de saúde do Aiari não participariam. As lideranças da OIBI ficaram encarregadas de selecionar os professores indígenas que trabalhariam no treinamento, o que foi feito em uma assembléia indígena, na qual os capitães escolheram os velhos conhecedores da tradição, para se encarregarem da tarefa.

A organização do treinamento gerou muitas inquietações na equipe. A primeira contradição observada foi que o trabalho proposto, iniciando-se pelo aprendizado dos modos de curar, sem uma discussão prévia das formas de adoecer, gerava uma contradição lógica com os modos habituais de abordagem de temas sanitários. Além disso, investigações prévias de Buchillet (1988, 1992) nos grupos Tukano informavam que os saberes sobre doença e cura eram segredos frátricos e/ou de sibs, e sua reprodução para as gerações mais jovens ocorria exclusivamente entre consangüíneos próximos, havendo clara recusa de partilhar tais informações com parentes distantes, visto que muitos encantamentos e procedimentos terapêuticos também podiam atuar como armas mágicas de ataque a afins ou inimigos.

Apesar dessas dificuldades, a equipe se concentrou no exercício de relativismo se adaptou às diretrizes definidas pela organização indígena, preparando-se para ministrar o treinamento, e observar e registrar os eventos daí advindos. Gerou-se um impasse inicial com a presença, não planejada, dos agentes de saúde do Aiari, os quais, não encontrando apoio de sua entidade para se engajar no processo, optaram por comparecer com seus



próprios recursos. Além de fragilizar a legitimidade da OIBI como proponente da iniciativa, levando-a a gerir situações que ocorriam fora de sua área de influência, o ocorrido acirrou a tensão entre fratrias, pois os velhos teriam que ensinar para membros de grupos afins, acentuando o risco de fracasso da capacitação. Na época, muitas dessas variáveis eram desconhecidas pela equipe externa, que construía cotidianamente um precário entendimento do cenário de eventos.

Ainda assim, o treinamento foi ministrado e os idosos escolhidos como professores iniciaram suas demonstrações de como reconhecer e utilizar plantas medicinais cultivadas e silvestres. Eles também enfrentaram dificuldades pedagógicas, pois sua experiência didática prévia, que se restringia a um pequeno número de parentes de seu grupo familiar, teve de ser subitamente empregada para ensinar quase cinquenta agentes de saúde. A reunião, inicialmente dimensionada para congregar um pequeno número de participantes, transformou-se em uma grande assembléia de mais de duzentas pessoas, pois a maioria dos chefes de aldeia do Médio e do Alto Içana compareceu, com suas respectivas esposas, a fim de acompanhar o desenrolar dos eventos. Essa afluência maciça contribuía, de um lado, para dar visibilidade e legitimar o trabalho, mas, de outro lado, aumentava as inquietudes e incertezas dos organizadores.

Ao longo do trabalho, a equipe técnica do RASI evitou tomar a frente das decisões, direcionando sua participação para o auxílio pedagógico aos conhecedores da tradição, ao registro escrito das informações e, obviamente, ao custeio da atividade, com o financiamento obtido para este fim. No primeiro treinamento, os conhecedores indígenas selecionados na assembléia de capitães se deram conta de que não haviam trazido número suficiente de plantas cultivadas para sustentar o número combinado de dias de trabalho. Por esse motivo, improvisaram excursões à selva para reconhecer e coletar plantas silvestres que pudessem ampliar o leque de informações discutidas no treinamento. Essa estratégia de emergência foi copiada e enriquecida em cursos subseqüentes, tornando-se parte integrante de todos os momentos posteriores, e se mostrando uma valiosa forma de ampliar os conhecimentos dos mais jovens, já que os microecossistemas do território Baniwa oferecem recursos fitoterápicos bem distintos entre si.

O produto final do trabalho foi uma longa lista de nomes de plantas com uma lacônica informação do nome da doença a ser tratada; os agentes de saúde extremamente preocupados com a posologia insistiam em saber o número de doses diárias, com seus respectivos horários e o número de dias de tratamento para anotar em seus cadernos de registro de plantas. Eles tentavam reproduzir as formas de aprendizado dos treinamentos biomédicos, tornando-se visível que poucos haviam apreendido os detalhes das informações fornecidas pelos mais velhos. As avaliações públicas dos presentes foram entusiásticas, mas também seguidas de enfáticas recomendações de continuidade dos treinamentos. A equipe externa, que admitiu um relativo fracasso na iniciativa, ficou sem entender a razão de tantos elogios. Desconhecia, na época, que as censuras públicas são raras na cultura Baniwa, sendo consideradas expressões de agressividade, e podendo ser alvo de retaliações xamânicas; em função disso, as verdadeiras avaliações costumam ocorrer em locais privados.

Conforme programado, aproximadamente nove meses depois se realizou o segundo treinamento que, em linhas gerais, seguiu os moldes do primeiro, com poucas mas relevantes modificações, decorrentes das avaliações privadas, efetuadas entre um treinamento e outro, e pactuadas nas visitas da equipe externa e da diretoria da OIBI nas aldeias. A primeira delas foi que, embora estivessem sendo pagos por seu trabalho, os conhecedores de plantas exigiram que as informações sobre plantas Baniwa fossem trocadas por informações sobre plantas medicinais dos brancos, instaurando-se a

circulação do conhecimento nos dois sentidos. A segunda veio dos treinandos que reivindicavam, de um lado, o aprendizado de técnicas agrícolas para cultivo de plantas e, de outro, a manipulação dos remédios aos moldes dos farmacêuticos, na forma de xaropes e unguentos. Tratava-se de uma demanda oriunda de experiências prévias como alunos de escolas agrotécnicas que muitos deles, inclusive as lideranças, haviam cursado. Eles também tentavam trabalhar com a terapêutica tradicional do mesmo modo que haviam aprendido nos treinamentos ministrados pelas instituições de saúde, manejando apresentações similares às industrializadas. Era, enfim, um inesperado distanciamento dos objetivos iniciais do trabalho, ou seja, a revitalização da tradição. Aparentemente tinha-se o caminho inverso, a moldagem dos saberes tradicionais às técnicas de ensino-aprendizado da escolarização formal.

Nesse momento, a equipe externa já dimensionara as implicações políticas de ter acatado as diretrizes da OIBI e iniciado o trabalho pelas plantas medicinais, em vez de começar pela teoria Baniwa de doença. A cautela da OIBI se ligava às características da conversão Baniwa ao protestantismo, com a concomitante negação do xamanismo, dos cânticos terapêuticos (*malikai*) e dos mitos de origem da doença de veneno (*mánhene*). Caso o trabalho tivesse sido iniciado pelas interdições do evangelismo, o risco de fracasso teria sido bem maior, pois os evangélicos constituíam a principal base política da OIBI. Tal estratégia se mostrou frutífera, gerando um consenso inicial que viabilizou a ampliação gradativa da discussão, até que se obtivesse um clima favorável à abordagem das doenças.

Ao longo de cinco anos, o projeto sensibilizou e ampliou alianças com os detentores de saberes sobre doença e cura que se dispusessem a trabalhar com os agentes indígenas de saúde. Paralelamente, a equipe externa iniciou uma pesquisa antropológica convencional sobre os sistemas de doença-cura-cuidados, deparando-se com uma rica produção mítica, intimamente ligada à cosmologia e à estrutura social do grupo.

Mas o problema da transmissão de conhecimentos secretos para cura de doenças, em particular aquelas ligadas à agressão xamânica, persistia e ameaçava o aprofundamento da aprendizagem. No terceiro ano de atividades, os velhos encontraram duas formas de equacioná-lo: a primeira delas foi o desenvolvimento de uma relação ensino-aprendizado conduzida no espaço familiar, reservando para o âmbito intradoméstico um nível mais profundo de aprendizado que problematizasse os temas considerados secretos, esotéricos ou perigosos e impróprios à circulação generalizada, em que não-iniciados ou inimigos potenciais pudessem ter acesso ao teor das discussões.

O ensino doméstico, ocorrendo no ritmo compassado do cotidiano e no plano da experiência prática, aproximou-se mais das formas tradicionais de reprodução cultural do grupo, libertando-o da influência dos métodos escolares que predominavam nos treinamentos coletivos. Essa experiência gerou uma inversão do valor atribuído pelos agentes de saúde aos saberes dos mais velhos. O treinamento em biomedicina deixava pais e avós incapacitados de emitir opiniões sobre o trabalho de seus filhos e netos na cura de doentes. O trabalho com a medicina tradicional deixou os agentes de saúde inseguros sobre os procedimentos a adotar, levando-os a consultar os mais velhos sempre que recebiam doentes e a valorizar informações antes desprezadas.

Em seguida, os capitães e os conhecedores da tradição perceberam que os jovens se mostravam incapazes de reter os complicados relatos míticos e de recitar cânticos de cura apenas pela memorização de relatos verbais. A revitalização de antigas formas de aprendizado carecia do estado especial de consciência obtido nos antigos rituais de passagem e de formação de xamãs, dificultando a aprendizagem. Além disso, a influência da escola deixava os jovens inseguros em confiar apenas na formulação oral, tornando-os desejosos de buscar apoio em um registro escrito que os auxiliassem na

memorização dos conteúdos. Mediante essa constatação os conhecedores tradicionais, antes receosos de autorizar a produção de uma escrita que propiciasse a circulação, conseqüente perda de controle, de elementos secretos de sua cultura, decidiram gravar os relatos míticos, a fim de que a equipe do RASI pudesse transcrevê-los e lhes dar a forma desejada pelos jovens agentes. Depois de transcritas, as gravações foram revisadas por todos os informantes, que decidiram expurgar certos conteúdos considerados inadequados para os ouvidos de não-iniciados, de mulheres e de crianças<sup>77</sup>. Além disso, optaram pela publicação de versões em português, com uma tradução não literal dos relatos, por temerem que certas frases de poder neles contidas pudessem ser utilizadas para fins agressivos.

O material foi visto e revisto várias vezes antes que pudesse ser utilizado, o que ocorreu no quarto treinamento. A garantia de um aprendizado mais fidedigno dos conteúdos se deu pela gravação de cânticos, mitos e outras falas de poder. Para tal fim, diversas famílias mais envolvidas no processo receberam gravadores e fitas cassete, aprendendo a manejar o equipamento para fazer gravações sigilosas, após as quais os jovens poderiam ouvir inúmeras vezes os relatos até que fossem capazes de memorizá-los. O projeto ainda continua fornecendo pilhas e fitas, porém a equipe externa jamais teve acesso a essas gravações.

Essas estratégias criativas evidenciaram a busca do grupo de domesticar elementos alheios à sua cultura, capazes de favorecer meios para viabilizar a realização mais eficiente de seus propósitos. A experiência histórica dos participantes propiciou a apropriação de ferramentas externas que, transfiguradas no interior de marcos referenciais fornecidos pela própria tradição, pudessem se transformar em vias simultâneas de preservação e de mudança dos planos existenciais e normativos da sociedade (Almeida 2001).

A manipulação farmacêutica de plantas medicinais nunca foi à frente. Embora tenham recebido materiais industrializados (frascos, potes, veículos em quantidade suficiente para preparar unguentos e açúcar para os xaropes) os agentes para fazê-lo não levaram a iniciativa adiante, alegando que não dispunham de panelas de barro para o preparo dos medicamentos. A avaliação da equipe do RASI foi que, embora tenham demandado essa iniciativa, os agentes não se sentiram capazes de repetir as trabalhosas tarefas em suas casas e foram desestimulados pelos mais velhos, que rejeitavam tais inovações.

O esforço pelas hortas durou mais de quatro anos. A maior parte deles trabalhou duro para organizar os canteiros de plantas medicinais na própria aldeia; essa era uma iniciativa penosa, particularmente para as comunidades assentadas em areal, cuja baixa fertilidade era incapaz de prover nutrientes para as plantas. Tal condição obrigou muitos deles a transportar manualmente uma grande quantidade de terra de suas roças e cavar na areia para plantar as mudas. Em diversas aldeias, o ingrato trabalho envolveu a participação de todos, inclusive mulheres e crianças, tendo-se obtido grandes hortas com mais de cem espécies distintas. Quando cresceram, as plantas foram atacadas pelas saúvas; em resposta, os índios começaram a usar gasolina, diesel, DDT e outros venenos que encontrassem; alguns chegaram a comprar inseticidas e outros agrotóxicos conhecidos em sua passagem pelas escolas agrotécnicas. Tais opções foram condenadas pelo técnico agrícola do projeto, adepto da agricultura orgânica, e receoso de que as plantas medicinais absorvessem as substâncias tóxicas utilizadas para o combate às formigas. Tentou-se ainda o uso de inseticidas orgânicos, sem nenhum sucesso. O

---

<sup>77</sup> Diversos mitos e cânticos terapêuticos contêm frases que, por si só, são capazes de causar dano, particularmente àqueles em estado de liminaridade, como as mulheres grávidas ou menstruadas, os doentes, as picadas de cobra e as crianças, consideradas seres ainda incompletos e indefesos.

fracasso levou muitos a abandonar as hortas, ao passo que outros lutaram por muito tempo contra os insetos, buscando destruir seus abrigos e conseguir uma trégua que sempre foi temporária.

Em busca de uma solução de consenso para o problema, a equipe percorreu todas as aldeias envolvidas no projeto, tentando encontrar uma alternativa para o caso e entender a importância das hortas que demandavam tanto esforço em sua manutenção. A resposta obtida foi que as hortas haviam se transformado em elementos de prestígio e de competição entre as famílias, e se tornado alvo da admiração dos não índios que as visitavam e divulgavam a iniciativa em outros espaços do alto rio Negro. A fama das hortas Baniwa levou a FOIRN a deslocar alguns financiadores para visitá-las, utilizando-as como demonstrativo de iniciativas comunais de auto-sustentação. Em um plano mais interno, observou-se que os mais velhos viam as hortas comunitárias como forma de partilhar elementos de cultura que, no passado, eram cuidadosamente guardados pelos chefes de família, ainda que pertencentes ao mesmo sib. Nas palavras de alguns capitães, as mudanças de seu mundo exigiam uma postura mais transparente, já que o segredo guardado por tantas gerações estava se mostrando mais prejudicial que benéfico, uma vez que vinha impedindo os mais jovens de conhecê-los. É escusado dizer que tal posição nunca foi endossada pelos xamãs, que continuaram firmes na defesa de seus segredos.

Os persistentes ataques das formigas inviabilizaram de vez as hortas, levando seus cultivadores a abrir mão do prestígio e a transferir as plantas para suas roças, onde podiam defendê-las dos vorazes insetos. Ao fim de quatro anos de atividade, todas as hortas tinham sido abandonadas.

Esse foi também um fértil período de experiências agronômicas, nos quais promoveram, com maior ou menor sucesso, a domesticação de plantas silvestres que tentavam cultivar nas hortas, testaram graus de insolação e de umidade dos solos, assim como obtiveram bons resultados no desenvolvimento de técnicas de cultivo em média escala, pois até então seu plantio ocorrera em quantidades reduzidas, suficientes apenas para o uso de uma única família. Como descobrimos depois, tais iniciativas encobriam um propósito de comercialização das plantas.

O terceiro curso, realizado no terceiro ano de atividades, marcou a diáspora dos participantes. O demarcador desses eventos ocorreu no segundo dia de trabalho, quando dois dos professores indígenas decidiram ocupar o horário da tarde (muito quente para excursões na mata) com a narração de um longo mito sobre a criação do mundo. A iniciativa gerou um nítido mal-estar entre os agentes indígenas evangélicos do alto Içana, que discretamente se retiraram, passando a não frequentar a sala de reuniões no período da tarde. A equipe não indígena se esforçou em entender as razões do não comparecimento dos habitualmente assíduos Baniwa à sala de aula, recebendo respostas lacônicas em que alegavam cansaço e sono. Além disso, os agentes alegavam não apreender os nexos entre a narrativa mítica da cosmogonia Baniwa e as representações de doença e cura trabalhadas no curso.

A avaliação subsequente demonstrou a necessidade de reprogramar os cursos segundo as subregiões controladas por cada fratria. Embora insistissem na importância do trabalho coletivo nos cursos, que representavam um ganho na articulação política das chefias das aldeias<sup>78</sup>, os mais velhos se queixavam da dificuldade gerada por um número

---

<sup>78</sup> A presença de muitas lideranças nos períodos de treinamento costumava ser aproveitada para a troca de idéias, a discussão de políticas de atuação com as instituições da sociedade nacional e outras articulações. Por diversas vezes, os cursos precederam as assembleias das organizações indígenas, tratando-se de uma excelente via de racionalizar gastos e capitalizar politicamente o apoio para a entidade, por utilizar o efeito demonstrativo de um trabalho concreto sendo conduzido nas aldeias.

tão grande de interlocutores e ansiavam por trabalhar com platéias mais restritas, em qual se sentissem mais à vontade junto aos membros de seus próprios sibs. A nova conjuntura gerou um prejuízo político para a OIBI, até então a principal responsável pelo trabalho, forçando-a a partilhar os dividendos políticos com as demais associações. Para a equipe externa, gerou um problema no custeio do projeto, multiplicando por quatro o gasto dimensionado para o treinamento anual, tendo sido difícil demonstrar para os financiadores do projeto a necessidade de ampliação do custeio das atividades.

Com alguma dificuldade, esses problemas foram contornados e, daí por diante, em vez de um evento anual, os encontros passaram a se realizar duas vezes por ano, mas organizados em locais diferentes. Assim, os cursos passaram a ser organizados também no Aiari, Alto e Baixo Içana, com a equipe passando a variar a interlocução com as diversas organizações indígenas locais. Foi também o momento em que a diversidade constitutiva do mundo Baniwa se expressou de modo mais evidente. Cada curso assumiu características muito distintas: as do Aiari marcadas pela riqueza de informações míticas e os do Alto Içana pela grande variedade de informações sobre plantas medicinais silvestres, menos abundantes no ecossistema do Aiari. Em contrapartida, a recusa dos informantes evangélicos Coripaco em abordar, em público, a discussão sobre as origens cosmológicas das doenças permaneceu firme durante todo o processo. As comunidades menos vinculadas ao fundamentalismo evangélico chegaram a aprofundar, em locais privados, diversos conteúdos negados em público, mas sem o entusiasmo observado no médio Içana e Aiari.

A mudança na estratégia de organização do trabalho ampliou a participação dos conhecedores da tradição. A maior congruência entre área de abrangência dos treinamentos e território fraterno viabilizou a afluência de vários idosos que até então se mostravam arredios às propostas do projeto. Segundo os mesmos, o deslocamento para os territórios controlados pelos afins acarreta um grande risco de adoecer e morrer pelo veneno *mánhene*, ao passo que a proximidade com o núcleo de consanguinidade amplia os níveis de segurança e o entusiasmo em aderir às atividades propostas.

No baixo Içana, as coisas ocorreram de forma bem distinta. As viagens de acompanhamento já haviam mostrado que os habitantes daquela área tinham pouca aderência ao projeto, existindo um nítido desprezo pelos conteúdos de medicina tradicional. A região já não contava com nenhum conhecedor de plantas ou cânticos *malikai*; os capitães, envolvidos em suas demandas por antenas parabólicas, geradores e outros bens industrializados, optavam por canalizar seus esforços para a prefeitura municipal, permanecendo indiferentes ao trabalho. Os agentes de saúde continuaram comparecendo aos treinamentos, mas no retorno para casa não davam continuidade às ações neles pactuadas. Apesar do cenário pouco propício, após o quarto curso uma das organizações indígenas do Baixo Içana pleiteou o deslocamento do mesmo para sua aldeia-sede. Como se descobriu posteriormente, sua motivação ligava-se essencialmente à busca de prestígio e legitimidade, pois se tratava de uma associação nova que buscava demonstrar sua capacidade de ação. Os acordos subsequentes também se mostraram difíceis porque os informantes cobraram preços astronômicos para ministrar os ensinamentos, fato que aumentou os custos do curso. Houve falta de alimentos durante o treinamento e a entidade nunca fez a prestação de contas dos recursos a ela repassados para a realização do evento. Tais atitudes, em flagrante desacordo com as normas Baniwa de comportamento, despertaram a reação escandalizada dos capitães de outras áreas, havendo uma unânime decisão de redirecionar o controle do processo para a OIBI. Ainda assim, por razões políticas, a equipe optou por fazer um último evento no rio

Aiari, uma vez que as disputas entre ACIRA e OIBI, isto é, entre fratrias Hohodene e Walipere, exacerbavam-se e ameaçavam a continuidade do projeto<sup>79</sup>.

Os registros escritos continuaram a ser feitos e geraram, além do *Manual de doenças tradicionais Baniwa* (Garnelo 2001), um cadastro de plantas medicinais cultivadas, no qual descreve-se o nome da planta, as doenças por ela tratadas, as formas de preparo, a administração do medicamento e as dietas prescritas para cada caso. Iniciou-se também o cadastro de plantas silvestres, que ainda não foi concluído por se tratar de temática bem mais complexa que as plantas cultivadas. O monopólio familiar da informação sobre as plantas exigiu que os registros fossem individualizados, de tal forma que cada agente recebeu seu próprio cadastro, contendo informações sobre todas as plantas que aprendeu a manejar, segundo o acervo de sua família, que pode ser bastante distinto dos saberes de outros grupos familiares, ainda que pertencentes a um mesmo sib.

No período da proliferação das hortas, a necessidade de preservar o segredo das plantas gerou uma adaptação das habituais técnicas agrícolas de enumerar, em uma pequena trave de madeira, os exemplares plantados. Na trave, os agentes dispunham um número que correspondia à informação sobre a planta, disposta em seu cadastro de plantas, no qual o nome e as formas de uso do remédio eram detalhadas; tal recurso facilitava a memorização e resguardava o segredo da informação.

Atualmente, a equipe externa se dedica ao segundo manual de doenças tradicionais Baniwa, que deve conter informações não contempladas no primeiro, como dietética, agravos que acometem mulheres e crianças, e doenças ligadas aos rituais de iniciação pubertária.

O projeto, porém, tem futuro incerto. Em 2001, as avaliações periódicas com os dirigentes da OIBI deixaram claro que o entusiasmo das chefias da aldeia com relação ao projeto se ligava mais à possibilidade de auferir renda dessa atividade que a uma efetiva revitalização cultural. O projeto nunca criou postos de trabalho, limitando-se a remunerar pontualmente os informantes e professores de medicina tradicional nos treinamentos. Sua existência, contudo, presença catalisou a circulação de bens desejados como alimentos, gasolina e materiais de pesca, viabilizou a contratação, pela FOIRN, de novos agentes de saúde, cujas atividades se iniciaram com o trabalho com plantas medicinais, e propiciou, como se verá adiante, uma expectativa de geração sistemática de renda decorrente da comercialização das plantas medicinais.

Cabe aqui uma análise da motivação, bastante díspar, dos atores políticos envolvidos. O interesse dos agentes de saúde se ligava principalmente à busca de prestígio e legitimidade, agora em um patamar mais interno à sua cultura, e não apenas baseada no conhecimento biomédico que antes monopolizavam. Achavam, contudo, que estavam sendo ameaçados pela presença de médicos e enfermeiros contratados pelo Distrito Sanitário. Entre os conhecedores da tradição, alguns deles eram também chefes de aldeias e, por isso, demonstraram muito entusiasmo com a iniciativa, a qual recolocou em primeiro plano um conjunto de saberes aparentemente suplantados pela afluência de

---

<sup>79</sup> Tais disputas precediam a existência do projeto de medicina tradicional Baniwa, pois remetem às tensões entre afins, um dos pilares da socialização Baniwa. Elas recrudesceram na constituição da OIBI, que inicialmente agrupava membros de todas as fratrias, em uma tensão que levou à posterior criação da ACIRA. O projeto de medicina tradicional Baniwa foi apenas uma das iniciativas da OIBI, que acumulava outros bem-sucedidos programas como a comercialização de artesanato e a implantação da escola Baniwa; essas atividades acumularam prestígio e a influência da organização junto à FOIRN e a entidades externas de apoio, gerando uma irritada reação dos dirigentes da ACIRA e de suas bases políticas. A equipe do RASI enfrentou sérias dificuldades para contornar esses entraves, obtendo sucesso apenas parcial na tarefa. O último treinamento de medicina tradicional, realizado em 2003 no Aiari, foi melancólico, marcado pela ausência dos capitães e afluência de poucos conhecedores da tradição, situação em parte decorrente da baixa credibilidade da recém-empossada diretoria da ACIRA.

medicamentos industrializados de uso mais cômodo e de efeito mais rápido nas aldeias. Também não é desprezível a influência da presença de professores universitários que valorizavam os saberes tradicionais vistos pelos jovens como um anacronismo supérfluo. A iniciativa gerou um reforço da autoridade dos mais velhos sobre seus descendentes, algo considerado muito desejável para a manutenção da vida social Baniwa.

As organizações indígenas, em particular a OIBI e a ACIRA, obtiveram bons dividendos políticos com o trabalho, seja por enfrentarem o desafio de superar a mera retórica do movimento indígena e oferecer respostas concretas para a melhoria das condições de vida, seja em razão de a fama obtida pelo projeto, que contribuiu para projetar a imagem do movimento etnopolítico dos Baniwa para fora dos limites de seu território. Internamente, o maior dividendo foi o inesperado reforço da aliança entre os líderes de associações e os terapeutas tradicionais, sempre defensivos contra o associativismo Baniwa, em particular, as entidades controladas por evangélicos. Os donos de cânticos, todos eles católicos, mostraram-se inicialmente desconfiados dos propósitos de uma entidade, cujos diretores evangélicos demonstravam interesse por elementos culturais renegados na conversão religiosa. Pode-se dizer que tal desconfiança não desapareceu e foi apenas amenizada pelo desenvolvimento do trabalho.

As lideranças evangélicas enfrentaram um duro dilema identitário, ao aperceberem-se que sua sobrevivência e sucesso como entidade etnopolítica só se sustentaria à medida que pudessem trabalhar na defesa de elementos de uma tradição que eles e seus consangüíneos vinham negando há quase cinquenta anos, quando ocorreu a conversão. Foi essencialmente essa constatação que os levou a buscar alternativas de preservação cultural não apenas da medicina tradicional, mas também de outros elementos negados de sua cultura, como a música das flautas de madeira e as antigas armas de guerra. Rapidamente eles também tomaram consciência de que o singular aprendizado obtido no movimento indígena não era partilhado por suas bases políticas, de forma que as radicais bandeiras de valorização do xamanismo, da mitologia e dos cânticos de cura poderiam abalar sua legitimidade com os chefes de aldeia, mais preocupados com leituras bíblicas e com a organização das conferências evangélicas. O equilíbrio entre tantas tendências e motivações conflitantes gerou muita angústia entre os dirigentes, sem que houvesse uma solução definitiva para o dilema.

O lado pragmático da história é representado pelos capitães, apontados por autores como Weigel (2001) como representantes do desenvolvimentismo na área Baniwa. Em nosso próprio levantamento, foi possível observar que o papel político dos capitães era similar àquele descrito por Almeida (2001: 141), que situa os capitães Guarani como articuladores de códigos de conduta das sociedades indígena e não-indígena, encarregados de coordenar empreitadas, arregimentar mão-de-obra e movimentar recursos que serão forçados a redistribuir entre a parentela que lhe fornece as bases do apoio político. No cenário Baniwa, os capitães também tinham, entre suas obrigações, de se relacionar com as autoridades regionais, buscando equacionar, no plano extradoméstico, necessidades de sua parentela. Internamente, sua legitimidade lhes dava a oportunidade de atuar como dinamizadores das iniciativas cotidianas e das escaramuças políticas, mas sem poder de mando, atuando apenas como porta-vozes interessados em satisfazer as demandas de seus liderados (Almeida 2001: 139). Com tal fim, têm, entre suas grandes preocupações, a obtenção de bens de consumo, máquinas e equipamentos de uso cotidiano. Trata-se de tarefa árdua, uma vez que, nas três últimas décadas, os Baniwa não dispuseram de atividades econômicas regulares capazes de absorvê-los – ainda que explorados – em processos produtivos que viabilizassem a geração de renda e de consumo.

Boa parte da energia dos capitães<sup>80</sup> é despendida na busca de produção econômica em um contexto desfavorável, inserido em um mercado regional incapaz de absorver seus produtos e mão-de-obra. Ainda assim, eles persistem, já que sua permanência no cargo está, em grande parte, ligada à possibilidade de acesso e canalização de bens industrializados para o grupo aldeado. Sua preocupação com a geração de renda e com as formas de acesso à comercialização de produtos nos mercados regionais se torna inteligível quando compreendemos sua importância na manutenção da base de autoridade do capitão. No caso específico do projeto de medicina tradicional Baniwa, sempre foi perceptível o desejo de viabilizar a comercialização das plantas, principalmente por parte dos capitães excluídos do projeto de comercialização de cestaria de Arumã, desenvolvido pela OIBI<sup>81</sup>. Tal propósito era contraditório às determinações dos conhecedores da tradição, que desde o início do trabalho desconfiavam de possíveis artimanhas dos brancos para roubar e vender seus saberes; por isso, desde o início do projeto pactuou-se que nenhuma planta seria vendida ou mesmo levada para fora da área Baniwa, o que foi rigorosamente cumprido. Apesar do combinado, contudo, logo se tornou claro que o apoio político dos capitães se esvairia, caso não encontrassem uma forma de gerar renda com a iniciativa.

A solução encontrada foi refazer o acordo prévio, iniciando um estudo de viabilidade de comercialização de plantas ritualísticas, mas não medicinais, outrora utilizadas com a finalidade de embelezamento, purificação e sedução para jovens enamorados. Ainda que pertencentes à tradição, essas plantas cosméticas não se revestiam do caráter sagrado das plantas medicinais e, portanto, poderiam encontrar mercado mais acessível, com melhores preços e menores complicações legais que os fitoterápicos.

Para viabilizar a comercialização, a diretoria da OIBI propôs uma aliança com o Instituto Socioambiental (ISA), que já apoiava a entidade no projeto de cestaria de arumã e se encarregou de viabilizar os procedimentos legais para firmar os futuros acordos de venda de matéria-prima. Entre os passos intermediários, exigia-se um estudo de sustentabilidade das plantas, a fim de evitar uma exploração predatória desses recursos. O ISA mobilizou etnobotânicos do Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA), que efetuaram o levantamento das espécies previamente selecionadas pelos indígenas. O custeio foi rateado pelas três instituições e, no fim do trabalho, das nove espécies selecionadas apenas seis demonstraram potencial de exploração sustentável. A equipe do RASI levantou a produção simbólica estabelecida em torno das plantas, visando a agregar valor comercial às mesmas, no futuro processo de venda às empresas interessadas.

Depois de cumpridas todas essas etapas, houve uma mudança na legislação brasileira que regula a exploração de recursos ambientais em área indígena, inviabilizando os esforços realizados. A falta de regulamentação complementar que orientasse sobre as novas formas de realizar operações comerciais dessa natureza gerou o medo de causar dano à propriedade intelectual indígena, fato esse que afastou as

---

<sup>80</sup> Vale ressaltar que, na atual situação Baniwa, existe grande autonomia na escolha dos capitães vamente regulada pela hierarquia do parentesco. A capacidade de ingerência das agências externas na escolha e permanência de um capitão em seu cargo é praticamente nula.

<sup>81</sup> Nem todas as aldeias puderam participar do esforço de produção e comercialização de cestaria de arumã, pois o cipó está desigualmente distribuído no ecossistema Baniwa e diversas localidades não tinham disponibilidade da matéria-prima no ambiente sob seu controle, ficando excluídas dessa alternativa econômica.



empresas até então interessadas em adquirir os produtos. As negociações permanecem em compasso de espera.

Internamente, o projeto passou por mudanças. A falta de perspectiva comercial arrefeceu o entusiasmo dos capitães, que reduziram o apoio à iniciativa; além disso, o financiamento externo do projeto foi encerrado, inviabilizando a manutenção dos treinamentos. Em vista disso, a equipe do RASI buscou outra fonte de custeio para dar continuidade às atividades, e vem buscando recursos para viabilizar um trabalho com a escola Pamaali, uma escola autônoma gerenciada pela OIBI, preocupada com a manutenção de um sistema de ensino formal mais respeitoso à cultura indígena. Na parceria com a escola, o projeto proposto foi a organização de uma mitoteca, que contemplasse o registro escrito e gravado dos mitos Baniwa, em particular, aqueles ligados a origem, cura e prevenção das doenças; a idéia em pauta é levá-los ao conhecimento das gerações mais jovens, as quais, embora tenham um conhecimento fragmentado sobre eles, desconhecem seus sentidos profundos, principalmente a arte de narrá-los, tal como praticada pelos donos de cânticos.

Salvo o interesse pessoal de um enfermeiro, os profissionais do DSEI não demonstraram maior interesse na iniciativa. As reiteradas ofertas de treinamento que propiciasse informações sobre os sistemas de doença-cura-cuidados dos Baniwa, para os profissionais que ali atuam, foram recebidas com indiferença e nunca viabilizadas. O Manual de doenças tradicionais Baniwa circulou entre os profissionais e foi lido com curiosidade, mas sua formulação causou estranheza e tampouco foi compreendida. Em certo momento, uma médica se dirigiu à FOIRN solicitando a cessão de plantas Baniwa para utilizar em doentes internados na casa do índio; sua iniciativa foi rechaçada pela OIBI, que desconfiava de seus propósitos. Os representantes da Igreja Católica tiveram atitudes contraditórias: o padre moveu uma campanha de difamação contra a equipe da Universidade, retomando velhas alegações de que os pesquisadores apenas tentavam enriquecer vendendo livros sobre culturas indígenas; uma das freiras se propôs a fornecer informações para o registro escrito, alegando conhecer muitas plantas medicinais. A proposta foi ignorada pelos indígenas, assim como pelos evangélicos, principalmente após perceberem que seu conhecimento girava em torno de plantas medicinais introduzidas pelo contato.

Quanto aos agentes de saúde, depois de cinco anos de atividades, seu treinamento formal foi interrompido no início de 2003. Após alguns meses, observou-se que vários deles não deram continuidade ao atendimento de doentes com as plantas medicinais. Na verdade, persistiram apenas aqueles cujos pais, tios ou avós já tinham uma prática estabelecida nesse campo, com quem pudessem buscar e obter apoio no manejo de receitas penosas e não raro perigosas. É inegável, porém, que se ampliou o número de interessados nesse tipo de atividade, pois, esses recursos, ao menos no tempo de duração do projeto, saíram da obscuridade e foram alvo de interesse de todos, observando-se um importante incremento de trocas de espécimes entre as famílias. As plantas continuam discretamente nas roças, à espera daqueles que se atrevam ou necessitem encarar as rígidas dietas que acompanham os tratamentos tradicionais, os quais permanecem sendo procurados apenas quando os remédios dos brancos se mostram incapazes de resolver suas dificuldades.

### **Considerações finais**

As considerações finais sobre essa experiência se prendem ao propósito de enquadrá-la na teoria que orienta as intervenções dirigidas às culturas indígenas. Ao

observar a trajetória percorrida, vê-se que a mesma diverge da caracterização do trabalho do antropólogo tal como descrito por Cardoso de Oliveira (1998): *olhar, ouvir, escrever*. Isso não deixou de ser feito, mas as intensas formas de interação travadas com os diversos nichos de poder da sociedade Baniwa e com as parcerias institucionais que também intervieram naquela cena social não se enquadram nas premissas traçadas por este autor. O grupo que conduziu a experiência obteve conhecimento não apenas pela observação do processo em curso, mas, como recomenda Sevilla-Casas (1976), inserindo-se em um processo social por meio de uma ativa atuação em diferentes níveis da realidade, rejeitando as imposições e a transferência de tecnologia, utilizando caminhos não-lineares e preestabelecidos, priorizando os avanços negociados.

Trata-se certamente de um trabalho ligado à mudança – material e simbólica – induzida em um grupo indígena, porém organizada em contexto bem distinto daqueles em que historicamente se processaram as estratégias da antropologia aplicada<sup>82</sup>. À diferença das rotinas da antropologia aplicada, não foram instituições externas que formularam o problema a ser equacionado, mas sim os grupos políticos do próprio mundo indígena que definiram as prioridades e necessidades, de maneira que saíram em busca de soluções e de parcerias para atendê-las. Trata-se, na origem, de uma demanda forjada no cenário do contato interétnico, mas já incorporada ao cotidiano do grupo, produzindo mudanças culturais que agora os próprios indígenas desejam neutralizar.

Também não tivemos aqui ação importante das agências indigenistas tentando adequar culturas tribais à modernização capitalista; em alguns casos tal demanda ocorreu através de frações do mundo indígena quando necessário, ainda que sem abrir mão do próprio controle de sua inserção no mercado, trilhando um caminho em que se mostraram capazes de perseguir objetivos externos e gerar iniciativas etnopolíticas de reconstrução de seu mundo. Nessa vertente, os agentes políticos indígenas abandonaram o rótulo de população-alvo, em favor da condição de definidores ativos de problemas e de tomada de decisão e de construtores de estratégias de mudança (Bennet 1996). As mudanças contemporâneas no mundo indígena tornaram-no muito mais complexo e multifacetado do que antes podia ser percebido. Além disso, a possibilidade de expressão da variação intracultural fez visíveis as múltiplas características e as opiniões que coexistem nas culturas indígenas, tornando as interações, intra e interétnicas, mais difusas e ambíguas que as agências desenvolvimentistas permitiam entrever.

Outras características da antropologia aplicada também podem ser encontradas aqui, pois o relato da experiência deixou bem clara a necessidade do uso de diversas contribuições teóricas e técnicas de outras disciplinas. A complexidade das demandas formuladas, as quais jamais poderiam ser supridas apenas pelo conhecimento antropológico, exigiu o apoio, entre outras, da pedagogia, da agrotecnia, da botânica, da administração e da comércio. A rigor, a contribuição da antropologia fluiu em todo o percurso, ajudando a clarificar o desenho de atores e cenários, suas motivações e conexões com as formas mais profundas de organização da vida e do pensamento dos membros da sociedade trabalhada. Somente através da produção da etnologia rionegrina<sup>83</sup>, complementada por pesquisa paralela desenvolvida pela própria equipe

---

<sup>82</sup> Armas define a antropologia aplicada como “a utilização formal de conhecimentos apontados pela ciência antropológica para a solução de problemas práticos (estabelecidos pelos agentes externos). Entre esses conhecimentos, sempre têm obtido especial relevância os relativos à mudança cultural e social, particularmente as situações de contato intercultural e seus efeitos” (1981: 67). No contexto em que escreveu, o México da década de 1980, a autora considera o indigenismo subproduto da antropologia aplicada, atuando como uma forma de colonialismo em busca de conhecer para melhor dominar as populações indígenas.

<sup>83</sup> Ver Buchillet (1983, 1988, 1992), Hugh-Jones (1979a, 1979b), Jackson (1983), Koch-Grümbert (1995), Wright (1981, 1993, 1993-4, 1996, 1998), Hill (1987, 1988, 1989) e Journet (1995).

externa – e aí já não se trata mais de antropologia aplicada –, foi possível entender as categorias de pensamento que propiciaram a elaboração de sentidos sobre a realidade e estabelecer pontes de raciocínio entre os saberes prévios que o grupo dispunha e as novas situações trazidas pela interetnicidade. A pesquisa mostrou como a sociedade em pauta vem fazendo uma apropriação simbólica e material de informações, debates e problemas sanitários por ela enfrentados, e de como os reconstróem criativamente na vida cotidiana. Em contrapartida, importantes condições da antropologia aplicada não se concretizaram, visto que a equipe externa não mantinha vínculos com agências de desenvolvimento, tendo se inserido na realidade trabalhada com base em alianças com os próprios representantes indígenas, o que delimitou sua ética de intervenção; a eles emprestaram lealdade, limitando as possibilidades de alienação entre necessidades e interesses internos e externos. Assinale-se que o complexo cenário de negociações e os múltiplos e contraditórios objetivos dos próprios interlocutores indígenas, que nunca atuaram de forma monolítica, freqüentemente deixavam a equipe externa confusa a respeito de quais interesses deveriam ser priorizados. As saídas para os impasses foram sempre obtidas pela negociação.

Tais modos de atuar aproximam os autores da *antropologia da ação* de Tax (1975), com suas características de auxílio às comunidades, diálogo irrestrito no acordo de ações de parceria solidária, tolerância cultural e reconhecimento dos indígenas como participantes igualitários, intelectuais e afetivos nos processos de definição de necessidades, na inclusão de valores, programação de ações e realização das tarefas<sup>84</sup>, ainda que em desacordo com elas. Sem dúvida, as premissas adotadas pela equipe externa de encorajamento da mudança de hábitos e instituições indígenas, do favorecimento da descoberta de novos valores e atitudes além da busca de auxílio para que as coisas acontecessem, sem o intuito de assumir o protagonismo da ação, encontraram muitas similaridades com as propostas da antropologia da ação.

Nunca existiu, porém, uma equivalência perfeita, pois a equipe externa não era composta de voluntários humanistas que se opunham às intervenções de agências de colonização, nem financiaram o trabalho com seus próprios recursos de pesquisa. Ao contrário, foram buscados fundos específicos para o trabalho de intervenção, cuja interrupção, aliás, vem deixando a continuidade do trabalho em risco, já que a desejada auto-sustentação não se efetivou. Tratava-se também de um grupo de pessoas que organizou sua vida profissional em torno da saúde indígena, recebendo salários para viabilizar esse tipo de atividade, com uma vinculação funcional voltada especificamente para tal fim, ou seja, sem identificação com os tipos habituais de agência indigenista vigentes em períodos históricos anteriores. Trata-se enfim, de um perfil institucional voltado para a intervenção, mas sob moldes muito distintos daqueles encontrados por Tax (1958, 1975) e seus contemporâneos, os quais, confrontados com o etnocentrismo das agências de fomento ao desenvolvimento, buscavam explorar alternativas que viabilizassem uma interação respeitosa com a população-alvo.

Também foi possível encontrar identidade no que Johannsen (1992) chama “pesquisa colaborativa”, com toques de antropologia interpretativa. Para a autora, o ideal de uma pesquisa-ação colaborativa seria uma seqüência em que os membros das comunidades analisam e identificam um problema e os pesquisadores fazem o mesmo; usando os dados gerados, ambos estabelecem uma parceria colaborativa em busca de solução, tanto para geração de saberes quanto para a produção de políticas de ação construídas em conjunção com as comunidades, em um processo semelhante ao aqui descrito.

---

<sup>84</sup> Nesse sentido, ver a experiência de Schlesier (1974) entre os Cheyenne, com que os autores encontraram “a posteriori” similaridades de propósitos e ação.

Ainda persistem diversas interrogações de ordem prática sugiidas no desenrolar das atividades. Teria ficado claro para todos os participantes indígenas o grau de *expertise* que sua sociedade detém no tema trabalhado? O projeto foi realmente capaz de propor e desenvolver soluções não-dogmáticas para os problemas? O grupo indígena logrou prescindir da presença do agente externo para viabilizar seus objetivos, e seria esta uma alternativa realmente imprescindível? A experiência foi capaz de gerar aprendizados sobre si próprios e sobre o trabalho dos antropólogos? Teria havido suficiente clareza quanto ao fato que a realização de objetivos como a auto-sustentabilidade depende de variáveis muito mais complexas do que a limitada governabilidade de pesquisadores e comunidades locais pode equacionar?

O cotidiano e as delimitações oferecidas pela estrutura social Baniwa se tornaram os marcos de referência permanente do projeto, operando como base de apoio para a ação e para a investigação de um objeto forjado por meio de situações locais mutantes, assim como de especificidades sociais a serem refletidas e interligadas (Oliveira Filho 1987). Além disso, não se perdeu de vista a situação de contato interétnico, inerente à condição indígena de sistema social em transformação e em busca de novos equilíbrios, sempre instáveis e temporários, continuamente quebrados e recriados, e que exigirem a produção de políticas e estratégias diferenciadas capazes de responder local e extra-localmente a tal dinâmica (Almeida 2001: 136).

Em síntese, foi essa a descrição da cena social encontrada em que, a exploração da ordem simbólica dos sistemas de doença-cura-cuidados se mostrou reveladora dos embates que mobilizam os mais diversos interesses dos atores em conflito. O campo da produção simbólica da doença se configurou como um microcosmos em que grupos sociais exercitam a capacidade de intervenção, tornando-se a representação uma ferramenta que viabiliza a intervenção prática na vida social.

## Referências bibliográficas

ALMEIDA, R. F. T.

(2001)*Do Desenvolvimento Comunitário à Mobilização Política: o Projeto Kaiowa-Ñandeva como experiência antropológica*. Rio de Janeiro: Contra Capa/LACED.

ARMAS, M. N.

(1981)"A antropologia aplicada no México e seu destino final: o indigenismo". Em: JUNQUEIRA, C.; Carvalho, E. A. (orgs.). *Antropologia e Indigenismo na América Latina*. São Paulo: Ed. Cortez, , p. 67-85.

BENNETT, J.

(1996)"Applied and Action Anthropology. Ideological and Conceptual Aspects". *Current Anthropology* 37(1): S23-S53.

BUCHILLET, D.

(1983)"Maladie et Memoire des origenes chez les Desna du Uaupés (Brésil)". Tese de doutorado. Universidade de Paris X. 261 p.

(1988)"Interpretação de Doença e Simbolismo Ecológico entre os Índios Desana". *Boletim do Museu Paraense Emilio Goeldi, Série Antropologia*, Belém, 4 (1)

(1992)"Nobody is there to hear. Desana Therapeutic Incantations." In: LANGDON, J.; BAER, G.(ed.). *Portals of Power*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R.

(1998) "A antropologia e a crise dos modelos explicativos". Em: *O trabalho do antropólogo*. São Paulo/Brasília: Editora da UNESP/Paralelo 15, p. 53-72.

GARNELO, L.

(2003)*Poder, Hierarquia e Reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Coleção Saúde dos Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ

GARNELO, L. (org.).

(2001)*Manual de Doenças Tradicionais Baniwa*. Manaus: Ed. Universidade do Amazonas.

GARNELO, L.; WRIGHT, R.

(2001) Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 273-284

GARNELO, L.; SAMPAIO, S; FERNANDO, A.

(2002)*Medicina Tradicional Baniwa: Doença, poder, conflito e cura*. 23<sup>a</sup> Reunião Brasileira de Antropologia, Gramado.

HILL, J.

(1989)*Keepers of the Sacred Chants: The Poetics of Ritual Power in an Amazonian Society*. Southern Illinois University, Department of Anthropology.

(1987)"Wakuenai ceremonial exchange in the Northwest Amazon". *Journal of Latin American Lore* 13(2):183-224,

HILL, J. ; WRIGHT, R.

(1988) "Time, Narrative and Ritual: Historical Interpretations from an Amazonian Society". In: *Rethinking History and Myth*. Urbana: University of Illinois Press.

HUGH-JONES, C.

(1979)*From the Milk River. Spatial and Temporal processes in Northwest Amazon*. Cambridge: Cambridge University Press,

HUGH-JONES, S.

(1979) *The palm and the pleiades: initiation and cosmology in Northwest Amazon*. London: Cambridge University Press.

ISA/FOIRN.

(1997)*Comunidades Indígenas do Alto e Médio Rio Negro*. Banco de Dados. S. Gabriel da Cachoeira.

JACKSON, J.

(1983) *The fish people, linguistic exogamy and Tukano identity in Northwest Amazon*. London: Cambridge University Press.

- JOHANNSEN, A.  
 (1992)"Applied Anthropology and Pos-Modernist Ethnography". *Human Organization*, 51(1): 71-81.
- JOURNET, N.  
 (1995)*La Paix des Jardins: structures sociales des indiens Curipaco do haut Rio Negro (Colômbia)*. Paris: Ed. Musée de L'Homme.
- KOCH-GRÜMBERG, T.  
 (1995)*Dos años entre los indios*. Bogotá: Editorial Universidad Nacional, v. I e II.
- OLIVEIRA FILHO, J. P.  
 (1987)*O "Nosso Governo": os Tikuna e o regime tutelar*. São Paulo: Marco Zero/CNPq.
- SCHLESIER, K.  
 (1974)"Action Anthropology and the Southern Cheyenne". *Current Anthropology*, 15(3): 277-289.
- SEVILLA-CASAS, E.  
 (1976)"Action Anthropology and Transdisciplinary Perspectives". *Current Anthropology*. 17(3): 490-1.
- TAX, S.  
 (1975)"Action anthropology". *América Indígena* 12: 103-9.  
 (1958)"The Fox Project". *Human Organization*. 17: 17-19.
- WEIGEL, V.  
 (2001)*Escola de Branco em Maloca de Índio*. Manaus: Ed. da Universidade do Amazonas.
- WRIGHT, R.  
 (1981)"History and religion of the Baniwa people of the upper Rio Negro valley". Tese de doutorado. Stanford University.  
 (1993) "Pursuing the Spirit: Semantic Construction in Hohodene Kalidzmai Chants for Initiation". *Amerindia*. 18: 1-37.  
 (1993-94). "Umawali: Hohodene myths of the Anaconda, father of fish". *Société Suisse des Américanistes*. Bull. 57/58: 37-48.  
 (1996)"Os Guardiões do Cosmos: pajés e profetas entre os Baniwa", Em: Langdon E.J. (org.). *Xamanismo no Brasil. Novas Perspectivas*, Florianópolis: Ed. UFSC.  
 (1998)*Cosmos, Self and History in Baniwa Religion. For those unborn*. Austin: University of Texas Press.

## **Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto-Xingu**

Partindo de dados preliminares obtidos com os Kalapálo, grupo alto-xinguano, este texto procura discutir algumas questões que hoje informam acerca da legislação sobre saúde indígena e dos modelos de atenção que estão sendo implantados para o atendimento dessa população. Defende-se aqui a existência de uma dimensão essencialmente política em relação ao modo como os serviços médicos são incorporados não só ao campo das estratégias terapêuticas ameríndias, mas também às suas dinâmicas societárias próprias.

Para algumas lideranças xinguanas, o significado da demanda por determinados tipos de serviço médico diz respeito não à reprodução de formas de assistencialismo, mas aos ganhos políticos internos e externos a essas comunidades, que se afirmam em sua capacidade de incorporar e controlar diversas fontes de recursos dados em suas relações com a sociedade mais ampla. O dilema sobre a forma da relação e do usufruto dos princípios constitucionais que asseguram às comunidades indígenas a um só tempo *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas) só pode ser resolvido no campo político interno à organização dessas populações, com base em uma reflexão crítica que possa subsidiar tanto os projetos propostos quanto as demandas das próprias comunidades às quais esses projetos são dirigidos.

### **Unificação e especificidade: políticas de saúde indígena no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**

O projeto de saúde indígena foi proposto após a realização das primeiras Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas, que reconheceram a legitimidade de proposições oriundas de diversos fóruns no sentido de valorizar as práticas da medicina indígena e a necessidade de prestar, de forma diferenciada, serviços de atenção integral à saúde dessas populações.

De acordo com Langdon, a proposta para uma política de saúde especificamente voltada para as populações indígenas começou a ser delineada a partir da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, em 1986. Até então, as populações indígenas contavam com a assistência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), que substituiu o Serviço de Proteção ao Índio (SPI). Durante a Conferência realizada em 1988, que tratou da organização e do funcionamento dos serviços de

saúde para as populações indígenas no contexto da municipalização dos mesmos com a criação do SUS, foram fixados alguns princípios básicos que norteariam a política de saúde indígena e que seriam incorporados à Constituição de 1988. Entre esses princípios, figuram o da indissociabilidade entre a questão da saúde indígena e as questões derivadas da ocupação territorial, da subsistência e da educação dessas populações, além daqueles da tolerância e do respeito à diversidade cultural de cada grupo. Procurou-se ainda promover a participação da comunidade na programação dos serviços de saúde, ao enfatizar o reconhecimento das práticas terapêuticas nativas no contexto da implantação desses serviços (Langdon 1999: 3).

Os projetos de criação de “Sistemas Locais de Saúde”, como o da área da reserva Yanomami (Ministério da Saúde 1991), refletem essa tendência, assim como a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em 1999. O projeto de criação dos DSEIs procurou assegurar, por meio de parcerias das instituições públicas com organizações indígenas e outras da sociedade civil, a integralidade da assistência médica e odontológica para essas populações, cujas políticas e diretrizes seriam estabelecidas pelo Ministério da Saúde e suas ações executadas pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), tal como disposto, respectivamente, nos artigos 2 e 3 do Decreto No 3.156, de 27 de agosto de 1999 (Ministério da Saúde 1999).

De um lado, esses projetos visam a contemplar o movimento reivindicatório das lideranças indígenas na afirmação dos seus direitos constitucionais; de outro, a formação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), mesmo com sua conotação “diferenciada” e “específica”, insere-se no bojo das reformas ministeriais de regionalização, descentralização e hierarquização dos serviços de atenção à saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultado dos movimentos de saúde que reivindicavam e propunham uma reforma sanitária no país desde 1970, e referendada pelas Conferências Nacionais de Saúde realizadas durante as décadas seguintes, em particular, a VIII Conferência, em 1986, a proposta da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), baseada em críticas ao sistema de assistência médico-hospitalar, reafirma os princípios e diretrizes para a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90). Os princípios e diretrizes dessa proposta se pautavam na ampliação do conceito de saúde, assim como na universalização e integralização do conjunto das ações e serviços de saúde pública, tendo como base também a participação popular e a constituição e o aumento do orçamento para sua viabilização (Paim 2003a: 593).

Ao ressaltar os sucessivos reveses de natureza política e econômica para a plena operacionalização do SUS, Paim chama atenção para as divergências sobre o próprio modo como o sistema é concebido e sobre a formulação e a implementação das políticas públicas do setor. Para Paim, permaneceriam certas “iniquidades” na forma de sua organização, por exemplo, a fragmentação institucional entre modelos de assistência médico-hospitalar, pública e ocupacional, e a segmentação do sistema em público e privado (: 599-600). Sob esse aspecto, seria a própria noção de modelos assistenciais ou modelos de atenção, definidos pelo autor como formas ou modos diferenciados de combinação de recursos tecnológicos para a formulação das ações em saúde e a organização dos serviços para sua operacionalização, que estaria subjacente ao problema (Paim 2003b: 568).

De acordo com Paim (2003b), coexistiriam, no Brasil, dois modelos assistenciais distintos: o médico-assistencial privatista (centrado na demanda espontânea e de caráter essencialmente curativo e individual) e o sanitarista (voltado para a saúde pública, em particular, para o controle epidemiológico e preventivo por meio de campanhas e programas especiais), cujos *modus operandis* e formas de



organização dos serviços não observariam os princípios constitucionais de integralização, universalização, regionalização, hierarquização e descentralização da atenção e intervenção em saúde. Teria sido nesse contexto que a proposta de distritalização dos serviços de saúde, assim como outras propostas alternativas de reorganização da rede de serviços de saúde, teve lugar. Sob esse aspecto, para Mendes (1999), o processo de distritalização da saúde tem função estratégica tanto para a viabilização da reforma sanitária proposta quanto para o *locus* operacional – territorial, demográfico, epidemiológico, tecnológico, socioeconômico e, principalmente, político – do “processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde” (: 95).

Para tanto, a proposta de distritos sanitários como unidades operacionais e administrativas mínimas do sistema de saúde, cuja base estaria na territorialização, integralização e intersectorialidade das ações e serviços de saúde para determinados grupos populacionais, teria como objetivo, de fato, propiciar o desenvolvimento de um outro modelo de atenção, fundado em práticas técnico-assistenciais de natureza predominantemente sanitária e epidemiológica, em contraposição ao modelo médico-assistencial privatista, de orientação clínica (Mendes 1999; Paim 1999, 2003b). De acordo com Paim, o modelo deveria operar, potencialmente, por meio da “oferta organizada” e da “reorientação da demanda”, por sua adequação aos princípios sanitários de vigilância à saúde, dada em função do perfil epidemiológico ou dos problemas de saúde prevalentes em um determinado grupo populacional (Paim 1999, 2003b: 570-71).

Tratou-se, assim, de formular um modelo de atenção operacionalmente baseado no controle preventivo e gestor da saúde de grupos populacionais demarcados, por meio de protocolos assistenciais e de um sistema de referência e contra-referência de pacientes e informações dentro do sistema, de acordo com prioridades definidas e reconhecidas por pesquisas epidemiológicas ou, como observa Paim, orientado por uma “racionalidade técnico-sanitária” (Paim 2003b: 574). O novo modelo teria como pressuposto também a participação comunitária no planejamento e na gestão das ações e programas de saúde, assim como a intervenção sobre os determinantes socioambientais e estruturais subjacentes ao quadro de morbidades prevalentes em um determinado grupo populacional, quer como “espaço político de negociação” (Mendes 1999: 140), quer sob a forma da proposição de um “novo projeto cultural de comunicação social e educação em saúde” (Paim 2003b: 576).

Nesse quadro, o projeto de criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) também é formulado. Se a assistência médica para as populações indígenas tinha sido pautada, até então, pelo atendimento emergencial ou pelo modelo campanhista clássico do sanitário (a exemplo das Equipes Volantes de Saúde, EPVs), destinados ao controle predominantemente epidêmico, sua incorporação ao Sistema Único de Saúde procurou levar em consideração a especificidade cultural desses povos e a necessidade de um “subsistema” de saúde diferenciado. Levou ainda à promoção do programa de formação dos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) como uma das principais “estratégias” para a execução desse projeto, por meio da capacitação de agentes nativos para atuarem nesse âmbito em suas próprias comunidades (Santos e outros 1996: 8).

De acordo com as propostas e diretrizes do documento “Formação de Agentes Indígenas de Saúde –Proposta de Diretrizes”, elaborado pela Coordenação de Saúde do Índio/Fundação Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde em julho de 1996, três grandes princípios diretores foram esboçados para justificar a formulação de um projeto específico e diferenciado de atenção à saúde indígena.

O primeiro deles salienta a necessidade de uma política de saúde voltada para essas populações, ao levar em conta um levantamento feito pela Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP), nas áreas indígenas do Mato Grosso no período de 1993 a 1995, que revela os péssimos indicadores de saúde locais. De acordo com esse levantamento, doenças respiratórias (IRA), gastroenterocolites e desnutrição foram consideradas responsáveis por 46,7% dos óbitos para todas as faixas etárias, notando-se, ainda, uma concentração de 58,9% das mortes na faixa etária entre zero e cinco anos (UNIFESP citado por Santos e outros: 9).

O segundo princípio salienta a necessidade da formação dos agentes indígenas de saúde como principal recurso para o atendimento da demanda por serviços de saúde em áreas indígenas<sup>2</sup>. O documento observa que essa formação deveria ser orientada por um “[...] conteúdo e metodologia definidos pelas equipes técnicas de coordenação de saúde indígena, de acordo com o perfil epidemiológico e a organização sociocultural dos grupos étnicos e seus sistemas tradicionais de saúde. Para tanto, devem ser respeitadas as diretrizes do SUS, culturalmente adaptadas, e de outras instâncias ou fóruns deliberativos desta natureza” (: 11) .

O terceiro princípio se refere ao eixo diretor que norteia o projeto. Ao pressupor a especificidade cultural dos grupos a serem atendidos, enfatiza o respeito às concepções terapêuticas indígenas como fator fundamental para a realização do projeto. O documento também chama a atenção para o fato de que o conhecimento científico e a prática médica ocidental constituem não um *substituto das medicinas tradicionais*, mas sobretudo um recurso de atenção à saúde, devendo ser respeitados, explicitamente, os hábitos, costumes e tradições dos diversos grupos étnicos a serem atendidos pelo projeto. Para tanto, deveria reconhecer, respeitar e recuperar os ordenamentos cosmológicos nativos por meio dos quais o processo saúde-doença, a cura e a morte são significados (: 10).

O que esse documento vem chamar atenção é de extrema importância no que concerne ao processo de implantação de modelos de atenção à saúde para populações ou grupos populacionais indígenas. Se, sob esse ponto de vista, o documento alerta para a preocupação com o reconhecimento, respeito e recuperação dos sistemas cosmológicos subjacentes às concepções e práticas terapêuticas nativas, cabe, entretanto, evitar a redução desses sistemas tanto no que diz respeito aos “hábitos” e “costumes”, a serem respeitados em nome da “diferença”, quanto ao *corpus* teórico-conceitual da biomedicina.

Procura-se, pois, neste texto, salientar alguns dos problemas que podem advir desse processo, com base em seu acompanhamento entre os Kalapálo do Alto-Xingu, de acordo com dois aspectos principais: o primeiro se refere ao projeto de formação dos agentes de saúde indígenas, que aparece como um dos meios preferenciais de viabilizar o modelo de atenção à saúde para essas populações e sua adequação para atender às demandas locais por este tipo de serviço; o segundo, um pouco mais abrangente, diz respeito às dificuldades e conflitos sobre o modo de implantação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) na área do Xingu, o qual remete diretamente às divergências entre as orientações programáticas do projeto de criação do DSEI local e a forma de organização política das comunidades do Alto-Xingu.

### **Politics da diferença: saúde indígena e o projeto de estruturação do DSEI-Xingu**

Desde 1960, os programas de assistência à saúde para os povos indígenas do Xingu têm sido levados a cabo pelas equipes da Escola Paulista de Medicina, atual UNIFESP. Dirigido prioritariamente para o levantamento, controle e atendimento de epidemias e endemias locais, o programa de atenção à saúde indígena no Xingu vem operando hoje também por meio do programa de formação dos agentes indígenas de saúde. A partir de 1999, com a criação do DSEI do Xingu (DSEIX), suas atividades são coordenadas por intermédio de um convênio assinado com a FUNASA.

O projeto segue, sob esse aspecto, todas as diretrizes para a formulação de uma política de saúde indígena – no caso, municipalizada –, de acordo com os princípios que regulamentam o modelo de atenção descentralizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde. Para tanto, o Parque do Xingu foi dividido em três áreas de abrangência (Pólo Leonardo, Pólo Pavurú e Pólo Diauarum), e foram realizados convênios com dois hospitais das cidades próximas de Canarana e Água Boa. Além disso, foi criada a Casa de Saúde do Índio, para oferecer hospedagem e apoio aos pacientes em tratamento e seus acompanhantes, bem como instalada a própria sede do DSEIX, ambas em Canarana (UNIFESP 1999).

Dificuldades flagrantes que dizem respeito à gestão da saúde em um território de largas dimensões, sem recursos financeiros suficientes que permitam um deslocamento rápido e eficiente – quer das equipes de saúde às aldeias, quer dos pacientes aos postos e hospitais de atendimento e a provisão adequada de medicação, estão entre os principais problemas enfrentados pelos profissionais de saúde e pela população local, que, reiteradamente, reclama da qualidade dos serviços de saúde prestados. Esses problemas têm gerado também uma fonte permanente de conflitos entre os coordenadores locais do DSEIX e as lideranças indígenas.

Tal situação é particularmente preocupante na área do Alto-Xingu e se origina das discordâncias entre coordenadores e lideranças locais sobre o modelo proposto de atenção à saúde, o qual, ao seguir as orientações organizacionais e programáticas das políticas de saúde que definem sua atuação dentro do Sistema Único de Saúde, pauta-se também nos princípios que regem esse sistema, ou seja, o controle gestor integral e intersetorial da saúde de grupos populacionais territorializados, por meio da organização diferenciada e hierarquizada dos serviços locais de saúde e dos programas de capacitação de recursos humanos, entre eles, o de formação dos agentes indígenas de saúde e o de auxiliares de enfermagem indígenas. Esses programas são considerados fundamentais tanto para a organização das ações de saúde locais segundo a proposta de assistência setorializada e hierarquizada, de orientação predominantemente preventiva, sanitária e educacional, quanto como forma de interlocução, intervenção e promoção dos programas específicos de cuidados em saúde nas aldeias, a ser desenvolvido por esses agentes (UNIFESP 1999).

Os coordenadores encontram dificuldades para o gerenciamento desse modelo entre os grupos populacionais do Alto-Xingu e atribuem tais dificuldades ao “tradicionalismo” do exercício da chefia local, que se assentaria, segundo essa visão, sob uma forma de “assistencialismo estatal” desde a criação do Parque em 1961. Tal visão, portanto, é contrária ao modelo gestor que está sendo proposto desde a retirada da FUNAI do gerenciamento dos recursos para a prestação de serviços de saúde a essas populações.

Do ponto de vista dessas lideranças, o modelo não está sendo operacional porque não só permanecem os mesmos problemas de deslocamento e, eventualmente, de falta de medicação, de aparelhagem técnica e de profissionais habilitados para os postos locais de saúde, como também o projeto de formação dos agentes indígenas de saúde não está correspondendo, nas aldeias, à demanda de profissionais

especializados para o atendimento dos problemas de saúde que eventualmente ocorram. Nesse sentido, por exemplo, reivindicam a construção de um hospital devidamente aparelhado na área, a ser instalado no Posto Leonardo, assim como a presença permanente de profissionais habilitados e equipes de saúde no local que possam atender prontamente aos casos de morbidade que aparecerem nas aldeias do entorno.

Se há desacordo entre modelos de atenção à saúde é porque há uma exigência, por parte das lideranças indígenas locais, de que o modelo deve ser tal como o têm os “brancos”. Esse desacordo surge, de um lado, em razão de o modelo proposto, fundado na descentralização, atendimento preventivo, diferenciado e hierarquizado dos serviços de saúde, no qual o projeto de formação dos agentes indígenas de saúde é central para sua viabilização, não estar sendo efetivo e, portanto, não formar “profissionais” que são considerados e consideram-se habilitados para tal, sem contar as contínuas reclamações de falta de medicação e verbas para deslocamentos; de outro, porque querem ter à disposição centros médicos hospitalares para o atendimento clínico imediato que necessitarem.

Durante o contato com os agentes de saúde Kalapálo que estavam sendo treinados nesses programas, estes observaram reiteradamente a falta de medicamentos na aldeia e, principalmente, as dificuldades que tinham para acompanhar os cursos; os agentes não entendiam as explicações que eram dadas e atribuíam esse fato ao pouco conhecimento que tinham da língua portuguesa. Sem ter o domínio da língua, sentiam-se também incapazes de entender os princípios etiológicos e profiláticos da medicina ocidental, os quais são radicalmente diferentes dos seus.

Levando-se em conta as concepções nativas sobre corpo, doença e processo terapêutico, diretamente relacionado ao par feiticeiro/pajé, em uma ordem cosmológica em que natureza, cultura e o sobrenatural se articulam em uma totalidade transcendente, caberia questionar quais são as possibilidades reais de significação da incorporação dos princípios etiológicos e terapêuticos que a medicina ocidental produz. Do ponto de vista dos pajés locais, essa significação é clara: “o monitor de saúde fica ajudando; nós, curando”. De fato, o “remédio do branco” pode curar e evitar as “doenças de branco” e as mortes delas advindas, aliviar as dores e servir como exibição pública de acesso a bens e serviços, que inclusive podem vir a ser fonte de prestígio pessoal e marco na conquista dos direitos constitucionais indígenas. O processo terapêutico parece estar localizado, entretanto, em outro plano: nas relações humanas com a natureza e a “sobre-natureza” – os “espíritos” ou “monstros” são geralmente teriomórficos ou ainda representações de elementos da natureza – que comportam, como os casos de acusação de feitiçaria parecem indicar, e a exemplo de numerosos outros relatos de cunho antropológico, uma dimensão propriamente “ética” pela qual a sociedade ordena a si própria. Sob esse aspecto, doença e processo terapêutico, e não só entre os Kalapálo, raramente se restringem a uma determinação de natureza técnica porque envolvem necessariamente concepções sobre o corpo e a construção da “pessoa” (no sentido sociológico, maussiano, do termo) articuladas em um sistema que integra simultaneamente natureza e sociedade em uma ordem cosmológica e transcendental.

Nesse contexto, as equipes de saúde no Alto-Xingu que prestam assistência aos Kalapálo passaram a re-significar as categorias indígenas “doença de branco” e “doença de índio”: a primeira, usada pela população local para se referir às doenças que os índios “pegaram” ou “pegam” no contato com os “brancos” (principalmente doenças viróticas e infecto-contagiosas), tem sido re-designada como doença “física/orgânica” e, portanto, sujeita à competência da “medicina dos brancos”; a

segunda, utilizada pela população local para se referir às doenças ou sintomatologias reconhecidas no sistema classificatório e terapêutico nativo, em “doença espiritual”, sujeita, pois, ao tratamento performatizado por pajés ou outros especialistas terapêuticos locais.

O efeito desse processo funciona no sentido de permitir o exercício da prática terapêutica ocidental nessas condições particulares mas, como está sendo indicado, isso ocorre à custa da re-significação das categorias indígenas para que estas possam se adequar e tornar “funcional” o sistema que de outro modo não teria como se sustentar pelas diferenças flagrantes entre dois ou mais sistemas terapêuticos operando de formas logicamente distintas. Faz-se, sob a ótica da “funcionalidade”, uma operação que reduz as categorias do sistema nativo às categorias biomédicas ocidentais, ao introduzir, no caso, uma distinção alheia ao universo indígena (físico/espiritual) e uma ordem, equívoca, de “complementaridade terapêutica” entre os dois sistemas.

O problema é mais complexo. Procura-se uma “síntese” ou, em termos antropológicos, uma “lógica complementar”, mas que, de fato, é “segmentar” . Primeiro porque, de certa forma, essa “síntese” já está sendo feita à revelia (e com outra conotação) dos orientadores e coordenadores dos projetos de saúde indígena . O modo como os medicamentos e a assistência médica são incorporados por alguns grupos xinguanos, respectivamente como bens de consumo e como proteção à “doença dos brancos”, constitui exemplo ilustrativo dessa tendência. Sob esse aspecto, o conhecimento médico dos “brancos” é, do ponto de vista indígena, instrumental e preventivo em relação às doenças que os “brancos” lhes levam e não de outra ordem, o que põe seriamente em questão o pressuposto de “complementaridade” com que alguns projetos de saúde tendem a enfocar e legitimar a intervenção pretendida (Cardoso 2001). Em segundo lugar, se a “lógica complementar” é necessária para a operacionalização do sistema de saúde (e, por isso, obtém necessariamente um resultado reducionista, pois se trata, em suma, de recuperar os sistemas nativos nos termos da sua própria lógica e não da do outro), os sistemas indígenas ou, se preferível, os “ordenamentos cosmológicos” por meio dos quais operam as categorias classificatórias e o próprio pensamento indígena tendem mais à segmentaridade que à complementaridade; de fato, pressupõe a segmentaridade, tal como se pode antever com base em uma comunicação de Viveiros de Castro (2001), sob o ponto de vista do que o autor denomina “perspectivismo”: filosofia nativa que inclui, em sua própria elaboração, o princípio da virtualidade de outras realidades possíveis, distinta, pois, do clássico relativismo antropológico ocidental, que tende, quando formula noções como respeito à diversidade, costumes e crenças, a reduzir ao seu próprio princípio lógico de classificação os mesmos sistemas que procura reconhecer ou recuperar.

O “pluralismo médico” , que parece ser o modo como a prática médica é incorporada no campo das estratégias terapêuticas nativas, indica tanto o seu uso “instrumental” e “adicional” por parte dessas comunidades (principalmente os “remédios”), quanto esse princípio de segmentação subjacente à lógica do pensamento indígena, por meio do qual inclusive os fundamentos e princípios terapêuticos locais ainda são mantidos.

Se, de um lado, isso permite a permanência dos sistemas terapêuticos nativos, mesmo que eventualmente modificados por inclusões técnicas e profiláticas, de outro, o contato mais próximo e a dependência crescente dos serviços de saúde e dos remédios “dos brancos” não exime ambas as partes de possíveis deturpações e equívocos no atendimento prestado (Cardoso 2001). Levando-se em conta, por

exemplo, as próprias categorias Kalapálo, pode-se perguntar: como controlar e compatibilizar a adequação de medicamentos e suas dosagens, referidas no sistema médico-ocidental conforme idade/faixa etária, se entre os membros desse grupo a idade não é “contada”, mas fixada em termos de categorias que indicam o grau de formação, desenvolvimento e *status* da “pessoa”?

Do ponto de vista indígena, no entanto, o problema real consiste no acesso ao atendimento biomédico e na qualidade de sua prestação, para que não só possam fazer face as “doenças dos brancos”, como também gerenciar os recursos disponíveis para o atendimento da demanda local por esse serviço. O sentido dessa demanda não é “só médico”, mas essencialmente político e diz respeito a dois pontos principais: a) as condições de inserção das comunidades indígenas no cenário nacional; e b) as diferentes situações sociopolíticas e territoriais desses povos que demandam serviços de saúde diferenciados em relação aos princípios estruturais de suas organizações. A afirmação do princípio de respeito à diversidade sociocultural dos povos indígenas tem significado, na prática, relegar os sistemas cognitivos e lógico-simbólicos desses povos a uma esfera difusa de “crenças, hábitos e costumes”, particularmente, em face da “racionalidade técnico-sanitária” que se pretende implantar no modelo de atenção à saúde.

Em referência ao primeiro aspecto, o impacto epidemiológico que certas doenças já provocaram nas populações indígenas tem sido correlacionado, segundo alguns trabalhos, menos ao isolamento pressuposto dessas populações, o que as levaria a apresentar uma relativa “falta de imunidade” ante o contato com outros povos, que ao impacto do próprio “processo colonizador” sobre suas formas de organização social.

Ao desintegrar as redes de relações que permitiam a reprodução dessas organizações sociais, levando algumas delas à depopulação e ao re-aldeamento, com a subsequente privação dos meios territoriais e tradicionais de subsistência, o surgimento de doenças caracterizadas como “carenciais” (subnutrição, parasitoses etc.) revelaria a precária situação socioeconômica que essas populações passaram a ocupar na sociedade nacional. Se, de acordo com essas observações, os perfis epidemiológicos dessas populações estão relacionados com as dinâmicas socioculturais que determinariam tanto sua “vulnerabilidade” às doenças quanto sua *significação* no contexto das práticas sociais às quais estão sujeitas, os projetos de implantação de modelos de atenção à saúde dirigidos às populações indígenas deveriam também estar relacionados com esses mesmos aspectos.

Da mesma forma, e em relação ao segundo ponto que remete às diferentes situações sociopolíticas e territoriais dos povos indígenas, o dilema sobre a forma da relação e do usufruto dos princípios constitucionais que asseguram às comunidades indígenas a um só tempo *direitos* (universais) e *especificidades* (diferenciadas) só pode ser solucionado, com todas as contradições que lhe são inerentes, no campo político interno à organização dessas comunidades e externo em suas relações com as instituições, governamentais ou não, que elaboram e gerenciam os projetos assistenciais que lhes são dirigidos. De fato, não se pode prescindir desses elementos que determinam a adesão ou não dos grupos aos projetos propostos, desde que respeitados aqueles intencionados pelas comunidades e lideranças indígenas.

Noções como *diferença* e *especificidade* remetem diretamente ao campo dos *valores* propriamente *políticos* que estão subjacentes aos seus usos:

[...] por um lado, diferença e especificidade podem levar ao “empoderamento” (*empowerment*) dessas populações, dado que, ao negar o princípio de uma igualdade constitucional indiferenciada e

não-realizada (no caso, até tutelar), torna-as politicamente aptas a um conjunto determinado de reivindicações para sua autodeterminação. Por outro lado, o “ser diferenciado”, pode implicar o não acesso às mesmas formas que legitimam, do ponto de vista de algumas lideranças indígenas, o “ganho” (político) das possíveis benesses dos sistemas médico-assistenciais e educacionais dos “brancos”, perpetuando, sob esse ponto de vista, o mesmo processo de exclusão (Cardoso 2001: 19).

Tal é a natureza e o sentido da demanda, por parte de algumas lideranças alto-xinguanas, da construção de hospitais e centros de saúde locais que reproduzam o que eles consideram o modelo “branco” de assistência médica: igualdade de tratamento e acesso aos serviços de saúde e, por meio dessas “conquistas”, a reafirmação do “fazer política” alto-xinguanos, que está centrado, tal como será observado a seguir, na capacidade de seus líderes de conquistar determinados tipos de benefício para suas comunidades.

### **Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: os alto-xinguanos**

Historicamente associado à atuação dos irmãos Villas Boas, então ativos integrantes do ex-Serviço de Proteção ao Índio e participantes da Expedição Xingu-Roncador, o Parque do Xingu foi criado em 1961 como parte de um projeto explícito de preservação das áreas e das populações indígenas que já se encontravam no local, servindo, eventualmente, de refúgio para outros grupos tribais ameaçados de extinção por graves epidemias e pela ocupação colonizadora.

Supõe-se, hoje, com base em dados arqueológicos e em pesquisas etnohistóricas mais precisos, que a consolidação da ocupação dessa área por parte dos grupos que formam o que se convencionou chamar “sistema alto-xinguanos” teria se desenvolvido durante os últimos duzentos a trezentos anos (por volta de 1750-1850), segundo sucessivas levas migratórias dos povos das línguas Aruak (800-900), Karib (em torno de 1500) e Tupi (entre 1700-1800) que teriam absorvido ou amalgamado-se com outros grupos que ali já estavam (Franchetto e Heckenberger 2001).

Parece consenso que, a despeito das diferenças lingüísticas locais, os grupos hoje identificados como pertencentes à “sociedade alto-xinguanos” compõem um corpo distinto e relativamente homogêneo entre outras sociedades tribais ameríndias, no que diz respeito à forma de organização sociopolítica, padrões de aldeamento, parentesco e chefia, além de rituais, cosmologias e trocas cerimoniais, econômicas e matrimoniais que têm perpetuado, ao longo do tempo, um sistema abrangente de relações intertribais pelas quais eles se definem e se situam diferencialmente nesse sistema mais amplo (Basso 1973; Gregor 1982; Franchetto 1992).

Para alguns autores, a criação do Parque veio representar, por meio de uma política isolacionista de preservação ambiental e cultural, a possibilidade da permanência “quase intocada” (Basso 1973) desse sistema até nossos dias, o que possibilitou inclusive sua proteção em face da ocupação ocidental do território em seu entorno e o controle médico das epidemias que chegaram a dizimar milhares de índios durante os anos precedentes. A criação do Parque também teria gerado, de acordo com outras observações, um alto grau de dependência do Estado e dos “brancos”, “protetores e fonte aparentemente inesgotável de bens” (Franchetto 1992: 353).

Recentemente, entretanto, alguns autores têm procurado demonstrar que a formação do “sistema alto-xinguano” foi anterior à ocupação colonizadora e à própria formação do Parque, o que teria permitido sua manutenção e continuidade em face do conjunto de mudanças efetuadas quer por um, quer por outro fator (Franchetto e Heckenberger 2001). Dito de outro modo, constata-se uma notável permanência desse sistema em face dos processos históricos de transformações pré e pós-contato colonizador que sugere não a resistência do sistema aos processos de mudança, mas sim sua *permanência* por meio de sua capacidade de continuidade na *mudança*.

Se as alterações nas formas de intervenção e de assistência estatal têm levado à exigência, para esses grupos, de repensar as formas dessa relação e o modo como eles hoje podem enfrentar as já criadas necessidades de consumo dos produtos ocidentais (inclusive médicos e educacionais), deve-se, pois, levar em conta que esse processo está acontecendo também segundo essa lógica.

O projeto de criação dos DSEIs, a partir da sua aprovação em 1999, procura suprir lacunas consideráveis no atendimento à saúde das populações indígenas, que estavam, até então, dependentes de programas de controle epidêmico e vacinação, isto é, dependentes de equipes volantes e de alta rotatividade, o que gerava a necessidade de grandes deslocamentos até os centros hospitalares municipais ou estaduais para um atendimento sistemático e especializado, situação que, mesmo em outro contexto de organização dos serviços de saúde, ainda permanece. O problema parece, pois, ser a organização desses Distritos como formas de prestação de serviços territorializados, hierarquizados e diferenciados que, por sua vez, não poderiam estar à parte dos contextos sociopolíticos e culturais nos quais serão inseridos.

O próprio modo como os Kalapálo têm procurado alternativas para o modelo de atenção à saúde implantado pelo DSEIX pode ser considerado uma reação a esse processo: deu margem a um fluxo intermitente dos Kalapálo para a região de São Carlos (SP). Do ponto de vista de suas lideranças, trata-se de “conquistar” o que o mundo dos “brancos” tem a oferecer: o modelo médico assistencial clínico-hospitalar (e escolar), além de outros bens, o que revela, tal como observado alhures (Cardoso 2001), o modo como essas “conquistas” podem se tornar formas de “capital político e simbólico” não só para essas lideranças, como também para os outros membros do grupo que tendem a ver nessas “conquistas” formas internas de diferenciação.

“Diferença”, tal como no princípio da “lógica segmentar”, remete aqui às relações políticas internas à comunidade e às formas de relacionamento com outros povos pela aquisição de bens e benefícios outros que, aparentemente, “igualar” aos “brancos” (do ponto de vista do *acesso* a esses bens e benefícios), “diferenciando-os”, internamente, pela demonstração pública de suas capacidades e do poder para tal, o que é intrínseco aos valores e concepções sobre “liderança” entre os alto-xinguanos.

Trata-se, assim, de compreender esse processo não sob a ótica da reprodução de formas estatais de “assistencialismo”, mas sim dentro do campo dos significados políticos, internos e externos, que o acesso a esses bens e serviços tem para essas comunidades. Cabe mencionar que não só entre os alto-xinguanos a área da “saúde” está, por excelência, ligada às principais arenas políticas nas quais disputas locais são articuladas.

Sob esse aspecto, o “tradicionalismo” das lideranças alto-xinguanas que, aparentemente, contrapõem-se ao “inovacionismo” dos projetos dirigidos à população local (médicos, mas também escolares) só pode ser compreendido de acordo com o modelo “tradicional” do “fazer política” alto-xinguano, que, por sua vez, refere-se aos próprios padrões da organização sociopolítica local e ao sistema mais amplo de referências simbólicas sobre os quais estes estão fundados. Portanto, para



compreender adequadamente os conflitos e disputas que surgem nessa região a respeito do gerenciamento dos recursos e dos modelos de atenção à saúde, faz-se necessário compreender sua dinâmica sociopolítica própria.

Heckenberger observa que as noções de *hierarquia*, *sedentarismo* e *regionalismo* constituiriam os principais “esquemas culturais” presentes nas sociedades alto-xinguanas. É particularmente relevante para este texto a afirmação feita pelo autor de que a *hierarquia*, ou os grupos de parentelas hierarquizadas, demarca, por excelência, a estrutura sociopolítica local, sendo que, entre os principais atributos que identificam o exercício da chefia, os “atores de peso”, constituídos pelo “idioma da hierarquia” que subjaz a todas as relações sociais locais, são “aqueles que podem acumular um excedente de recursos simbólicos (um ‘fundo de poder’), transformam-nos em capital econômico – na forma de riqueza e trabalho –, fornecendo assim a base para uma economia política plena” (Heckenberger 2001: 34).

Basso (1973), ao tratar especificamente da condição de liderança entre os Kalapálo, observa que tal condição não deriva de um nome ou de uma posição de autoridade, mas envolve considerável aquisição de prestígio pessoal, como resultado da demonstração pública, por parte de alguns de seus membros, dos valores comunais expressos na categoria *ifutisu*. Essa categoria define o comportamento ideal caracterizado pela falta de agressividade pública, pela prática da generosidade, que inclui hospitalidade, disponibilidade em repartir os próprios bens e a cooperação nos trabalhos comunitários, quando esta é solicitada.

De acordo ainda com Basso, dois fatores são determinantes para alcançar essa posição de liderança e, portanto, de alocação diferencial de poder e influência no grupo: a) ter um grande número de parentes consangüíneos e afins sob sua autoridade direta, os quais proporcionam suporte material e verbal para o exercício desses atributos; e b) ter acumulado um conjunto importante de títulos cerimoniais e de *status*, entre eles: *ifi* (especialista cerimonial), *oto* (patrono cerimonial), *fuati* (pajé) e *anetu* (representante masculino ou feminino da aldeia em ocasiões cerimoniais, tal como o *uluki* ou a cerimônia intertribal de troca). Os *anetaw* exercem também o papel de mediadores entre os grupos residenciais locais, cujo *status*, hereditário, está sujeito a contínuas disputas (Basso 1973: 107, 132-53). Menget (1993) atribui também aos chefes, pelo exercício dessas funções de ordenação cerimonial e representação comunal, o papel de reguladores ou mediadores das “fronteiras abstratas entre os vivos e os mortos, os homens e as mulheres, a identidade e a alteridade” (: 59) alto-xinguanas, ou seja, as fronteiras morais e sociais dessas comunidades.

Devido à necessidade crescente do grupo de manter-se em contato quase contínuo com a sociedade “dos brancos”, essa função de liderança também vem sendo alterada e, no presente momento, as funções de representação cerimonial e pública, aliadas à demonstração dos valores expressos na categoria *ifutisu* (pela redistribuição interna de bens e benefícios que orienta, inclusive, o próprio modo como esses líderes se relacionam com as organizações estatais e institucionais e com os “brancos” em geral, no sentido de amearhar bens e recursos para a comunidade), vêm dando lugar a um outro tipo de liderança, marcada pela atuação predominantemente política, no sentido de garantir também a autodeterminação das sociedades alto-xinguanas no cenário nacional.

Nesse contexto é que se pode compreender a demanda das lideranças alto-xinguanas por “bens”, entre eles, a “saúde”, que se traduz sob a forma de recursos físicos e humanos – prédios, equipamentos, medicamentos e profissionais habilitados –, e do controle das verbas destinadas à área. O problema, portanto, não é o da reprodução de “formas de assistencialismo” ou de “políticas de reafirmação de

lideranças tradicionais”, que manteriam o seu “tradicionalismo” desse modo. Trata-se de compreender que essa é uma dinâmica intrínseca ao modo como opera a sociedade alto-xinguana, a qual, sob essa forma, procura reafirmar sua capacidade de continuidade e reprodução no quadro de mudanças das políticas públicas que lhes são dirigidas.

Tal processo não vem ocorrendo sem conflitos internos (referentes às disputas por poder local) e externos (derivados da relação de algumas comunidades e lideranças alto-xinguanas com as organizações encarregadas de levar a cabo os programas de saúde e educação no Parque do Xingu). Os conflitos e impasses se referem aqui às formas de assistência ou aos projetos propostos e a autonomia dessas comunidades para deliberação sobre os mesmos, porque, em última análise, não se está levando em consideração que a formulação desses projetos não pode ser “isolada” das totalidades sociopolíticas que constituem essas comunidades ou “racionalmente formulados” para sua execução, porque, do ponto de vista tanto dessas comunidades quanto dos formuladores desses projetos, trata-se de formas *políticas* de relações.

## **Considerações finais**

Para finalizar este texto, parece consenso que se houve um avanço considerável sobre a questão dos direitos indígenas no Brasil a partir da Constituição de 1988 e de seus desdobramentos legislativos e político-administrativos subsequentes, principalmente pela afirmação dos princípios de “tolerância” e respeito à diversidade cultural e especificidade dos povos indígenas no contexto nacional, o principal problema parece ser o modo de compatibilização das políticas públicas dirigidas a esses povos com as formas “tradicionais” de sua organização.

O respeito à “diversidade cultural” implica perceber que os projetos dirigidos às comunidades indígenas – inclusive sua “eficácia” – não podem ser isolados do contexto sociocultural de cada grupo por eles afetados. Para tanto, é fundamental assegurar a participação das comunidades e das lideranças locais na formulação, gerenciamento, avaliação e acompanhamento desses projetos.

Os relatos sobre os processos de implantação dos DSEIs, cujos projetos teriam sido formulados segundo o ideário de um modelo integral e ampliado de atenção à saúde, pela própria racionalidade técnica que é inerente quer à forma de organização e prestação dos serviços, quer à execução das ações preventivas e curativas, têm salientado, reiteradamente, as dificuldades para o funcionamento desses DSEIs, de acordo com os próprios princípios que lhes servem de base.

De acordo com Erthal (2003), por exemplo, o programa de formação dos AISs entre os Tikuna do Alto Solimões, ao estar dirigido para que os agentes indígenas de saúde sirvam como meio de acesso, integração e relação entre os serviços prestados e as comunidades indígenas, tem significado, de fato, uma forma de adesão a um modelo de atenção previamente estruturado e definido em fóruns aos quais eles não tiveram acesso real. Erthal observa que, mesmo que a proposta de atenção diferenciada à saúde indígena esteja pautada em princípios que assegurariam a participação comunitária, assim como a incorporação de práticas de cura tradicionais ao modelo de atenção, sua operacionalização não tem sido efetiva e permanece no plano da retórica desejável para legitimar e validar determinados modelos de intervenção. Erthal também observa que a dificuldade das equipes de saúde em incorporar a participação comunitária na gestão do modelo assistencial se deve à

“possibilidade de sua utilização pelos índios, enquanto canal legítimo de disputa de poder político, ou mesmo o controle do destino de verbas públicas” (: 206).

Trata-se, assim, de ponderar que, mesmo pautando-se em uma concepção “ampliada” sobre saúde e seus determinantes socioculturais, o modelo e o “projeto pedagógico” que o institui, tal como o proposto pelo DSEIX, por exemplo, não estão isentos de conteúdos político-ideológicos que, por mais “democratizantes” que sejam, procuram uma intervenção ativa e um impacto que não se restringe – e nem poderia – à saúde. Diz respeito à introdução de uma outra normatividade, de natureza universalizante, nas comunidades indígenas, fundada não somente em preceitos sanitaristas e biomédicos, mas propriamente político-culturais, o que necessariamente está em contradição com a noção (retórica) de respeito à diversidade de “crenças, hábitos e costumes” e o pressuposto (igualmente retórico) de sua “coexistência complementar”.

Tal como argumenta Albert (1995), a “ideologia autogestionária” e “multisubvencionada da etnicidade”, forma local de atualização de uma lógica mundial de globalização socioeconômica e de fragmentação cultural, tende a levar à retração da participação e da responsabilidade legal do Estado em matéria de serviços públicos para as comunidades indígenas, ao mesmo tempo em que favorece uma política de controle indireto sobre as mesmas, por meio do gerenciamento das atividades desenvolvidas pelas organizações locais. Sob esse aspecto, para Albert, as comunidades indígenas tendem a permanecer dependentes dos “repertórios de legitimação” impostos tanto pelo Estado quanto pelas organizações que atuam nas comunidades locais para sua reprodução social e cultural, em detrimento de suas próprias formas político-simbólicas de organização territorial e identitária, a serem continuamente reconstruídas.

Em face desse processo e de suas “incertezas” e contradições flagrantes, o papel reflexivo e crítico que o exercício da antropologia permite se torna também necessariamente político, quer no acompanhando das comunidades indígenas diante dessas injunções, quer na promoção de assessorias para as formas de organização local, a fim de que elas possam constituir-se, efetivamente, em instrumentos de “autodeterminação” de seus afiliados. Em outras palavras, no presente quadro, os modos possíveis da reprodução cultural e social dessas comunidades, em um cenário político e ideologicamente marcado por um processo contínuo de “democratização universalizante” de todas as esferas da atividade pública, inclusive a saúde, e no qual o idioma da “cidadania”, assim como outros *mottos* políticos, de fato traduzem a tendência à sua uniformização generalizada com base em modelos prévios de gerenciamento dessas atividades.

## Referências bibliográficas

ALBERT, Bruce  
(1995) “Territorialité, ethnopolitique et développement: à propos du mouvement indien en Amazonie brésilienne”. Colloque *Le territoire, lien ou frontiere* (OBS: *acentos graves no primeiro e de “frontiere”-o teclado do meu computador não me*

*permite fazer isso)? Identités, conflits ethniques, enjeux et recompositions territoriales.* Paris: ORSTOM/ Université de Paris IV.

BASSO, Ellen B.

(1973) *The Kalapálo Indians of Central Brazil.* Prospect Heights, Illinois: Waveland Press. OBS: aqui todas as palavras são iniciadas por letras maiúsculas mesmo? Pq nos outros casos você pôs em minuscule.

CARDOSO, Marina D.

(1999) “Relatório visita prospectiva aldeia Aiha-Kalapálo”. São Carlos: Pró-Reitoria de Extensão, Universidade Federal de São Carlos.

(2001) “Direitos indígenas: saúde, educação e autodeterminação”. Em: Felicidade, Norma (org.). *Caminhos da cidadania: um percurso universitário em prol dos direitos humanos.* São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos, p. 11-28.

ERTHAL, Regina M. de Carvalho

(2003) “A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica”. Em: Coimbra Jr., Carlos E. A.; Santos, Ricardo Ventura; Escobar, Ana Lúcia (orgs.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, p. 197-215.

EVANS-PRITCHARD, E. E.

(1940) *Os Nuer.* São Paulo: Editora Perspectiva. OBS: a edição da Perspectiva não é 1940, sim de 1978, assim como o caso do Lévi-Strauss, que é de 1976, mas acredito que essa foi uma decisão que vocês já tomaram.

FRANCHETTO, Bruna

(1992) “O aparecimento dos ‘caraíba’: para uma história Kuikuro e alto-xinguana”. Carneiro da Cunha, Manuela (org.). Em: *História dos Índios no Brasil.* São Paulo: Companhia das Letras/FAPESP/Secretaria Municipal de Cultura, p. 339-56.

FRANCHETTO, Bruna & HECKENBERGER, Michael (orgs.)

(2001) *Os povos do alto Xingu: história e cultura.* Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GARNELO, Luiza

(2001) “Projeto rede autônoma de saúde indígena: uma experiência de educação e comunicação em saúde indígena”. Em: Vasconcelos, Eduardo (org.). *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde.* São Paulo: Hucitec, p. 237-60.

(2003) *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do alto rio Negro.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

GREGOR, Thomas

(1982) *Mehináku: o drama da vida diária em uma aldeia do alto Xingu.* São Paulo: Editora Nacional/INL.

HECKENBERGER, Michael

(2001) “Estrutura, história e transformação: a cultura xinguana na *longue durée*, 1000-2000 D.C.”. Em: Franchetto, Bruna; Heckenberger, Michael (orgs.). *Os povos do alto Xingu: história e cultura*. Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, p. 21-62.

LANGDON, Esther Jean Matheson

(1999) “DST/AIDS e prevenção entre populações indígenas: a relação saúde/cultura e suas implicações éticas”. *Antropologia em primeira mão*, 37: 1-15.

LÉVI-STRAUSS, Claude

(1962) *O pensamento selvagem*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

MENDES, Eugênio Vilaça

(1999) “O processo social de distritalização da saúde”. Em: Mendes, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo–Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, p. 93-158.

MENGET, Patrick

(1993) “Les frontieres (OBS: acento grave no e) de la chefferie: remarques sur le systeme politique du haut Xingu (Brésil)”. *L’Homme*, 126-8: 59-76.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(1991) *Projeto saúde Yanomami*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

(1999) Decreto No 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos No 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, DF: <http://C:\POLITICA NACIONAL S.I.\d3156.htm>.

MORGADO, Paula

(1994) “O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global”. *Cadernos de Campo*, 4: 41-70.

PAIM, Jairnilson Silva

(1999) “A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários”. Em: Mendes, Eugênio Vilaça (org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, p. 187-220.

(2003a) “Políticas de saúde no Brasil”. Em: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar (orgs.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda, p. 587-603.

(2003b) “Modelos de atenção e vigilância da saúde”. Em: Rouquayrol, Maria Zélia; Almeida Filho, Naomar (orgs.). *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda., p. 567-586.

SANTOS, Antônio de Lisboa e outros

(1996) *Formação de agentes indígenas de saúde: proposta de diretrizes*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

SANTOS, Ricardo Ventura.; COIMBRA Jr., Carlos E. A. (orgs.)  
(1994) *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

SEEGER, Anthony; DaMATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B.  
(1979) “A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras”. *Boletim do Museu Nacional*, 32: 2-19.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

(s.d.) *Relatório: terceira etapa de concentração – IV módulo do curso de formação de auxiliares de enfermagem indígenas do pólo Xingu/MT*. São Paulo: Unidade de saúde e meio ambiente/ Universidade Federal de São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde/MT, Administração Regional do Xingu/FUNAI, Departamento de Saúde/FUNAI.

(1999) *Relatório de atividades*. São Paulo: Unidade de Saúde e Meio Ambiente, Departamento de Medicina Preventiva, Distrito Sanitário Xingu, Fundação Nacional de Saúde/ Universidade Federal de São Paulo.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B.

(2001) “A propriedade do conceito”. Em: XXV Reunião da Associação Nacional Pós-Graduação em Ciências Sociais. Caxambu: ANPOCS.

## **Índios, antropólogos e gestores de saúde no âmbito dos Distritos Sanitários Indígenas**

### **Introdução**

Desde 1999, estou envolvido na implantação do modelo assistencial dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em dois contextos, no Estado de Pernambuco e na região do rio Negro, onde atuo como antropólogo na realidade da saúde dos povos indígenas dessas áreas. Este trabalho tem o objetivo principal de levantar questões sobre o trabalho do antropólogo diante da problemática da saúde indígena, e procura dar conta das diversas interfaces dessa atividade com o ponto de vista dos índios e com o dos profissionais de saúde. O trabalho visa ainda a refletir sobre o papel do antropólogo com base em minha experiência nos Conselhos de Saúde, enfatizando a participação indígena no processo de organização dos serviços de saúde.

No Brasil, o papel do antropólogo faz parte do debate sobre o fazer antropológico desde os anos 1970, com o instigante texto de Roberto Da Matta (1974), no qual enfatiza o trabalho de campo. A coletânea de artigos organizada por Antônio Arantes, *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo* (1992), dá uma direção bastante clara sobre como antropólogos brasileiros deveriam atuar nos contextos dos povos indígenas do Brasil, especificamente os capítulos de Roberto Cardoso de Oliveira sobre o trabalho do antropólogo em contextos interétnicos e o capítulo de Alcida Rita Ramos sobre seu papel político. O estado atual das políticas públicas para os povos indígenas, no entanto, oferece-nos outras situações e contextos que ampliam a discussão sobre o campo profissional do antropólogo nos serviços de saúde em áreas indígenas.

Meu envolvimento com as questões de saúde em áreas indígenas remonta ao ano de 1984, quando, pela primeira vez em toda a história do povo Hupdah, consegui, com o apoio de uma médica cedida pela FUNAI, percorrer 17 aldeias Hupdah da região interfluvial dos rios Papuri e Tiquié, a fim de realizar um levantamento de saúde. Conhecia a situação política dos Hupdah e a médica insistia na precária situação de saúde desses índios. No relatório produzido após esse levantamento (Athias, Selau e Verdum 1984), denunciava-se uma situação de saúde bastante crítica e que merecia atenção imediata. A situação era tão grave, do ponto de vista de sobrevivência física desse povo, que se pensou em elaborar um programa específico para atuar com a população indígena da bacia hidrográfica do rios Uaupés e Ayari. Em 1994, dez anos depois, por intermédio da Associação Saúde Sem Limites, uma organização não governamental, foi elaborado

---

<sup>85</sup> Gostaria de agradecer os comentários e a leitura prévia da colega Esther Jean Langdon e as sugestões de Cynthia Hamlin (PPGS/UFPE), Marina Machado (SSL), Alex Shankland (IDS/U.Sussex) e Raimundo Nonato (ICHL/UFAM). Este texto foi parcialmente apresentado na XXVII Reunião da ANPOCS em Caxambu (2003), no GT 15, coordenado por João Pacheco de Oliveira e John Manuel Monteiro.

um projeto com apoio da cooperação internacional (Health Unlimited e Christian Aid) e da União Européia para atuar na região. Esse projeto foi implantado e se iniciou, com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), um processo bastante participativo de discussão sobre o modelo de atenção à saúde para a região do rio Negro, o qual contou com a presença de vários profissionais de saúde que nela trabalhavam. Os resultados desse projeto forneceram as bases para a discussão e a elaboração de um plano de implantação de serviços de saúde no modelo de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, tal como formulado pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1999. Acredito que as informações tanto quantitativas quanto qualitativas obtidas através desse projeto possibilitaram montar, em muito pouco tempo, a rede e a estrutura para implantação do que se tem hoje no DSEI Rio Negro. Talvez seja possível abordar, em discussão também importante, o papel dos antropólogos no processo de recrutamento e seleção de recursos para projetos em áreas indígenas, mas deixo esse tema para outro artigo.

As pesquisas antropológicas na área da saúde indígena, entendida aqui como um campo de conhecimento da antropologia da saúde, têm, nos últimos anos, centrado a atenção na organização dos serviços de saúde, nas transformações socioculturais, em avaliações de programas de saúde e nas adequações epidemiológicas desses programas às realidades indígenas específicas. Publicações recentes<sup>86</sup> expressam esses enfoques e mostram a ampliação da área de conhecimento que chamamos "Saúde indígena". Essas pesquisas e o debate em torno dos temas abordados favorecem o diálogo com os gestores e profissionais de saúde nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Além dessas investigações, muitos antropólogos têm participado, nos diversos distritos sanitários, como assessores e professores em cursos e treinamento para os profissionais de saúde, fazendo com que essa área de atuação, relativa à introdução de profissionais de saúde nas diversas áreas indígenas, constitua um debate à parte. As atividades desenvolvidas pelos antropólogos e o interesse dos coordenadores e gestores dos distritos sanitários visam ao conhecimento de aspectos da cultura dos povos indígenas dos territórios distritais. A relação com os antropólogos tem aumentado o interesse em desenvolver ou contribuir para a ampliação dos dados e para uma discussão sobre a epidemiologia dos povos indígenas.

As atividades de capacitação e treinamento para introdução de profissionais de saúde em áreas indígenas ocuparam grande parte de minha atuação tanto no Distrito Sanitário do Rio Negro quanto em Pernambuco. No Rio Negro, essa atividade foi bem organizada e centralizada na atuação do Centro Saúde Escola, ligado à diocese de São Gabriel da Cachoeira. Nos treinamentos, foram apresentadas, de modo ordenado, as informações etnográficas existentes, contextualizando-as no âmbito dos processos de saúde e doença. De modo geral, os resultados das atividades, segundo os gestores que as acompanharam, foram bastante efetivos. Com essas atividades de treinamento, pode-se perceber a necessidade de enfatizar, para os profissionais de saúde, que os índios possuem um sistema médico com lógica própria que a biomedicina deve respeitar, ou seja, compreendê-lo e fortalecê-lo com o intuito de garantir a sobrevivência cultural dos povos indígenas dessas regiões. Em outras palavras, lutar contra o preconceito e o processo de medicalização que todos os distritos sanitários especiais indígenas estão vivenciando. Mesmo que não tenha dados empíricos que o comprovem, posso afirmar que os processos de capacitação que contaram com o trabalho de antropólogos

---

<sup>86</sup> Refiro-me sobretudo ao número especial dos *Cadernos de Saúde Pública* (Santos e Escobar 2001) sobre os Povos Indígenas e a COIMBRA e outros (2003).



possibilitaram a permanência de profissionais nas áreas indígenas com certo grau de compromisso e sobretudo maior sensibilidade para os interesses do movimento indígena na região.

Ao refletir sobre minha atividade principalmente entre os Hupdah-Maku e os Pankararu, concluo que ela facilitou a entrada de profissionais de saúde nas aldeias em que eu já havia trabalhado, uma vez que busquei informá-las sobre o conhecimento desses povos acerca dos processos de saúde e doença e, em especial, sobre suas etiquetas sociais, com o objetivo de diminuir a distância entre os profissionais de saúde e os índios<sup>87</sup>. De posse do conhecimento da língua Hup, procurei informar aos índios quais atividades seriam efetuadas e o porquê das mesmas. Desempenhei o papel de intérprete, informando aos Hupdah sobre o sistema médico ocidental e suas práticas de cura, ao mesmo tempo em que mostrava aos profissionais de saúde como os índios percebiam determinadas práticas. A ação do antropólogo, nesse caso, ocorreu no contexto da interculturalidade, uma vez que não só buscou desenvolver técnicas e metodologias de trocas de conhecimentos, como também favorecer uma maior participação indígena nesses processos.

O campo profissional dos antropólogos na área de saúde indígena está se desenvolvendo em decorrência de demandas específicas dos gestores, principalmente quanto à organização dos serviços de saúde, e tem como enfoque principal o entendimento da cultura indígena como peça-chave na melhora da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às comunidades indígenas. Tais demandas estão situadas na área de treinamento e capacitação de profissionais de saúde. Em geral, o papel dos antropólogos tem sido compartilhar informações etnográficas, ou seja, falar sobre a cultura indígena para os profissionais, com o objetivo de adequar os serviços de saúde às culturas locais e, conseqüentemente, desenvolver de modo mais ordenado as questões culturais que envolvem a assistência e a prática médica entre os índios.

Outra área de atuação de antropólogos se refere à participação em encontros sobre saúde indígena e sobretudo em reuniões regulares dos Conselhos de Saúde Indígena, tanto no âmbito distrital quanto em nível nacional: Comissão Intersetorial de Saúde Indígena e Conselho Nacional de Saúde. Neste trabalho, interessa-nos refletir sobre a atuação em reuniões dos conselhos de saúde, relacionando-a com a participação indígena nesses espaços. Certamente essa atividade não é uma demanda dos gestores. Ao contrário, a participação dos antropólogos nos conselhos por meio de representação institucional<sup>88</sup>, em particular quando referendada pelos índios, permite que estes tenham alguém para dialogar e com quem se aliar perante os gestores e os profissionais de saúde.

Recentemente, em um artigo sobre temas que estão na fronteira da prática médica e antropológica (Athias e Machado 2001), foram indicadas questões que merecem ser discutidas mais amplamente no âmbito da assistência à saúde dos povos indígenas e na construção de sistemas de saúde locais<sup>89</sup> culturalmente adequados. A participação indígena é um dos temas de fundamental importância na organização dos serviços de saúde para a construção de tais sistemas. Acreditamos que essa questão é importante

---

<sup>87</sup> Durante os anos de 1996 a 2002, tive oportunidade de acompanhar, nas áreas indígenas, várias equipes de saúde por meio da Associação Saúde Sem Limites, principalmente nos rios Tiquié e Uaupés, na região do rio Negro.

<sup>88</sup> Em Pernambuco, sou membro titular do Conselho Distrital como representante da Universidade Federal de Pernambuco e tenho participado também de reuniões do Conselho Distrital da região do rio Negro.

<sup>89</sup> A literatura sobre Sistemas Locais de Saúde (SILOS) é significativa no Brasil, e central para o entendimento mais amplo dos exemplos de operacionalização de modelos de atenção de saúde nos moldes de Distritos Sanitários.

porque todas as ações de saúde nas áreas indígenas devem ser norteadas por um processo de participação, seja no planejamento, seja na execução e na avaliação dos diversos programas de saúde.

Observamos, nesses últimos anos de implementação dos distritos sanitários, tanto em Pernambuco quanto na região do rio Negro, a ampliação da discussão sobre as questões de saúde nos Conselhos de Saúde. Há, todavia, uma tendência de os debates se voltarem para questões imediatas concernindo à organização dos serviços de saúde em detrimento de uma discussão estratégica sobre o modelo de atenção e sobre as possibilidades surgidas nesse processo de distritalização. Em outras palavras, a discussão sobre o desenvolvimento de um sistema local de saúde se mantém em segundo plano e dispõe de pouco espaço. Os conselhos de saúde, em razão de questões conjunturais, discutem temas de responsabilidade dos gestores e transferem questões sobre as práticas administrativas para os debates nas reuniões dos conselhos. Conseqüentemente, temas como qualidade dos serviços, satisfação das populações indígenas, medicina tradicional e medicina ocidental, todos aspectos importantes para o desenvolvimento de sistemas locais de saúde, tal como o modelo de atenção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas torna possível, perdem importância.

Evidentemente, a participação não pode ser medida apenas pelas atividades dos índios nos diversos conselhos de saúde. Ela também é entendida como o envolvimento da comunidade nos diversos programas implantados. A temática da participação merece ser discutida, e mesmo investigada, em diversas áreas, sem restringir-se às atividades dos conselhos de saúde. Nesse campo, talvez esteja outra atividade pertinente aos antropólogos: a assessoria aos conselhos (ou conselheiros) locais e distritais de saúde, uma vez que a ação dos antropólogos pode facilitar o entendimento dos termos relativos às atividades de saúde e destacar, para os profissionais de saúde e gestores, as principais questões ligadas a elas no contexto das culturas indígenas.

Via de regra os antropólogos são considerados pelos gestores de saúde indivíduos que trabalham com comunidades pequenas, detentoras de uma linguagem hermética e decodificada apenas por eles próprios, que as mantêm isoladas do grupo maior em que se inserem. Um exemplo desse “isolamento” pode ser observado atualmente em São Gabriel da Cachoeira. A população urbana tem crescido assustadoramente nos últimos anos, e esse crescimento se deve ao deslocamento dos índios de seus lugares tradicionais. Na periferia da cidade, encontram-se índios vindos de diversos rios, vivendo em agrupamentos mistos e compartilhando uma rede de serviços de saúde formada pelos benzedores e curadores. Não se pode, contudo, afirmar que essas comunidades indígenas se integram a uma unidade social maior, como parece ser a percepção dos profissionais de saúde, que se voltam apenas para as doenças e a medicalização. Neste caso, a principal tarefa do antropólogo tem sido mostrar os mecanismos e os processos pelos quais as comunidades indígenas se ligam a contextos mais amplos. Em outras palavras, os estudos antropológicos nessas áreas levam à descoberta das relações sociais e interétnicas existentes e à análise dos conflitos, clivagens e contradições. Muitas vezes, as questões levantadas por antropólogos em discussões sobre os serviços de saúde são deixadas de lado pelos gestores de saúde indígena por exigirem uma postura de compreensão holística e de entendimento mais amplo do outro. Parece mais fácil executar determinada ação de saúde e avaliá-la com padrões construídos em uma outra realidade que procurar indicadores pertinentes a uma realidade indígena específica.

Talvez aqui se possa enfatizar, no âmbito da saúde indígena, uma das principais lições dos antropólogos com relação aos grupos indígenas. Edmund Leach, retomado posteriormente por Clifford Geertz, enfatizou que todos os detalhes existentes nas tramas

e relações sociais têm sentido para os indivíduos de um determinado grupo social e serão sempre relevantes. A tarefa do antropólogo como intérprete ou especialista em questões interculturais ganha força, uma vez que ele domina conhecimentos e processos provenientes de observações extraídas de um trabalho de campo realizado com diversos grupos indígenas. Seu trabalho deve buscar “sentidos” de outro contexto cultural, tornando mais amplo o entendimento das questões que envolvem a saúde e o bem-estar físico desses grupos indígenas.

### **Conselhos de saúde e participação**

Existem atualmente cerca de 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena, com distritos sanitários funcionando em territórios específicos e modelos operacionais diferenciados segundo a realidade local de cada um deles. Não nos interessa aqui debater a operacionalização dos distritos em suas diversas formas. Gostaríamos, com base em de dois contextos, o do rio Negro e o de Pernambuco, nos quais tenho participado como antropólogo em reuniões de conselhos locais de saúde (nas comunidades indígenas) e encontros de Conselhos Distritais, discutir o papel do antropólogo no âmbito da saúde indígena visando à construção de um argumento sobre a participação de antropólogos na organização dos serviços de saúde em áreas indígenas.

Os Conselhos Locais de Saúde Indígena são formados exclusivamente por índios, indicados pelos gestores de saúde de usuários do subsistema. Eventualmente os profissionais de saúde também participam das reuniões. Os conselhos têm suas regras próprias de funcionamento, respeitando-se a forma como a comunidade se organiza. De acordo com as normas existentes, esses conselhos são formais e homologados pelo coordenador regional da FUNASA em suas respectivas áreas. A composição e disposição dos Conselhos Distritais estão em acordo com a Lei 8.080: a *paridade* é o principal elemento regulador da participação de usuários e prestadores de serviços de saúde. Os Conselhos Distritais são formalizados e seus participantes têm seus nomes homologados pelo presidente da FUNASA. O documento sobre a política de saúde indígena não só enfatiza essa participação, como também determina a formação de tais conselhos:

[...] Criação de um Conselho Distrital de Saúde e Conselhos Locais de Saúde com composição paritária entre usuários, trabalhadores do setor de saúde e prestadores de serviços conforme a Lei 8142/1998 e demais diretrizes dessa Lei. Dentre os usuários, todos os povos ou regiões da área distrital devem estar representados, conforme indicação das comunidades, sendo que nenhum deles deterá a maioria (cinquenta por cento mais um) dos assentos. [...] aos conselheiros que não dominam o português deve ser facultado o acompanhamento de intérpretes por ele indicados. Dentre os prestadores de serviços, deverão ter representação as seguintes instituições: Agência Governamental de Saúde Indígena, Órgão Indígena Oficial, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, universidades, organizações não governamentais e gestores de Distrito e Subdistrito.<sup>90</sup>

Em saúde indígena, como em saúde pública ou coletiva, o controle social é visto como forma de participação e fiscalização dos usuários dos serviços de saúde, tornando

---

<sup>90</sup> Diretrizes para elaboração do planejamento estratégico para política de saúde indígena. Ministério da Saúde, abril de 1999, reeditado em março de 2002.

possíveis as vias e o estabelecimento de mecanismos de participação nas ações de saúde, de maneira a garantir a satisfação do usuário. Não se tem notícias de como estão funcionando nos 34 distritos os diversos conselhos locais e distritais de saúde indígena. Durante a III Conferência de Saúde Indígena, no entanto, foram votadas as seguintes propostas em um plenário de mais de quatrocentos representantes indígenas e outros quatrocentos profissionais de saúde, tanto governamentais quanto de organizações não governamentais, dos diversos estados:

- capacitação continuada para conselheiros indígenas e não-indígenas, com abordagens pedagógicas adaptadas às realidades de cada povo.
- promoção de modificações nas leis que instituem os Conselhos de Saúde (municipal/ estadual/ nacional) para garantir a inclusão de representantes indígenas.
- representação indígena na nova reestruturação do Conselho Nacional de Saúde e sua homologação imediata pelo Ministro da Saúde.
- recomposição da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI), para garantir a paridade com representações indígenas das regiões: 1 Norte, 1 Nordeste, 1 Centro-Oeste, 1 Sul, 1 Sudeste.
- implementação do Comitê Indígena para assessorar e acompanhar as ações da FUNASA
- participação de mulheres nas instâncias de controle social, levando em conta a realidade de cada povo e suas diferenças étnicas e culturais.

Os pontos acima parecem indicar a direção tomada pelos formuladores das políticas de saúde com relação à participação nos espaços políticos de decisão em saúde indígena. O primeiro deles, sobre a questão da capacitação, é o mais importante. A história da participação popular na organização dos serviços de saúde no Brasil já mereceu muitos trabalhos e imensas discussões. Até o momento, foram realizadas no país 12 Conferências Nacionais, com importante participação de setores da população brasileira.

Esse debate sobre participação pode dar pistas para clarear a posição daquele que nomeia ou interpreta os interesses da comunidade. Nesses conselhos de saúde encontram-se índios de diferentes etnias e com maneiras particulares de entender o sistema de saúde. Pode-se denominar a participação desses índios “ampliação dos recursos em suas aldeias”. No caso do Distrito Sanitário do Rio Negro, em um sistema de hierarquias ainda vigente, não só a indicação, como também a posição das falas desses conselheiros têm significado. Foucault (1979) situaria essa participação nos espaços do poder ou na heterogeneidade do poder, à luz do sistema de símbolos que as relações de grupos específicos mantêm com as instituições do Estado. Na realidade, a teoria da ideologia reconhece a produção de saberes específicos, assim como a institucionalização das práticas e os instrumentos para formação e acumulação de conhecimento. Nesse sentido, pode-se dizer que há relação mecânica entre desejo e interesse, tal como expressa por Spivak (1993).

## **Espaços de negociação, autonomia e DSEIs**

O DSEI-PE compreende as Terras Indígenas das seguintes etnias: Fulni-ô, Pankararu, Truká, Tuxá, Kambiwá, Pipipã, Xucuru, Kapinawa, Atikum e, mais recentemente, Pankará, com uma população estimada em 25.793<sup>91</sup> índios, distribuídos em 150 aldeias, nos 13 municípios do Agreste e do Sertão pernambucanos. Até 1999, as ações de saúde estiveram sob a responsabilidade da FUNAI e dos municípios em que as aldeias indígenas se localizam, e eram realizadas sem a preocupação de desenvolver uma reflexão em torno da especificidade de uma organização de serviços de saúde apropriada para essas populações. A prática dessas ações de saúde executada pela FUNAI e, nos períodos eleitorais, pelos municípios seguia os modelos assistencialistas. Não existem registros de trabalhos de saúde de ONGs com populações indígenas em Pernambuco.

As organizações indígenas em Pernambuco consideram prioritária a questão da demarcação de suas terras e, conseqüentemente, da afirmação da identidade étnica. A questão da saúde está em segundo plano, sob a forma de reivindicações específicas e pontuais, e demarcam também as questões que norteiam as identidades étnicas dos povos indígenas de Pernambuco. Nesse contexto, a implantação do Distrito Sanitário Indígena se deu de forma verticalizada: o movimento indígena não teve o tempo necessário para entender a proposta como um todo e para discuti-la adequadamente<sup>92</sup>. Houve uma única reunião promovida pela FUNASA em abril de 1999, da qual participaram as lideranças indígenas, tratando-se basicamente da definição do território distrital. Em seguida, deu-se início ao processo de implementação da proposta em ritmo acelerado, sem a devida participação indígena em seu acompanhamento e desenvolvimento. No bojo desse processo, a FUNASA recebeu o apoio de todas as lideranças para implementação das atividades do Distrito.

A equipe local da FUNASA foi obrigada a estabelecer uma prática de diálogo com os índios, usuários dos serviços, o que tem provocado importantes reflexos no processo de implantação do distrito e sobretudo nas relações internas nas diversas aldeias. Os Conselhos Locais foram instrumentalizados para efetuar as articulações atribuídas pela FUNASA. As articulações do Distrito Sanitário foram feitas diretamente com os municípios, que incorporaram parte da execução de ações de saúde nas áreas indígenas por meio de convênios específicos que prevêm a contratação de equipes multidisciplinares para a prestação de serviços de saúde nessas localidades. Cabe ressaltar que o MS/FUNASA investe nos municípios e procura seguir os parâmetros adotados na Norma Operacional Básica do SUS/96, com uma série de incentivos financeiros para que os mesmos sejam estimulados a executar a atenção básica nas comunidades indígenas. Desse modo, as equipes distritais de saúde são escolhidas e contratadas pela prefeitura local, o que pode implicar, às vésperas de um ano eleitoral, um jogo de interesses políticos, sem necessariamente trazer melhorias no acesso aos serviços de saúde. Em outras palavras, a organização dos serviços de saúde nessa região está sendo feita sem uma discussão mais ampla com a população indígena, e a inserção desse subsistema de saúde no SUS indica distorções históricas da saúde pública no país, características do uso político-eleitoral da questão.

Até a presente data, não se tem um quadro consolidado sobre o perfil epidemiológico das diversas áreas indígenas. Os principais agravos apontados são doenças infecto-parasitárias, endêmicas e crônico-degenerativas. Pode-se afirmar que os

---

<sup>91</sup> Dados da FUNASA de 2002. Há notícias de técnicos da FUNASA que esse número aumentou em 2003.

<sup>92</sup> No caso da área Pankararu, a discussão sobre o distrito sanitário começou em fevereiro de 1999 por iniciativa de pesquisadores do Projeto de Saúde Reprodutiva em desenvolvimento na área, implementado pelo FAGES/UFPE.

índios nunca tiveram tantos profissionais atuando no âmbito da saúde indígena, os quais respondem a uma demanda reprimida de muitos anos. Isso constitui um avanço significativo e é reconhecido pelas lideranças indígenas. A atuação das equipes na área indígena, contudo, ainda é realizada nos moldes de uma assistência ambulatória, sem levar em conta os aspectos culturais de cada um dos povos indígenas. Tampouco observam-se as práticas das visitas domiciliares pelas equipes profissionais.

As principais queixas das lideranças indígenas são: a) contratações que seguem a política das prefeituras locais e aumentam a distância entre o vínculo empregatício e a coordenação técnica<sup>93</sup> (FUNASA) das ações; b) não-cumprimento dos horários de trabalho nas áreas indígenas – “chegam tarde e saem cedo”, dizem as lideranças indígenas; c) discriminação sofrida pelos índios por parte do pessoal médico, quando atendidos na rede municipal de saúde; e d) autonomia dos conselhos locais de saúde.

O treinamento para as equipes de saúde, apesar dos esforços realizados, ainda carece de uma melhor capacitação na área da antropologia da saúde. Uma das principais dificuldades com relação aos recursos humanos é a alta rotatividade de profissionais contratados pelas prefeituras. Os agentes de saúde que atuam na área indígena são agentes contratados pela FUNASA ou pelos municípios através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Na área Pankararu, a distância entre eles aumenta, pois recebem orientações de supervisores municipais não devidamente informados, encontrando-se ainda complicadores no sistema de informações em saúde, uma vez que essa área indígena está situada em três municípios.

Apesar de avanços na participação dos índios na organização dos serviços de saúde, pode-se observar que os conselheiros locais de saúde carecem de treinamento adequado para exercer suas atribuições. Não há um controle social dos recursos repassados para o pagamento dos salários de profissionais nem dos subsídios para os hospitais de referência dos municípios. Na realidade, levando-se em conta a situação geral, existem alternativas imediatas e provisórias para atender as demandas das comunidades indígenas, as quais podem se perpetuar pela inexistência de avaliação das ações de saúde por parte dos profissionais de saúde, dificultando assim a consolidação de um subsistema de atenção à saúde indígena.

Desde a implementação do Distrito Sanitário, os índios de Pernambuco foram envolvidos nas discussões sobre os serviços de saúde, sem entenderem exatamente o processo mais amplo de distritalização. Esses índios sempre se relacionaram com o Estado através da FUNAI, a qual até hoje mantém com as comunidades indígenas uma relação clientelista profundamente enraizada em um modelo tutelar. O cacique é visto como a pessoa que busca os recursos para a sua comunidade. Como essa relação permanecerá assim durante muito tempo, a implantação dos conselhos locais de saúde nas diversas áreas indígenas criou um novo espaço para a negociação dos recursos. Pelos relatos dos representantes dos povos indígenas no conselho distrital, pode-se perceber que esse novo espaço, estabelecido inicialmente para a discussão das questões de saúde, está se tornando um amplo espaço de discussão dos principais problemas de uma determinada etnia.

A elaboração da proposta de organização dos serviços de saúde para a região do Alto Rio Negro é fruto de um intenso trabalho de articulação interinstitucional, com o envolvimento de antropólogos desde a realização da I Conferência de Municipal de Saúde, em 1997. Essa conferência contou com a participação de representantes indígenas,

---

<sup>93</sup> O “Novo Modelo” de gestão instalada na FUNASA desde Janeiro de 2004, ainda não dá conta de resolver essa questão.

de profissionais de saúde de toda a região ligada ao setor, de políticos locais e das Forças Armadas, que têm representação bem expressiva nessa região.

A região do Alto Rio Negro possui características bastante peculiares, tais como a grande extensão territorial e a dificuldade de acesso às comunidades indígenas. É um grande desafio para a elaboração de uma proposta de distrito sanitário adequada. No rio Negro, vivem cerca de 22 etnias das famílias lingüísticas Tukano, Arawak, Maku e Yanomami. O município de São Gabriel da Cachoeira, sede distrital, possui 108.000 km<sup>2</sup> de extensão, é entrecortado pelos rios que formam a Bacia do Rio Negro, com diversos trechos encachoeirados, em razão aos quais, muitas vezes, é necessário, para chegar a determinadas comunidades, fazer um trecho a pé, em que todos os equipamentos necessários para o trabalho de saúde são transportados pelos profissionais de saúde e pelos comunitários. Pensar na operacionalização desses serviços visando à melhoria no acesso para as populações que residem nessa região exige um esforço técnico, no sentido de adequar as rotinas de trabalho sem perder a qualidade dos serviços prestados.

A articulação interinstitucional constituída revela a maturidade das organizações e entidades de saúde que atuam nessa região, uma vez que nenhuma delas tem capacidade operacional para atender as seiscentas comunidades existentes. Essas instituições apóiam a organização indígena na execução dos serviços de saúde. A sustentabilidade do modelo assistencial para essa realidade depende de um trabalho mais intenso na formação de agentes indígenas de saúde e na obtenção de recursos humanos locais.

A participação indígena nesse processo de elaboração consolida o espaço que as organizações indígenas conquistaram ao longo dos anos. Existem na região cerca de cinquenta associações indígenas, filiadas à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), que as congrega desde 1987. O trabalho da FOIRN está direcionado para a defesa dos direitos indígenas na demarcação de terras, na educação e na saúde. As Terras Indígenas do Rio Negro foram demarcadas em 1998, após um processo de lutas que duraram vinte anos. Com esse acúmulo de experiência em termos de participação social, o movimento indígena no rio Negro tem amplas condições de expressar suas demandas no momento da concepção do modelo assistencial, participando das fases de execução e avaliação das atividades.

Em um primeiro momento, as instituições que atuam na região do rio Negro elaboraram propostas e planos de ação baseados na divisão por setores entre as diversas entidades. As Organizações Indígenas, representadas pela FOIRN, ocupavam um espaço privilegiado de controle dessas ações. Recentemente a FOIRN, em razão de conjunturas específicas, foi pouco a pouco assumindo um duplo papel: o de controladora e o de executora das ações de saúde, mediante a celebração de um convênio com a FUNASA para todas as áreas do rio Negro. O número de funcionários da FOIRN pulou de cerca de oitenta para aproximadamente quatrocentos no espaço de dois anos, uma vez que todos os profissionais da área da saúde passaram a ser contratados por ela.

Os Conselhos locais de saúde e a organização territorial das ações de saúde são compatíveis com as regiões administrativas da Federação, ou seja, nessas regiões se encontram agora os conselhos locais de saúde, que se somam às diversas associações existentes. Esse espaço de negociação e discussão existe paralelamente aos espaços já constituídos de discussão sobre os diversos projetos e interesses das associações locais.

O conjunto de elementos reunido acima com relação às duas áreas indica a dinâmica das relações sociais entre os índios e os não-índios encarregados de implantar as ações de saúde. Essa dinâmica torna evidente a necessidade de incluir o trabalho de antropólogos na esfera dos profissionais que atuam no âmbito de um distrito sanitário.

O discurso das lideranças e representantes nos diversos conselhos apresenta clara dicotomia ou oposição. Em alguns momentos, esse discurso procura fazer valer um conhecimento de causa e insiste no conhecimento próprio; em outros, mostra-se hábil em negociar serviços e recursos para sua comunidade. Nos processos de negociação, pode-se perceber a maneira como manejam os dados antropológicos conhecidos, sobretudo a identidade étnica, deixando evidentes os interesses específicos do grupo, que vão das relações de parentesco à posição na hierarquia indígena, as quais revelam uma dinâmica própria e a habilidade de realizar alianças.

## **Antropólogos e participação indígena**

Tanto na região do rio Negro quanto em Pernambuco, a dinâmica das relações políticas traduz as tensões existentes nas regiões geográficas onde as aldeias indígenas se encontram. Essas tensões podem ter origem nas relações de parentesco e nas áreas geográficas em que os representantes indígenas obtêm a sustentação política para suas atividades. A tensão é real e dificilmente o gestor de saúde indígena ou os membros da equipe de profissionais que atuam na região podem perceber com clareza os diversos pontos de conflito. Os novos espaços de negociação fornecem aos povos indígenas novas práticas e estratégias de negociação com instituições não-indígenas.

Se na região rio Negro essas novas estratégias de atuação convivem com formas tradicionais de exercer a liderança, em Pernambuco as novas estratégias estão diminuindo o clientelismo e o modelo tutelar nas relações com as instituições do Estado, implantado desde que o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) instituiu o “modelo do cacicado”. Se, de um lado, há pontos comuns a essas duas realidades, principalmente no tocante ao estabelecimento de novas estratégias de negociação, de outro, existem diferenças significativas com relação ao movimento indígena e sua dinâmica interna de representação, tanto internamente às aldeias quanto fora delas. Nas duas situações, essas diferenças se situam principalmente no âmbito interno das relações de poder. A percepção que os índios têm dos antropólogos e de seu papel reflete a relação que mantêm com a sociedade envolvente. Em Pernambuco, os índios procuram o antropólogo para “falar por nós”, isto é, apropriam-se do discurso dos antropólogos em suas falas e os citam como “argumento de autoridade”. Na região do rio Negro, o antropólogo é visto como aquele que “está junto”, mas quem fala são os índios. O antropólogo é considerado um portador de argumentos de autoridade, sobretudo os que não falam uma das línguas locais.

Até hoje, as associações indígenas existentes nas diversas áreas de Pernambuco não têm exercido o poder de representação, como na região do rio Negro. As associações indígenas estão presentes nos espaços de negociação de projetos governamentais de cestas básicas ou de incentivos aos produtores rurais. A liderança exerce esse poder de representação e as falas dessas lideranças são escutadas como aquelas que definem a direção a ser tomada nos processos de negociação. Trata-se de uma participação em que a liderança estabelece de antemão com a comunidade os interesses específicos na saúde. Quem garante o acesso aos “bens” e aos “recursos” é a liderança. No caso da região do rio Negro, a associação tem esse poder de trazer os recursos. As duas formas de atuar fazem da escolaridade um condicionante que interfere nos modelos de negociação. Nesses casos, os antropólogos são vistos como aqueles que podem viabilizar recursos, ao elaborar projetos ou atuar como intermediário entre os grupos indígenas e as agências de cooperação, como mencionado no início deste artigo.



Os índios escolarizados pouco a pouco obtêm maior importância e entendimento desses espaços, uma vez que a quantidade de papéis distribuídos tem aumentado, dificultando o acompanhamento das discussões e posterior decisão pelos índios não treinados na leitura. Na realidade, a documentação sobre as atividades das equipes de saúde distribuída nas reuniões dos conselhos – tabelas de mortalidade e morbidade, índices de cobertura vacinal etc. – necessita de melhor apresentação para facilitar o entendimento e a compreensão dos índios. Os indicadores de saúde ainda carecem de reorganização, de modo a mostrar claramente como está de fato a saúde dessas populações. A participação de antropólogos nas reuniões de conselhos tem sido importante para mediar a discussão, propiciar aos índios um melhor entendimento dessas questões e traduzir em linguagem técnica os interesses mais imediatos dos próprios indígenas, relacionando-os com os aspectos culturais negligenciados nos dados estatísticos trabalhados por aqueles que organizam a informação em saúde no distrito.

O embate de forças políticas se dá principalmente nas reuniões dos conselhos locais. Nessa instância, encontram-se as principais pautas e negociações entre os diversos grupos ou facções locais. Em Pernambuco, tive a oportunidade de participar várias vezes de reuniões do conselho local Pankararu. Nos dois últimos anos, presenciei calorosas discussões nas reuniões de que participei e atuei como mediador, buscando um melhor entendimento sobre a situação e o consenso entre as partes. Essas reuniões se tornaram importantes, pois decidem em que aldeia será instalado um novo posto de saúde e/ou recursos alocados para a área. Na região do rio Negro, as reuniões dos conselhos locais, ao menos aquelas nas quais tive oportunidade de participar, foram conduzidas pelos responsáveis pelo “controle social”, uma das instâncias (departamento) da FOIRN que acompanha essas reuniões nas localidades. A pauta da reunião, portanto, vem de São Gabriel. Os participantes fazem sugestões e aprovam a mesma. Não tive a oportunidade de presenciar nenhum embate político, como nas reuniões que testemunhei na área indígena Pankararu.

Meu entendimento dessas relações passa pelo conhecimento acumulado a respeito da inserção desses índios em diversos contextos, assim como pela maneira específica de realizar o fazer antropológico, que pode ser caracterizado como uma atividade crítica e independente, baseada na convivência com os grupos indígenas. A postura crítica decorre do conhecimento da história dos diversos clãs, de sua estrutura social e relações de parentesco. Na região do rio Negro, é preciso conhecer as estruturas que são movidas pelo mito de jurupari (Athias 1995), hoje parte das relações interétnicas. Em Pernambuco, o entendimento da história de ocupação territorial facilita a compreensão das relações de parentesco e sobretudo das formas de representação política. Com base em minha experiência pessoal, o envolvimento do antropólogo nas reuniões de conselhos de saúde continua sendo o de tradutor, mediador e intérprete. A presença do antropólogo é aceita pelo conselho quando procura, com os índios do conselho, apresentar em linguagem adequada e compreensível as questões de fundo (e a agenda) da pauta de reuniões, ou seja, quanto busca mostrar aos índios os diversos lados da situação, o que geralmente não é feito pelos gestores.

Os conselhos de saúde procuram considerar os povos indígenas protagonistas das ações de saúde. As discussões muitas vezes levam os representantes nos conselhos a ampliar seus desejos e interesses. Tudo, no entanto, esbarra na redistribuição dos recursos e no poder do Estado de bloquear as ações pretendidas e planejadas com recursos que muitas vezes não são repassados de maneira eficiente. As discussões e a participação dos índios no planejamento da FUNASA são importantes para a produção de conhecimentos sobre uma prática participativa, porém o controle e as decisões efetivas de todas as ações

ainda se mantém reservada à instituição. Disso decorre o grande debate entre os índios participantes do Conselho Distrital em Pernambuco sobre sua real autonomia, uma vez que a FUNASA determina a pauta e os índios legitimam a ação desta instituição na região.

A participação de antropólogos no âmbito da saúde indígena, ou em outros contextos de aplicação de políticas públicas para os povos indígenas no Brasil, reafirma seu papel político, tal como delineado na Declaração de Barbados (1971)<sup>94</sup>, que diz:

os antropólogos têm a obrigação de aproveitar todas as conjunturas que se apresentem dentro do atual sistema para atuar em favor das comunidades indígenas. Cumpre ao antropólogo denunciar por todos os meios os casos de genocídio e práticas etnocidas, assim como voltar-se para a realidade local para teorizar a partir dela, a fim de superar a condição subalterna de simples exemplificadores de teorias alheias.

## Referências Bibliográficas

ARANTES, Antonio Augusto (org)

(1992) *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo*. Campinas: Editora da UNICAMP.

ATHIAS, Renato

(1995) "Hupdë-Maku et Tukano. Relations inégales entre deux sociétés du Uaupés Amazonien (Brésil)". Tese de Doutorado, Universidade de Paris X – Nanterre.

ATHIAS, Renato & MACHADO, Marina

(2001) "Saúde indígena no processo de implantação dos distritos sanitários : temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar". Em: *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2), março. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.

ATHIAS, Renato, SELAU, Goreth. & VERDUM, Ricardo.

(1984) "Relatório sobre a situação de saúde dos Hupdah". São Gabriel da Cachoeira. Mimeo,

---

<sup>94</sup> Nomeada "Pela libertação do indígena", foi o documento final do encontro de antropólogos intitulado "Fricção interétnica na América Sul não-Andina", coordenado pelo antropólogo Georg Grünberg e realizado na Universidade das Índias Ocidentais (Barbados) com o apoio da Universidade de Berna (Suíça). A Declaração e os textos desse evento podem ser encontrados no livro *La situación del indígena en América del Sur*. Montevideo: Tierra Nova, 1972.

CARDOSO de OLIVEIRA, Roberto

(1992) "Práticas interétnicas e moralidade". Em: ARANTES, A. (org.). *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo*. Ob. cit.

COIMBRA, Carlos E. A., SANTOS, Ricardo Ventura. & ESCOBAR, Ana. (orgs.)

(2003) *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO.

DA MATTA, Roberto

(1974) "O ofício do etnólogo ou como ter "anthropological blues". *Comunicação n. 1*. Rio de Janeiro: Museu Nacional

FOUCAULT, Michel

(1979) *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

MENDES, Eugênio Vilaça. (org.)

(1995) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 4ª ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / ABRASCO

RAMOS, Alcida Rita.

(1992) "O antropólogo como ator político". Em: ARANTES, A. (org). *Desenvolvimento e direitos humanos: a responsabilidade do antropólogo*. Ob. cit

SANTOS, Ricardo Ventura. e ESCOBAR, Ana. (orgs.)

(2001) "Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais", *Cadernos de Saúde Pública*, n. 17(2).

SPIVAK, Gayatri Chakravorty

(1993) "Can the Subaltern Speak?". Em: WILLIAMS, Patrick e CHRISMAN, Laura (eds.). *Colonial discourse and post-colonial theory*. London: Havester / Wheatsheaf.

**As equipes de saúde diante das comunidades indígenas:  
reflexões sobre o papel do antropólogo nos serviços  
de atenção à saúde indígena**

**Introdução**

O processo de formulação e implantação de uma política nacional de atenção à saúde indígena, ocorrido nos últimos anos, envolveu um número de profissionais de saúde e recursos governamentais sem precedentes. A criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas é fruto tanto de um movimento indígena, que reivindica uma atenção diferenciada à saúde, quanto de um contexto mais amplo de consolidação do Sistema Único de Saúde, no qual se destaca o princípio da equidade. Além de integrar Conselhos Locais e Distritais de Saúde, e conquistar o direito de participar efetivamente de todas as etapas do planejamento e da avaliação das ações de saúde, os povos indígenas, por meio de suas organizações legalmente constituídas, têm tido a oportunidade de administrar os recursos destinados à execução das ações propostas no Plano Distrital de Saúde. Conforme recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada em maio de 2001, as equipes a serem contratadas para o serviço devem contar com a participação de antropólogos. A intenção deste ensaio é refletir sobre o papel do antropólogo em uma equipe multidisciplinar de saúde, conforme a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Ministério da Saúde 2000). Para isso, parte de uma leitura em que são destacados os espaços de participação dos antropólogos previstos no documento, as expectativas sobre o seu papel e a noção de cultura subentendida. Embora explicitamente recomendada na publicação dessa Política, a participação direta de antropólogos é ainda incipiente no processo de organização dos serviços públicos de saúde destinados à população indígena, e seu papel permanece indefinido tanto para as equipes de saúde quanto para as comunidades com as quais trabalha.

Refletir sobre o papel do antropólogo em uma equipe de saúde que se propõe a prestar uma “atenção diferenciada” implica refletir sobre o que seria essa diferença. Afinal, o que os índios querem? Remédios diferentes? Agulhas diferentes? Será que, para eles, os processos patológicos desencadeados pelos microorganismos ou o desgaste natural do corpo são diferentes?.

Questões como essas são frequentes nas discussões sobre saúde indígena com políticos, gestores, trabalhadores de saúde e representantes indígenas. Tive oportunidade de participar de diversas situações assim nos últimos vinte anos e presenciar a manifestação de algumas vozes indígenas sobre sua concepção de atenção diferenciada à

saúde, expressando que o diferente é o modo de acesso aos serviços públicos de saúde até então disponibilizados .

Felipe Brizuela, M'bya-Guarani , ao responder a um Secretário Municipal de Saúde que havia perguntado por que os índios mudavam tanto de lugar e procuravam serviços de saúde em localidades diferentes, o que dificultava seu cadastramento e planejamento dos serviços das unidades de saúde, explicou que “onde uma pessoa anda não é nem a própria pessoa quem define”, é *Ñanderu* [Deus] quem o faz... Que os *Juruá* [Branco] falavam das doenças visíveis, dos catarros, das feridas, das diarreias; contavam os mortos como coisa do passado; não viam a tristeza e sequer imaginavam a alegria de ver uma árvore florir ou um bicho no mato.

No Extremo-Norte do Brasil, no Estado de Roraima, diante de um outro Secretário Municipal de Saúde que reclamava não conseguir vacinar a população indígena, pois algumas comunidades não aceitavam o procedimento, os representantes indígenas argumentaram que não seria sensato deixar que seus filhos fossem vacinados por profissionais controlados pelas mesmas pessoas que contratavam pistoleiros para atacar as pessoas de suas comunidades.

Situações como essas são algumas das que servem de justificativa aos representantes indígenas, quando reivindicam um modelo diferente na organização dos serviços governamentais de atenção à saúde.

### **As contribuições de antropólogos previstas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e os limites de sua participação.**

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi formulada com o propósito de “favorecer a superação de fatores que tornam esta população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros” (Ministério da Saúde 2000: 12), após reconhecer que os índices de morbidade de determinadas doenças – entre elas a malária e a tuberculose, das quais eram disponíveis registros mais fidedignos – e de mortalidade entre alguns povos indígenas eram até quatro vezes superiores às taxas nacionais (: 9). Dessa forma, estabelece diretrizes para “superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para esta população [...] levando-se em consideração as especificidades culturais desses povos” (: 5).

Essas “especificidades culturais” requerem a “participação sistemática de antropólogos” nas equipes de saúde, a “utilização de levantamentos socioantropológicos realizados de forma participativa como subsídios na formação de recursos humanos e a disponibilização de acompanhamento de antropólogos aos índios inseridos num processo de formação profissionalizante, segundo as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” (: 13-5). Antropólogos também devem participar do monitoramento das ações de saúde: “deverá ser facilitado o acesso aos dados para a produção antropológica, de modo a facilitar a qualificação e a análise dos dados epidemiológicos, com a participação de antropólogos especialistas que atuam na região e dos agentes tradicionais de saúde indígena” (: 16).

Há uma diretriz específica sobre a promoção da “articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde”, que trata o tema de forma genérica (: 16-7). Outra diretriz propõe a necessidade de estudos antropológicos “específicos” para a promoção do uso adequado e racional de medicamentos, assim como “de ações específicas em situações especiais”.

Essas “especificidades”, que deveriam ser consideradas na proposição de ações, programas e planos específicos, são as principais justificativas para a formulação de uma política de atenção à saúde que procure suprir os referidos “fatores que tornam essa população mais vulnerável”. Independente delas, as ações propostas nos planos distritais de saúde têm sido praticamente as mesmas em todo o Brasil: atenção à saúde da mulher e da criança, controle de endemias (especialmente malária, tuberculose e algumas parasitoses), vacinação, organização de infraestrutura e de gerenciamento do serviço, capacitação de profissionais de saúde e formação de agentes indígenas de saúde, realização das reuniões dos conselhos locais e distritais de saúde, e “capacitação de conselheiros”. O que muda é o “como fazer”, mesmo que sejam considerados apenas os aspectos operacionais (pessoal, logística, insumos etc.) com a finalidade de fechar um orçamento dentro de um limite preestabelecido.

Fazer o planejamento das ações de saúde de um distrito sanitário envolve um processo de discussão que compreende o levantamento de necessidades, a definição de problemas de saúde, prioridades e objetivos, o estabelecimento de metas e instrumentos de avaliação, e o ajuste das atividades aos limites de um teto orçamentário definido. O processo de planejamento, do ponto de vista dos gestores e profissionais de saúde, procura transformar as necessidades de saúde percebidas pela população em problemas de saúde pública, definidos e priorizados por sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade, todos conceitos construídos no campo da saúde pública que classificam a intensidade ou frequência do agravo, suas conseqüências futuras, a percepção e o controle do risco individual e coletivo, e a possibilidade de intervenção. Essa abordagem se apóia em um modelo explicativo ecológico que considera a multicausalidade das doenças, no qual a “cultura” muitas vezes aparece como uma causa do agravo considerado ou para explicar o insucesso de uma intervenção. A cultura é vista como uma “barreira” e uma das expectativas acerca do trabalho dos antropólogos na fase de implantação dos serviços de saúde é a de que “ensinem os costumes dos índios aos profissionais de saúde” e possam, em conjunto, pensar em ações para a mudança de hábitos e comportamentos. Durante essa etapa, a participação de antropólogos é rara e acontece apenas quando estes já estão de alguma forma trabalhando na região mantêm relações com algumas das instituições prestadoras de serviço.

A participação efetiva de antropólogos na implantação dos serviços de saúde tem sido considerada indispensável ou prioritária diante dos limites orçamentários. Seu trabalho às vezes permanece em ações pontuais, na capacitação de profissionais ou ligadas a programas específicos, nos quais se destacam os trabalhos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, AIDS e alcoolismo. Em algumas situações, ouve-se esta pergunta de alguns representantes indígenas: “Para que antropólogo para falar da cultura dos índios, se eles próprios podem falar sobre ela?”

A reflexão que se segue é uma tentativa de resposta.

### **Possíveis contribuições da antropologia aos profissionais de saúde**

Como alertou Langdon (no prelo), há que se cuidar do emprego do conceito de cultura, o qual muitas vezes, quando utilizado em outras áreas, é compreendido de forma equivocada, já abandonada pelas ciências humanas. A antropologia pode proporcionar uma abordagem com enfoque na percepção e utilização de serviços profissionais de assistência à saúde, permitindo aos profissionais entenderem que sua prática não é o único recurso em casos de doença, que sua eficácia é social e culturalmente delimitada,

assim como refletirem sobre seu papel, ao encarar a doença como um evento que acomete a vida e não só o corpo das pessoas.

A doença, concebida como processo construído socioculturalmente, como um “conjunto de experiências associadas por redes de significado e interação social”, assume seu caráter individualizante, e não o universal da concepção biomédica de enfermidade (ou patologia). Sua construção se dá por meio da negociação dos múltiplos significados dos sinais observados, em um mundo de sistemas médicos plurais e forças políticas desiguais (Langdon 1994a: 15-9). A pesquisa etnográfica, mesmo de material que não trate especificamente do tema saúde, pode mostrar vários aspectos relevantes nas relações entre profissionais de saúde e comunidades indígenas, especialmente sobre as diferentes interpretações e mudanças desencadeadas pelo estabelecimento de postos de prestação de serviços de saúde.

Viveiros de Castro, na introdução de sua tese de doutoramento, observa as mudanças sociais entre os Araweté em razão do estabelecimento de postos da FUNAI, nos quais onde foi criado um espaço de interação social que originalmente não existia, e nota uma demanda excessiva da atenção do profissional de saúde, que se revestia de uma dimensão política e ritual (1986: 69-76).

Ao analisar as transformações do sistema médico dos Zoró sete anos após o contato, Brunelli (1989) nota que o consumo de medicamentos está inserido em um contexto de mudanças sociais e na relação com o meio ambiente e com o sistema de produção, sendo que seus resultados mais concretos dizem respeito mais à imposição de integração à sociedade nacional que à promoção da saúde. Caso semelhante ao dos Yanomami do Alto Parima, que contam que “aceitaram Jesus” quando pela primeira vez tomaram remédios fornecidos por um missionário durante uma epidemia no início da década de 1970 (Pellegrini 1998).

A interpretação e utilização de medicamentos industrializados é um dos aspectos que pode mostrar a complexidade das relações entre os serviços de saúde e as comunidades indígenas. Vários autores já notaram a centralidade da questão dos medicamentos na prática biomédica (Diehl 2001), que é um dos temas mais freqüentes nos diversos contextos de interação entre pacientes indígenas e profissionais de saúde, desde a consulta no posto de saúde (prestada por agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, dentistas ou médicos) até os colegiados de gestão. A falta de medicamentos é constantemente citada pelas comunidades indígenas, toda vez que têm oportunidade de se manifestar, mesmo quando há um suprimento razoável nos postos de saúde ou nas farmácias das comunidades.

A utilização de medicamentos industrializados entre os povos indígenas é anterior à organização dos serviços de saúde: missionários, colonos, comerciantes, garimpeiros, antropólogos, todos têm sua caixa de remédios. A eficácia dos sintomáticos, antibióticos e antiparasitários é impressionante aos olhos indígenas, principalmente quando experimentada após situações de epidemia, comum aos primeiros contatos, mesmo que indiretos, dos povos indígenas com as frentes de expansão econômica.

Entre os Wari’, Novaes (1996: 217) verifica que os medicamentos são solicitados mesmo para as doenças que poderiam ser ditas de etiologia “mágico-religiosa”, uma vez que foram reinterpretados localmente e adquiriram propriedades “sobrenaturais”. Principalmente aqueles que exalam forte odor ou são dolorosos (injeções), pois enfraquecem o *jam* (espírito da natureza causador de doenças, pela desobediência de prescrições alimentares), que pode depois ser comido pelo xamã. Medicamentos podem ser considerados de formas diferentes em diferentes situações: podem enfraquecer seres invisíveis que devoram “espíritos de pessoas”, significar posição social, ser utilizados

como moeda e como mecanismo de cooptação política, ou na manutenção de redes de reciprocidade (Garnelo e Wright 2001), ultrapassando os limites de suas indicações técnicas.

Os trabalhos citados são apenas alguns exemplos de como as etnografias podem ajudar as equipes de saúde a compreender as diferentes percepções de sua prática e os limites e o contexto de sua ação. A contribuição da antropologia, portanto, não está relacionada diretamente com a resolução de conflitos de “racionalidades” ou com a transposição de “barreiras culturais”, mas sim com a promoção de consciência das diferentes visões, expectativas e usos dos serviços de saúde.

Mas qual é o espaço para isso ocorrer na prática? Com o desenrolar do processo de organização dos serviços de atenção à saúde, nota-se que a formação de conselhos e de agentes indígenas de saúde insere novos elementos nas relações locais, bem como incrementa a circulação de pessoas, dinheiro e, como não poderia deixar de ser, discursos. Esses cenários são utilizados pelos representantes indígenas para a expressão de outras demandas sociais originadas nas mais diferentes situações de relacionamento dos povos indígenas com o Estado, que em muitos casos acabam sendo atendidas, mesmo que parcialmente, pelo setor de saúde. Em algumas regiões, por exemplo, os serviços de saúde respondem quase que exclusivamente pela manutenção de meios de transporte entre as comunidades mais isoladas e as cidades da região, atendendo a outras necessidades que não aquelas diretamente ligadas ao setor de saúde. Entre os Yanomami, soma-se a isso o fato de que a formação de agentes indígenas de saúde teve de promover a alfabetização e um processo de educação diferenciado, cuja expansão é um dos assuntos tratados de forma mais veemente nas reuniões do Conselho Distrital de Saúde.

Parece ser esse mesmo processo que delimita o papel do antropólogo em uma equipe de saúde, o qual é não só socioculturalmente construído e negociado em cada cenário específico, como também voltado para a melhoria da relação dos usuários com os serviços de saúde, ao buscar sua adequação e ajudar a reflexão sobre o impacto causado pela própria implantação das ações e serviços. Em situações como essas, o papel do antropólogo como comentador e crítico deve promover a articulação do discurso sobre a saúde com outros campos de ação social.

Há que se notar que a promoção desse diálogo se dá na elaboração de um “discurso regional” – ilustrando uma situação de trabalho do antropólogo descrita por Thomas (2004: 7) – entre o campo, a academia e uma outra profissão. A população indígena não é apenas objeto da observação acadêmica, mas está ativamente empenhada na construção dos serviços de saúde e, em algumas situações, no processo de construção da etnicidade que envolve afirmação das diferenças culturais e reivindicação de direitos especiais, podendo os textos dos antropólogos ser utilizados para destacar ou para amenizar tais especificidades. Daí, talvez, parte do receio de algumas lideranças indígenas em relação aos antropólogos, quando questionam se estes são necessários para “falar da cultura dos índios”.

Há ainda outras expectativas indígenas sobre o trabalho dos antropólogos que podem ser ouvidas entre os Tiryó, os Madiha, os Wayãpi e os Yanomami: “a gente está precisando de antropólogo para ensinar como é o mundo dos brancos”. Nesse ponto, as “barreiras culturais” podem ser bem diferentes daquelas levantadas pelos profissionais diante da “cultura dos índios”. Aqui, podem se destacar certas “especificidades” que provoquem, tanto nos profissionais de saúde quanto nos antropólogos, um certo tipo de estranhamento: “é que às vezes a cultura da gente é tão grande que a gente está dentro dela e nem percebe”.



A burocracia e o corporativismo das instituições públicas, o discurso tecnicista, as relações interpessoais entre profissionais de saúde que vivem nas regiões mais remotas da Amazônia e o estabelecimento de vínculos afetivos com a população local e suas relações com os antropólogos são fatores que compõem diferentes cenários, nos quais se espera dos antropólogos um discurso sobre a cultura.

### Considerações

Parece que do ponto de vista tanto dos profissionais de saúde quanto de alguns povos indígenas a expectativa sobre os antropólogos é a de que expliquem a cultura de uns para outros.

Talvez tenha sido essa minha expectativa como profissional de saúde, ao procurar na antropologia uma abordagem que permitisse compreender melhor meu próprio papel como médico entre os Yanomami de 1985 a 1994, período no qual ocorreu grande invasão garimpeira e danos imensuráveis para sua saúde. Desde minha formação, que pode ser considerada privilegiada por ter proporcionado contato com as comunidades do Parque Indígena do Xingu, pela participação no grupo de estudos e pesquisas coordenado pelo professor Roberto Baruzzi na Escola Paulista de Medicina, a leitura de textos antropológicos muitas vezes me lembrava os relatos de viajantes e naturalistas. Os próprios antropólogos pareciam seres exóticos e distantes.

Conheci pessoalmente antropólogos entre os Yanomami, Alcida Ramos e Bruce Albert, que de alguma forma serviram de intérpretes em razão não só de sua competência nas línguas yanomami, mas da satisfação de minha curiosidade sobre as tais “especificidades” do meu trabalho: por que não pronunciar o nome das pessoas, por que a proibição de referir-se aos mortos, por que evitar a sogra, por que a abstenção de determinadas atividades e alimentos em algum período da vida, qual o papel do xamã, qual o motivo das guerras, quem são os *yai* (moradores da camada subterrânea do universo), quem é o *Tybyrysiké* (o ser mitológico que deu aos homens a primeira mulher e as mudas de bananeiras). Além das conversas, a leitura de seus trabalhos proporcionou a compreensão da noção de cosmologia, tempo, espaço, pessoa, parentesco, poder, teoria da doença, xamanismo, ritual, mitologia. Tudo isso facilitava as minhas relações com os Yanomami, mas não preenchia as lacunas diárias do relacionamento entre as equipes de saúde – em que me incluí em diversas funções – e as comunidades.

Procurei, na pesquisa de mestrado em antropologia orientada pela professora Jean Langdon, entender melhor como os Yanomami do Alto Parima percebiam e utilizavam os serviços de saúde. O treinamento antropológico me permitiu notar melhor a importância que os Yanomami davam às trocas de palavras nos diversos contextos de sua relação com profissionais de saúde e, inclusive, aos entusiasmados discursos que faziam diante do meu gravador. O enfoque na experiência e no significado da doença permitiu entender que uma possível “lógica cultural”, muitas vezes esperada da antropologia por profissionais de saúde, não ocupava lugar tão determinante na sua explicação. Cada caso de doença, cada posto de saúde construído, cada conflito com profissionais de saúde tinha um significado único, porém elaborado e reelaborado em cada situação que era vivenciado ou narrado, fato que para mim parece cada vez mais evidente ao longo dos últimos vinte anos participando direta ou indiretamente do processo de organização dos serviços de saúde na região.

O significado da doença se dá em uma rede de relações sociais que extrapola o setor de saúde e as novas relações com profissionais e instituições de saúde, com novos valores, novas necessidades de consumo, outros interesses locais, nacionais ou

planetários. E essa mesma rede parece ser a que possibilita e limita a participação de profissionais de saúde e de antropólogos: nem a cultura, nem a medicina devem ser encarados como sistemas fechados.

A falta de consideração desses aspectos talvez seja a principal lacuna da relação entre profissionais de saúde e antropólogos que tenho observado em diversas oportunidades, em diferentes regiões do Brasil, como consultor do Ministério da Saúde e da Fundação Nacional de Saúde nos últimos sete anos. Se os profissionais de saúde muitas vezes têm uma noção de cultura que caiu em desuso entre os antropólogos, estes, por sua vez, têm às vezes uma noção estereotipada da medicina ocidental e da atuação dos profissionais de saúde. A contribuição crítica dos antropólogos muitas vezes se perde no tom considerado impertinente pelos profissionais de saúde e em suas propostas consideradas impraticáveis. Ao caráter intervencionista que marca a atuação de profissionais de saúde é apresentada uma crítica, que pode soar como apego ao passado ou defesa das “tradições”.

Além disso, as diferentes orientações teóricas e metodológicas da antropologia da saúde confundem os profissionais de saúde: “um antropólogo pode ser bom, dois é demais”, comentam pelo Brasil. Se o papel do antropólogo em uma equipe de saúde é ainda indefinido, não se pode negar que sua participação tem contribuído significativamente para o debate sobre a adequação dos serviços de saúde às comunidades indígenas. É nesse mesmo debate que também se constroem as expectativas e as possibilidades de sua participação.

## Referências bibliográficas

BRUNELLI, G.

(1989) *De los espíritus a los microbios: salud y cambio social entre los Zoró de la Amazonía brasileña*. Equador: ABYA-YALA, Colección 500 años, n. 10.

BUCHILLET, D.

(199) “Impacto do contato sobre as representações tradicionais da doença e de seu tratamento: uma introdução”. Em: Buchillet, D. (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, p. 161-73.

DIEHL, E. E.

(2001) “Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil)”. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ.

GARNELO, L.; & WRIGHT, R.

(2001) “Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa”, *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 273-84.

GOOD, B.

(1994a) “The body, illness experience, and lifeworld: a phenomenological account of chronic pain”. Em: Good, B. (ed.). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, p. 116-34.(1994b) “The narrative representation of illness”. Em: Good, B. (ed.). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. New York : Cambridge University Press,p. 135-65.

KLEINMAN, A.M.

(1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley : University of California Press.

LANGDON, E.J.

(1991) “Percepção e utilização da medicina ocidental pelos índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia”. Em: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: CEJUP, 207-27.

(1994a) “A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina no contexto pluriétnico”. Trabalho apresentado para concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis,mimeo.

(1994b) “Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana”. Em:SANTOS, R.V.; COIMBRA, C.E (orgs.). *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, p. 115-42.

(no prelo) “A construção sociocultural da doença e seu desafio para a prática médica”. Em: BARUZZI, R. (org.). *Antropologia da saúde e Projeto Xingu*. São Paulo, UNIFESP/EPM.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

(2000) “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”. Brasília: Fundação Nacional de Saúde.

NOVAES, M. R.

(1996) “A caminho da farmácia: pluralismo médico entre os Wari’de Rondônia”. Dissertação de Mestrado, PPGAS, Universidade Estadual de Campinas.

PELLEGRINI, M. A.

(1998) “Falar e comer: um estudo sobre os novos contextos de adoecer e buscar tratamento entre os Yanomamè do Alto Parima”. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: PPGAS/CFH/UFSC.

SINDZINGRE, N.; ZEMPLÉNI, A.

(1981) “Modeles et pragmatique, activation et repetition: reflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Cote D’Ivoire”, *Social Science and Medicine*, 15B, p. 279-93.

THOMAS, N.

(2004) “Epistemologías de la antropología”. Disponível em <http://www.unesco.org/issj/rics153/thomaspa.html>. consulta em 19/03/04.

VIVEIROS DE CASTRO, E. B.

(1986) *Araweté: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor/Anpocs.