

Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século

E. Jean Langdon

Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Resumo: Este trabalho explora os desafios enfrentados pelo campo de saúde indígena na virada do século e faz uma reflexão sobre a participação e a contribuição das ciências sociais durante a segunda metade deste século. A intervenção de cientistas sociais, particularmente a dos antropólogos, na área de saúde indígena iniciou no período pós-guerra, quando a especificidade cultural dos grupos foi vista como um conjunto de práticas ignorantes e/ou como obstáculo para a aceitação das atividades da saúde oficial. O cientista social serviu como mediador ou tradutor a favor da saúde oficial. Após cinquenta anos, as condições sanitárias dos povos indígenas continuam precárias e eles continuam enfrentando altas taxas de mortalidade infantil, doenças endêmicas e crônicas, e epidemias que ameaçam a sobrevivência de grupos inteiros. Porém, a resolução dos problemas de saúde deslocou-se do campo da biomedicina e do corpo individual para o campo político/cultural e para o corpo social. É necessário repensar a política de saúde indígena frente à situação pluri-étnica e democrática que caracteriza as nações latino-americanas. Tomando o caso brasileiro como exemplo, o trabalho analisa as tentativas de criar um sistema de atendimento ao índio, respeitando sua especificidade cultural e seus saberes tradicionais, e explora as implicações e desafios desta política para os cientistas sociais.

Palavras Chaves: saúde indígena, saberes tradicionais, política, relações interétnicas

Falar sobre saúde e povos indígenas, tema deste grupo de trabalho, não é uma tarefa fácil devido às grandes diferenças entre os países da América Latina e a situação dos povos indígenas que fazem parte destes Estados pluriétnicos. Em alguns países, a população indígena forma a maioria demograficamente, ou pelo menos representa uma proporção da população total significativa o suficiente para exercer uma influência potencialmente importante na identidade nacional, na cultura e na política do país. Em outros países eles compõem uma minoria, numérica e etnicamente, e podemos observar bastante variação na situação dos povos indígenas frente às sociedades que os envolvem. Finalmente, a política indígena e, especificamente, a política de saúde indígena, variam de Estado para Estado, não só na elaboração dos princípios que guiam a legislação, mas também na execução destes princípios pelas instituições encarregadas de atender às necessidades e demandas dos índios.

Apesar desta diversidade, podemos reconhecer alguns desenvolvimentos históricos e certas tendências compartilhadas pelos países latino-americanos ao respeito aos direitos e a noção da autenticidade da cultura indígena. Estas tendências estão expressas nas diretrizes emitidas por organizações internacionais, tais como a ONU, a Organização Internacional de Trabalho, a UNESCO, etc., e se refletem diferencialmente nas legislações e constituições de cada país. Podemos examinar como exemplo os

Princípios sobre a Tolerância aprovados pelo UNESCO em 1995. Especificamente, pode ser citado o Artigo 1, que define tolerância como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas ...”(UNESCO 1997: 11) e Artigo 2 que declara a necessidade do estado aceitar e respeitar “o caráter multicultural da família humana.”(UNESCO 1997: 13). De interesse particular para a saúde indígena é o Artigo 3.3:

medidas devem ser tomadas para assegurar a igualdade na dignidade e nos direitos dos indivíduos e dos grupos humanos em todo lugar onde isso seja necessário. Para tanto, deve ser dada atenção especial aos grupos humanos vulneráveis social ou economicamente desfavorecidos, a fim de lhes assegurar a proteção das leis e regulamentos em vigor, sobre tudo em matéria de moradia, de emprego e de saúde, de respeitar a autenticidade de sua cultura e de seus valores (UNESCO, 1997: 14, grifos meus).

O reconhecimento dos direitos indígenas e o caráter pluricultural dos Estados está também presente na Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, aprovada em 1989 por 85% dos Estados-membros da Organização Internacional do Trabalho – OIT. Este documento “foi o primeiro instrumento jurídico internacional concebido especificamente com o objetivo de salvaguardar os direitos indígenas” (Luz 1995: 102). O que é significativo desta Convenção é a eliminação do caráter integracionista que caracterizou a Convenção original, e o reconhecimento que a diversidade étnico-cultural dos povos indígenas deve ser respeitada em todas as suas dimensões, reforçando os seus direitos, incluindo aspectos tais como emprego, educação, e saúde entre outros. A Convenção anterior, adotada em 1957, colocava como objetivo principal a integração gradual dos índios às suas sociedades nacionais e designou os povos indígenas como colaboradores frente a aplicação dos mecanismos voltados para sua própria proteção e integração. A Convenção 169 reverte esta diretriz. Além de apelar para a garantia dos direitos de cidadania e a formulação de diretrizes sobre vários aspectos da qualidade da vida, esta última Convenção também substitui a noção da eventual colaboração dos povos indígenas para a participação ativa deles nas medidas e decisões governamentais e legislativas que os afetem diretamente.

As mudanças entre a primeira Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes (1957) para a segunda, aprovada em 1995, são testemunhas do surgimento de movimentos indígenas e de seus impactos em toda América Latina. Nos anos 50, os índios formavam uma minoria étnica e cultural, dominados e excluídos da ideologias nacionais (Guss, 1994). A presença de populações indígenas nos vários países foi ignorada e/ou quase invisível nas legislações, nos censos nacionais, e nas atividades das instituições governamentais tais como Ministérios de Saúde. O índio foi visto como um obstáculo para o progresso dos países, justificativa esta para a ideologia de integração. Se os movimentos indígenas e a formação de associações políticas evidenciam o crescimento da resistência e a afirmação da identidade étnica (Turner 1991), a ausência destas, cinco décadas atrás, sugere que os povos indígenas, na maior parte, não tinham chegado a formar uma consciência do poder político de sua identidade étnica. Houve resistência na forma de conflitos entre índios e brancos e também surgiram ao largo do século vários heróis na luta indígena, tais como Quintin Lame de Colômbia (Castrillón, 1973), mas organizações indígenas ou índios ocupando cargos políticos foram quase totalmente ausentes. Só nos últimos 20 anos deste século, os movimentos indígenas começaram organizar e dar voz a sua

identidade e às suas demandas e em vários países os índios estão sendo eleitos para cargos públicos.

Não está dentro dos objetivos deste trabalho analisar estes movimentos e as mudanças na liderança indígena e o conceito de “índio” e identidade étnica (Guss 1994; Jackson 1995, Brown 1993). Porém, não podemos ignorar que houve um crescimento significativo na formação e nas atividades das associações indígenas que influenciaram em algum grau as mudanças nos documentos nacionais e internacionais, dando reconhecimento aos direitos indígenas. Apesar de estarmos longe de ver o índio gozar de cidadania plena numa sociedade sem preconceito e exploração, o surgimento da identificação e resistência étnica como uma força política importante na América Latina atual tem conseqüências importantes na política de saúde indígena e no papel dos cientistas sociais envolvidos na pesquisa ou no desenvolvimento de projetos nesta área.

Depois da Segunda Guerra Mundial, época que marca geralmente o início do campo de antropologia médica, a antropologia e as ciências sociais em geral visualizaram o fenômeno de contato entre o índio e a sociedade nacional como um processo de “aculturação”, apoiando implicitamente, assim, a visão de que este contato iria resultar na assimilação do índio pela sociedade nacional. Outra noção vigente naquela época, que também refletiu esta idéia, foi a da distinção entre “índios integrados” e “não integrados”. Especificamente na área da saúde, o antropólogo interpretou seu papel como sendo o de um mediador entre os povos indígenas e os profissionais de saúde, apontando os aspectos negativos da cultura nativa a fim de modificar as práticas ou apontar obstáculos culturais que os projetos de desenvolvimento em saúde iriam enfrentar.^{1[2]}

Hoje, na virada deste século, a situação do índio é bastante diferente. A composição pluriétnica dos Estados latino-americanos não pode ser negada. Os índios estão se organizando, demandando seus direitos, e afirmando sua identidade. Questões de poder, etnicidade, fricção interétnica, dominam as discussões sobre a relação do índio com a sociedade envolvente. A resistência étnica e a organização de associações indígenas estão longe de realizar plenamente seus objetivos, e o processo de garantir ao índio os seus direitos não é um processo fácil e nem sempre pacífico. Podemos evidenciar a violência em todas partes em eventos tais como a rebelião recente em Chiapas, a “Massacre de Natal” em Bolívia (Orellana Aillón 1998) ou a violência do governo peruano contra os movimentos indígenas (Brown 1991). Porém, as assembleias governamentais em toda América Latina estão sendo forçadas a reformar sua legislação, reconhecendo os direitos indígenas e estabelecendo como princípio o respeito da especificidade cultural dos seus povos indígenas.

Assim, para analisar a questão de saúde e povos indígenas na América Latina e o papel das ciências sociais na pesquisa e em outras atividades no campo de saúde, é necessário considerar o surgimento da etnicidade como fator central na história dos índios nas últimas décadas deste século e como fator que confronta os governos latino-americanos, exigindo uma reformulação da política e da provisão dos serviços de saúde para os povos indígenas. O surgimento de etnicidade também exige que as ciências sociais repensem e reorientem suas teorias e suas atividades práticas neste campo de saúde indígena.

À luz destas considerações e para estimular um debate sobre a situação específica dos países, pretendo examinar a política de saúde indígena no Brasil durante

^{1[2]} Veja Bonfil (1966) para uma crítica deste papel do antropólogo.

os últimos quinze anos, as atividades dos cientistas sociais, e os desafios que estes estão enfrentando, particularmente em antropologia, num contexto no qual, a partir de 1986, a legislação sobre saúde indígena objetiva garantir não só os direitos ao acesso dos serviços de saúde, mas também o respeito e reconhecimento dos saberes indígenas e a participação da comunidade nos programas de saúde.

Escolho o Brasil por várias razões. Uma é porque conheço melhor. Tenho acompanhado ativamente as conferências e simpósios que tratam da política de saúde indígena, projetos de serviços de saúde indígena organizados por organizações governamentais e não governamentais, e também tenho participado em pesquisa de saúde indígena no sul do Brasil. Mas mais importante, o Brasil, a meu ver, é um bom ponto de partida para uma discussão, porque demonstra a complexidade do assunto e os desafios a serem ainda enfrentados nesta virada do século. Também a situação do índio no Brasil possui características em comum com os outros países latino-americanos.

Brasil: A Situação Interétnica

No Brasil, o índio é uma minoria, numérica e etnicamente. A população indígena compõe aproximadamente 0,2% da população brasileira (Ricardo 1995: 46), ou seja, é estimada em 200.000 pessoas. Não há dados exatos sobre o tamanho da população. Além de serem numericamente poucos em comparação com a população total, são caracterizados por uma multiplicidade de grupos e línguas indígenas. Como em toda América Latina, não há uma cultura única indígena. A maior parte dos povos indígenas brasileiros pertencem a microsociedades. Quarenta por cento dos 206 povos, ou seja, 83 grupos, têm uma população de até 200 indivíduos e cerca de 77% dos povos indígenas brasileiros têm uma população de até mil indivíduos (Ricardo 1995: 46). Os grupos indígenas estão em vários estados de contato: em um extremo existem os grupos isolados ou semi-isolados, sofrendo ainda do impacto da violência e das doenças de contato, e no outro os índios em contato constante com a população não índia. Estes grupos de contato constante sofrem de uma situação sanitária que caracteriza os grupos pobres em geral: altas incidências de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo, alta mortalidade infantil, baixa expectativa de vida, etc. Hoje há uma grande preocupação de que a AIDS possa se tornar uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.^{2[3]}

Legislação:

A Constituição Federal de 1988 é considerada uma das constituições mais avançadas sobre a questão indígena. Dedicou um Capítulo aos direitos indígenas, assegurando seus “direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam”, e reconheceu sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições. Apesar da Constituição estar longe de garantir em prática estes direitos e de que tem surgido várias tentativas de modificá-la e reduzir terras já demarcadas, o Capítulo dedicado aos índios, reconhecendo a autenticidade de sua cultura e suas terras foi fruto “de um forte movimento de lideranças indígenas e de suas organizações, além de diferentes ONGs, entidades científicas, igrejas, etc” (Santos, 1995: 104).

^{2[3]} As taxas de AIDS no mundo são mais altas entre os pobres e o terceiro mundo. Segundo Connors e McGrath (1997), 95% dos casos de AIDS se encontram entre os pobres, os marginalizados, os discriminados e os do terceiro mundo, fatores que caracterizam a maior parte dos povos indígenas.

Organização dos Serviços de Saúde:

Após a aprovação da Constituição Federal, o movimento indígena nacional temporariamente se fragmentou, mas isto foi seguido pela formação de associações indígenas mais locais, que representam hoje grupos importantes na expressão política de identidade étnica. Em 1995, setenta e uma organizações indígenas foram registradas em Cartório (Ricardo 1995: 52-53), todas formadas nas duas últimas décadas. Vários grupos indígenas “emergentes” também surgiram nos últimos anos do anonimato, não porque fossem isolados e descobertos ultimamente, mas porque só agora eles escolheram sair de sua invisibilidade e manifestar sua identidade, demandando seus direitos numa sociedade que tradicionalmente discrimina o índio.

A constituição de 1988 foi parte da re-democratização do país. Nesta mesma década houve uma reforma do sistema de saúde para o Sistema Único de Saúde, que delegou mais responsabilidade e poder às municipalidades. Frente a esta reforma, em 1986 se realizou a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que objetivava avaliar a situação de saúde dos índios e criar uma política efetiva para as populações indígenas frente à municipalização da saúde.

Até a 1ª Conferência, não existia uma política sobre saúde indígena e nunca chegaram a ser estabelecidos serviços realmente adequados de atendimento à saúde do índio. Antes da criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), houve atendimento ocasional à saúde dos índios por parte dos missionários, e foi a partir de 1910, com a criação de SPI, que se iniciou uma intervenção mais acentuada do Estado de um modo geral. Um dos objetivos do SPI era o de atender os problemas de saúde indígena.

Muitas tribos indígenas foram salvas do extermínio total por esse Serviço. Entretanto, a "pacificação das tribos hostis ocasionou a disseminação da fome, de doenças, de desintegração, tornando os índios parte do grupo mais miserável dos segmentos marginais da sociedade" (Costa 1989: 68). Os serviços de saúde do SPI foram esporádicos e desorganizados. Dados sistemáticos sobre as condições de saúde não foram mantidos, e em muitos casos nem pesquisados. O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) atendeu em parte a saúde indígena durante a época da SPI e em 1956 o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) juntou-se com o SNT para dar atendimento às populações indígenas isoladas. Porém, os índios menos isolados, com maior contato com a sociedade nacional, não foram atendidos por esses serviços.

Com sua criação, em 1967, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) estabeleceu setores orientados a atender especificamente aos problemas de saúde existentes entre os índios. Lamentavelmente, o funcionamento destes serviços, seja por falta de recursos, ou por falta de preparo adequado dos atendentes, resultou em um sistema de serviços inadequado. A FUNAI estabeleceu postos de saúde dentro das áreas indígenas, visando atender as necessidades de saúde primária e este atendimento foi suplementado por equipes volantes de médicos que infreqüentemente visitaram as áreas.

Na teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos no próprio Posto Indígena. Casos mais difíceis, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços dos Ministérios da Saúde com quem a FUNAI mantinha convênios (INAMPS rural, Secretarias de Saúde dos Estados, FUNRURAL, SUCAM e INAM). Finalmente, os casos mais sérios deveriam ser encaminhados às Casas do Índio no Centro Regional.

Este sistema, no entanto, não foi satisfatório, efetivo, nem adequado, por serem os serviços despreparados, resultando em atendimento desorganizado e ineficiente. Na maioria dos casos, os profissionais de saúde, no nível local, não foram treinados adequadamente (Costa, 1989).

Assim, na época da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, a situação de atendimento ao índio era caracterizada pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de uma infra-estrutura adequada nas áreas, e de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas. Tampouco existiam dados sobre a situação epidemiológica dos grupos e nenhuma instituição era encarregada de centralizar os dados sobre saúde indígena. Ainda mais, a FUNAI com seus vários problemas e incapacidade de atender às necessidades da saúde indígena, pretendia abandonar as questões da educação e saúde dos índios, com o fim de atender somente a demarcação de terras.^{3[4]}

Os participantes da 1ª Conferência foram índios representantes das associações indígenas, funcionários da FUNAI e do Ministério de Saúde, antropólogos, médicos, e membros das organizações não-governamentais que trabalhavam junto às comunidades indígenas. Dois princípios gerais resultaram da conferência: (a) a necessidade urgente da implantação de um subsistema específico, com a criação de uma agência para esse fim, vinculado ao gestor do SUS, que garanta ao índio o direito universal à saúde, (b) o respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo, recomendando o acompanhamento de antropólogos nos programas de saúde e a participação das comunidades no planejamento dos serviços. Estes princípios foram incorporados pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988, que criou o Sistema Único de Saúde e garantiu aos povos indígenas o direito de atenção integral e diferenciada em relação à saúde.

a) Modelo de atenção diferenciada

A garantia na Constituinte do direito indígena de atenção integral e diferenciada à saúde se justifica pela vulnerabilidade dos índios em termos da sua situação de saúde e de sua especificidade étnica. Com sua pacificação, grupos inteiros foram exterminados ou quase exterminados, como consequência do contato com as doenças européias.

As doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas. A história das nossas relações com os índios, é, em grande parte, uma crônica de chacinas e sobretudo, de epidemias (Ribeiro 1982: 208).

Os fatores como a marginalização, a perda de território, mudanças ambientais, a conseqüente perda das técnicas tradicionais de subsistência, e a exploração por parte da sociedade envolvente contribuem para uma situação de saúde muito precária.

Suas condições sanitárias em geral não são satisfatórias. Destacam-se entre outros problemas: a elevada prevalência de doenças endêmicas como a tuberculose, a malária, a verminose e os freqüentes surtos epidêmicos provocados por vírus; alta prevalência de doenças carenciais, sendo que, em alguns deles, há alto grau de desnutrição; danos psíquicos que originam alta

^{3[4]} Comunicação oral de Marcos Antonio Guimarães, o então chefe do Setor de Saúde de FUNAI, no Simpósio sobre Saúde Indígena do Índio e Sistema Único de Saúde, 26-27 de outubro de 1989, Rio de Janeiro.

prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico...(Miranda, et.al. 1988: 25).

Após quatorze anos da Primeira Conferência e a subsequente legislação, na prática, os serviços de saúde estão longe de contornar a situação geral de saúde indígena. Os decretos 23 de 1991 e 1.141 de 1994, objetivando a delegação das responsabilidades institucionais para a organização de serviços de saúde do índio, não conseguiram estabelecer um modelo de atenção adequado para resolver os problemas agudos. Assim, a saúde do índio continua péssima. Sua vulnerabilidade frente ao HIV/AIDS, hoje é evidência das condições de pobreza, discriminação, dominação, e má saúde que eles continuam a ter.

O fracasso em atender as necessidades de saúde é devido, em grande parte, aos problemas de desenvolvimento de serviços adequados, que são diferenciados e ao mesmo tempo fazem parte do SUS. As soluções propostas pelos decretos sobre saúde indígena de 1991 e 1993 resultaram em profundos problemas na geração, administração, financiamento, e execução dos serviços de saúde. Estes problemas se resumem, primariamente, em uma estrutura burocrático/administrativa confusa e complicada demais, caracterizada pela falta de definição de competências e responsabilidades na geração dos projetos e serviços, e por os conflitos de interesses entre as instituições envolvidas. A Segunda Conferência de Saúde Indígena foi realizada em 1993 para debater este problema da organização de serviços. Apesar das conclusões da Conferência nunca terem sido publicadas, sua recomendação para a criação de Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base do modelo assistencial, para garantir um atendimento particularizado, já começou a ser discutida. Um princípio fundamental no estabelecimento e funcionamento do distrito sanitário é a participação da comunidade nas atividades e prioridades estabelecidas (Mendes1995).

Um elemento novo na política e nas atividades ligadas à saúde indígena foi a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, criado em 1995 com recursos internacionais. Em 1996 o Programa iniciou um enfoque nas populações indígenas, considerados como populações vulneráveis frente a DST/AIDS. Este Programa, independente das outras entidades nacionais encarregadas da saúde indígena (FUNAI, FNS), realizou uma seqüência de conferências e financiou projetos em todos os estados para o treinamento de multiplicadores nas comunidades indígenas. Agora, na sua segunda fase, o Programa está financiando projetos ligados ao problema do alcoolismo nas comunidades indígenas. Por terem dedicado maiores recursos financeiros para a saúde indígena que a FUNAI ou a FNS, este programa tem promovido uma grande parte das atividades ligadas à esta área nos últimos anos. Porém, suas atividades dependem na organização dos serviços de saúde indígena existentes, dificultando seu exito.

A partir de março deste ano, a Comissão de Saúde Indígena (COSAI), ligada a o Ministério da Saúde, iniciou a implantação de distritos sanitários indígenas através da realização de conferências regionais e estaduais para informar os profissionais de saúde e as comunidades sobre a organização destes distritos. Neste momento, seria prematuro avaliar esta fase nova na organização da saúde indígena e prever se a formação de distritos sanitários vai resolver os problemas que têm prejudicado tanto a implantação de um sistema de serviços que garanta acesso aos serviços de saúde para os povos indígenas. Entre os problemas mais crônicos, podemos citar a falta de recursos financeiros adequados, planejamento e uma definição clara das competências das instituições encarregadas dos serviços de saúde (Fundação Nacional de Saúde, FUNAI,

Departamentos Municipais e Estaduais de Saúde, e organizações não-governamentais); a ausência de um sistema de coleta e registro de dados epidemiológicos; os procedimentos burocratizados demais para reagir aos problemas urgentes e surtos de doenças epidêmicas; a necessidade de garantia da participação das comunidades no planejamento dos serviços de saúde e a péssima situação sanitária das comunidades indígenas. Até agora o problema de controle social, fundamental no conceito de distrito sanitário, também não está resolvido.

b) Respeito para as especificidades culturais e práticas tradicionais

Os princípios da Primeira Conferência e a legislação subsequente não só exigem que a nação assegure a saúde do índio no sentido de melhorá-la e de garantir acesso aos serviços adequados, mas também exigem o respeito à sua especificidade cultural e o reconhecimento dos seus saberes. Esta última implica uma compreensão profunda e um respeito autêntico à vida indígena e aos de seus saberes. Teoricamente não deve haver falta de respeito ou conflito entre os dois sistemas médicos, o dos índios e o dos profissionais de saúde. Como tenho argumentado anteriormente, os índios geralmente reconhecem a eficácia da biomedicina, e há geralmente uma relação de complementaridade entre as duas medicinas na procura de tratamento (Langdon 1988; Langdon 1991; Langdon e MacLennan 1979). Porém, avaliando a minha experiência de vários anos pesquisando e colaborando em atividades de saúde indígena, eu vejo certos obstáculos difíceis de serem resolvidos para que um verdadeiro respeito ao saber indígena seja uma realidade. Gostaria de explorar aqui estes obstáculos que impossibilitam a realização plena do princípio de respeito aos saberes indígenas, e quais são as implicações para a prática dos antropólogos na área de cuidados de saúde entre populações indígenas.

No primeiro momento, a diretriz de respeitar a especificidade cultural refere-se a respeitar o índio com um ser humano igual, relativizando seus hábitos, costumes e crenças e entendendo que provêm de uma cultura diferente, com valores e conhecimentos diferentes. Roberto DaMatta afirma que nossa atenção para com as sociedades tribais deve estar fundada na troca igualitária de experiências humanas (1987: 13). Porém, o respeito mútuo está pouco evidenciado no cotidiano dos serviços de saúde, os quais são caracterizados por relações hierarquizadas e ignorância. Nas atividades de prevenção e cura, é freqüente ouvir os profissionais em saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os ou condenando-os como sendo sujeitos, ignorantes sobre as noções em relação à saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento, e incapazes de compreendê-los. Em geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito para o conhecimento da cultura do grupo, e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia no êxito de seu trabalho.

Desta maneira, é importante que o treinamento dos profissionais que lidam com saúde indígena dedique tempo suficiente para que estes compreendam profundamente o conceito antropológico de relativismo e, também, o conceito de cultura. Devem estar familiarizados com a natureza do sistema indígena de saúde, e como as suas práticas fazem parte da sua cultura como um sistema simbólico, composto de valores, representações e significados inter-relacionados. É necessário apontar que os índios também têm desenvolvido conhecimentos e saberes sobre saúde, e, como no caso de nossa biomedicina, estes saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as cura, e o que é cura. As respostas culturais para estes conceitos de saúde e doença são diferentes daquelas da biomedicina,

e resultam em noções, valores e expectativas diferentes e específicas segundo a etnia particular. O primeiro passo para realizar os princípios da legislação sobre saúde indígena é o reconhecimento que estas diferenças são legítimas e fazem parte de um sistema cultural de saúde e que não são superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído.

Um segundo passo, e o que é mais difícil de conseguir, eu creio, é o de relativizar os saberes, aliás, relativizar a nossa medicina. A biomedicina, termo que usamos para designar nossa medicina, deve ser vista também como um sistema cultural, e não como a única ciência da verdade. É um sistema de conhecimento baseado na observação empírica e que tem conseguido desenvolver terapias altamente técnicas e eficazes frente a certos estados biológicos. O enfoque principal da biomedicina, em seu sensu stricto, é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, na qual a doença é vista como um processo biológico universal e a visão do corpo é basicamente mecânica e cartesiana

Apesar de ser impossível falar de uma medicina indígena, em geral, os sistemas indígenas de saúde são mais holistas e podem ser caracterizados como sistemas xamânicos, nos quais doença e saúde fazem parte de um sistema cosmológico e os fatores físicos, sociais e espirituais interagem no processo de saúde/doença e cura. Isto resulta num sistema de saúde baseado em princípios epistemológicos bastante diferentes dos da biomedicina. Os dois sistemas conhecem o mundo e constroem seus saberes com óticas diferentes sobre o que consta como verdade e ou que é evidência.

É perigoso caracterizar os dois sistemas de medicina como sendo opostos, e de nenhuma maneira estou me referindo ou tentando reforçar as velhas noções que a medicina indígena é basicamente mágica^{4[5]}. A meu ver, caracterizar medicina indígena como sendo mágica já é um erro etnocêntrico que fez parte da história da antropologia durante muitos anos. Na prática, os índios seguem um processo terapêutico não tão diferente que o nosso.

No início de uma doença, procuram identificar os sintomas, fazem um diagnóstico temporário que guia a escolha da terapia, e depois avaliam o êxito do tratamento escolhido (Langdon 1994). Nisto, fundamentam suas primeiras observações e avaliações nas mudanças dos sintomas. Para estes fins têm desenvolvido uma ciência de fitoterapia e técnicas de parto, cirurgia, e outras que são análogas às técnicas da biomedicina e sua eficácia é capaz de ser reconhecida por nossa medicina. Muitas destas técnicas têm sido incorporadas aos serviços de saúde, ou são possíveis de ser incorporados.

Porém, o sistema indígena tem uma noção de cura mais abrangente que a biomedicina. Enquanto a biomedicina define cura como ausência de sintomas de doença, o significado de cura para os sistemas indígenas aproxima mais o conceito inglês de “heal”, que vem do grego e implica totalidade. Assim, “heal” para os sistemas indígenas implica na restauração de bem-estar, e nos casos de doenças sérias, que ameaçam a vida, bem-estar requer a restauração das relações ameaçadas pela doença, e não só a ausência de doença. A procura do tratamento xamânico é guiada pela necessidade de descobrir a causa última da doença e explicar o significado da doença (Buchillet 1991, Langdon 1991, Evans-Pritchard 1978). Por isto, as medicinas podem ser vistas como complementares - a procura da biomedicina para sua eficácia técnica

^{4[5]} Para algumas discussões sobre xamanismo veja Buchillet 1990; Langdon 1996; Lobo-Guerro 1991; Reichel-Dolmatoff 1983; Hildebrand 1983).

nos processos biológicos do corpo e da medicina indígena para dar uma explicação sobre o porquê da doença. O ato de relativizar, neste caso, requer que o profissional de saúde reconheça a presença, a legitimação, e a necessidade dos especialistas indígenas de saúde, particularmente os xamãs, cujas práticas terapêuticas não têm analogias com as de nossa medicina. Eles procuram fora do corpo biológico para entender e curar a doença.

Mas, subjacente à questão do respeito aos saberes indígenas, há ainda problemas a serem resolvidos e que não são de fácil resolução. Toda a intervenção médica implica em mudança de comportamento - seja no uso de remédios ou nos esforços de mudar os hábitos vistos, sob a ótica da biomedicina, como fatores contribuindo à má saúde. Assim, uma tarefa comum dos antropólogos em projetos de saúde é a de avaliar as práticas nativas à luz de suas conseqüências para a saúde, identificando as que são danosas, neutras ou benéficas (Foster e Anderson 1978), com a idéia que as danosas devem ser desencorajadas e eliminadas, permitindo as outras desde que não causem danos. É preciso enfatizar que, em tais casos, o antropólogo está realizando uma tarefa subordinada, “colocando-se a serviço das concepções hegemônicas da medicina legitimada” (Minayo 1991: 234). Neste, a biomedicina retém a posição do paradigma universal e único verdadeiro sobre a questão de 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 da biomedicina como a única medida de eficácia é, finalmente, uma atitude etnocêntrica. Isto é particularmente verdade se ignoramos todas as pesquisas que demonstram a eficácia da cura ritual.

Eu digo etnocêntrica, porque há três conceitos principais que marcam a diferença entre a biomedicina e a medicina indígena, e estes precisam ser reconhecidos pela biomedicina para que relativize seu próprio saber frente aos saberes indígenas. Estas noções são: a de cura, a de eficácia, e a da realidade biológica da doença. Há anos que a antropologia tem contribuído para uma discussão sobre as causas psíquicas e sócio-culturais das doenças (O’Neill e Selby 1978) tanto como para uma discussão da eficácia dos sistemas de cura (Frank, 1974; Csordas 1983; Kiev 1964; Lévi-Strauss 1967, Turner 1967). Ultimamente, com as novas descobertas na medicina, tais como no campo da neurobiologia e neuroimunologia, é possível criar uma abordagem interdisciplinar que avançaria no conhecimento sobre a doença (Ornstein e Sobel 1987; Laughlin, McManus, e d’Aquili 1990). Seria ainda melhor se fosse uma abordagem intercultural, na qual a biomedicina fosse relativizada e os saberes da medicina indígena fossem tratados como ciência, para redefinir os conceitos de eficácia e cura. Para que isto seja uma realidade, os profissionais de saúde têm que reconhecer as limitações de sua medicina, relativizando-a e admitindo que existem outros sistemas de medicina com saberes sobre saúde que, por suas diferenças epistemológicas, não só devem ser respeitados, mas também compreendidos como possíveis de fazer uma contribuição ao conhecimento.

Pensamentos Finais

Este trabalho preliminar não pretende ser exaustivo sobre os assuntos de saúde de interesse para cientistas sociais e profissionais de saúde. Deveremos também pensar em outros temas, como as pesquisas de fitoterapia e suas implicações para a discussão sobre direitos de propriedade intelectual (Chaparro Beltrán, 1993; Terena 1993); o papel do agente indígena de saúde; a ética da investigação biomédica em populações indígenas, o impacto de neoliberalismo nos serviços públicos de saúde, entre outros. Concluindo, quero retornar à discussão da etnicidade. Para pensar a situação de saúde e os povos indígenas, é necessário reconhecer que os dados epidemiológicos, a organização e qualidade dos serviços de saúde, e as relações entre os profissionais de saúde e as comunidades indígenas são, em grande parte, determinados pelo contexto de relações interétnicas. Este contexto interétnico é caracterizado por relações hierarquizadas em dois sentidos. No primeiro temos a relação de hierarquia que caracteriza as relações interétnicas em geral, a posição do índio frente o branco na sociedade. O segundo sentido refere a hierarquia entre os saberes, na qual a cultura da biomedicina se posiciona como hegemônica e superior aos outros saberes, dificultando a plena realização do princípio de respeito aos saberes e práticas indígenas.

BIBLIOGRAFIA

BONFIL, G. 1966. Conservative thought in applied anthropology: A critique. *Human Organization* 25:89-92.

BROWN, M. 1993. Facing the State, Facing the World: Amazonia's Native Leaders and the New Politics of Identity. IN *L'Homme: La remontée de l'Amazonie*. (Lévi-Strauss, et alli, orgs.) XXXIII (126-128): 307-326.

BROWN, M. 1991. Beyond Resistance: Utopian Renewal in Amazonia. *Ethnohistory* 38(4): 388-413.

BUCHILLET, D. 1990. Los Poderes del Hablar. Terapia y Agresión Chamanica entre los Indios Desana del Vaupes Brasileiro. IN *Las Culturas Latino Americanas a través de sus Discursos*. Quito, Ecuador, ABYA-YALA. pp. 319-354.

BUCHILLET, D. 1991. A Antropologia da doença e os sistemas oficiais de Saúde IN *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. (Dominique Buchillet, org.) Belém, MPEG/CEJUP/UEP. pp. 21-44.

CASTRILLÓN ARBOLEDA, D. 1973. *El Indio Quintin Lame*. Bogotá, Ediciones Tercer Mundo.

CHAPARRO BELTRÁN, F. 1993. Las riquezas naturales de la Amazonia y la propiedad intelectual. In *Salud y Población Indígena de la amazonia*. (E. Estrella y A. Crespo, orgs.). *Memorias del I Simposio Salud y Población Indígena de la Amazonia*. V. II. Quito, Impretec. Pp. 245-260.

COIMBRA, C. E. Jr. e R. V. SANTOS 1996. Ética e pesquisa biomédica em sociedades indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 12(3):417-422. (Rio de Janeiro)

CONNORS, M. M. e J.W. MCGRATH 1997. The Known, Unknown and Unknowable in AIDS Research in Anthropology. *Anthropology Newsletter* 38(3): 1, 4-5. Washington D.C., AAA.

COSTA, D.. C. 1989. Política Indigenista e Assistência à Saúde. *Ciência Hoje*. 10 (55): 68-73

CSORDAS, T. 1983. The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing. *Culture, Medicine and Psychiatry* 7:333-375

DA MATTA, R. 1987 *Relativizando: Uma Introdução à Antropologia Social*. Rio, Rocco.

ESTRELLA, E.. 1985 As contribuições da Antropologia à Pesquisa em Saúde. IN *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas*. (E.D. Nunes org.). Organização Pan-Americana de Saúde. pp. 159-173.

EVANS-PRITCHARD, E.E. 1978 [1937] *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio, Zahar Editora.

FOSTER, G. and B. ANDERSON 1978. *Medical Anthropology*. New York, Wiley.

FRANK, J. 1974. *Persuasion and Healing*. New York, Schocken Books.

GALLOIS, D. 1991. A Categoria "doença de branco": Ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena? IN *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. (D. BUCHILLET, org.) Belem, Edições CEJUP. Pp. 175-206.

GUSS, D. 1994 Re-imaginando la Comunidad Imaginada: La Política de la Diversidad Cultural em América Latina y el Caribe. IN *Teoría y política de la construcción de identidades y diferencias en América Latina y el Caribe*. (D. Mato, org.). Caracas, Editorial Nueva Sociedad.

HILDEBRAND, M. von 1983. Cosmvision y el concepto de enfermedad entre los Ufaina. In *Medicina, shamanismo y botánica*. (FUNCOL, orgs). Bogotá, FUNCOL, pp. 48-63.

JACKSON, J. 1995. Culture, Genuine and Spurious: The Politics of Indianness in te Vaupês, Colombia. *American Ethnologist* 22(1): 3-27.

JACKSON, J. 1995. Preserving Indian Culture: Shaman Schools and Ethno-Education in the Vaupés, Colombia. *Cultural Anthropology* 10:3. August.

KALINSKY, B. 1995. Salud e interdisciplina: Fracaso epistemológico o práctica de la inter-gestión disciplinaria de la ciencia?. In *Cultura, Salud e enfermedad*. (Marcelo Alvarez e Victoria Barreda, orgs.) Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Pp. 12-30.

KIEV, A. 1964. *Magic, Faith, and Healing*. New York, The Free Press.

LANGDON, E. J. 1988 "Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento." Revista de *Saúde em Debate*. Centro Bras. de Estudos de Saúde, São Paulo. (Janeiro) pp. 12-15.

LANGDON, E. J. 1991a. "Percepção e Utilização da Medicina Ocidental dos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia". In *Medicina Tradicional e Medicina Ocidental na Amazônia*. (Dominique BUCHILLET, org.) Belem, Museu Goeldi. Pp. 207-228.

LANGDON, E. J. com B. G. ROJAS. 1991b.. Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Área Indígena Ibirama (SC). IN A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena. Documento-Denúncia (Silvio Coelho dos SANTOS, org.) *Boletim de Ciências Sociais*. 51/51:65-89. Florianópolis, UFSC.

LANGDON, E. J. 1994 "Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana" In *Saúde e Povos Indígenas* (Ricardo V. SANTOS e Carlos COIMBRA, orgs.) Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. pp. 115-142.

LANGDON, E. J. M. org.. 1996. *Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas*. Florianópolis, S.C., Editora UFSC.

LANGDON, E. J. com R. MacLENNAN, M.D. 1979 "Western Biomedical and Sibundoy Diagnosis: An Interdisciplinary Comparison" *Social Science and Medicine* 13B:211-220.

LAUGHLIN, Jr. C. D., J. McMANUS, e E. G. D'AQUILI 1990. *Brain, Symbol and Experience*. Boston, Shambhala, New Science Library.

LÉVI-STRAUSS. C. 1967. The Effectiveness of Symbols. IN *Structural Antropology*. New York, Anchor Books. Pp. 181-201.

LUZ, L. 1995 Convenção 169 da OIT – Um Instrumento De Defesa Dos Direitos Indígenas. In *A Temática Indígena na Escola*. (Silva, A. Lopes da, Aracy, org.). Brasília, MEC/MARI/UNESCO. Pp. 102-104

LOBO-GUERRERO, M. 1991. Incorporación del shamán indígena en los programas de salud: reflexiones sobre algunas experiências en Colombia. In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Dominique Buchillet, orga. Belém, Edições CEJUP. pp. 267-279.

MENDES, E. V., org. 1995. *Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio, HUCITEC/ABRASCO.

MIRANDA, J.A. N. de, A.F.de Hautequestt, e D.C. Costa 1988. A Tuberculose no Índio. *Saúde em Debate*. Janeiro, p. 24-25.

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

OLIVEIRA, R. C. de 1976. *Identidade, Etnia e Estrutura Social*. São Paulo, Pioneira.

O'NEILL, C. e H. A. SELBY 1978. "Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Relationships between Sex Role Expectations and a Folk Illness" In *Health and the Human Condition*, (M. LOGAN e HUNT, org.) Mass, Duxbury Press. pp. 271-280.

ORNSTEIN, R. e D. SOBEL 1987 *The Healing Brain*. New York, Simon & Schuster.

ORELLANA AILLÓN, L. 1998. La "Masacre de Navidad". Un fragmento de la violencia estatal y resistencia popular en Bolivia. *Nueva Sociedad* 153: 104-119.

PAGE, J. T. P. 1995. Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional em México. *Cadernos de Saúde Pública* 11(2) 201-211.(Rio de Janeiro).

REICHEL-DOLMATOFF, R. 1983. Conceptos indígenas de enfermedad y de equilibrio ecológico: los Tukano y los Kogi de Colombia. In *Medicina, shamanismo y botánica*. (FUNCOL, org.). Bogotá, FUNCOL, pp. 19-27.

RIBEIRO, D. 1982 *Os Índios e a Civilização*. Rio, Editora Vozes.

RICARDO, C. A. 1995. "Os índios" e a socio diversidade nativa contemporânea no Brasil. In *A Temática Indígena na Escola* (A. L. da Silva e L. D. B. Grupioni, orgs.) Brasília, MEC/UNESCO. Pp. 29-60.

SANTOS, S. C. dos 1995. Os Direitos dos Indígenas. In *A Temática Indígena na Escola*. (A. L. da Silva e L. D. B. Grupioni, orgs.) Brasília, MEC/UNESCO. Pp. 87-105.

TEIXEIRA, C. F., J. S. Paim, A. L. Viassbôas 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. Ano VII, no. 2(ABR/Jun) pp.9-28.

TERENA, J. 1993. Derechos de Propiedad Intelectual y su aplicación para las comunidades indígenas.. In *Salud y Población Indígena de la amazonia*. (Eduardo Estrella y Antonio Crespo, orgs.). *Memorias del I Simposio Salud y Población Indígena de la Amazonia*. V. II. Quito, Impretec. Pp. 261-268.

TURNER, T. 1991. Da Cosmologia à História: Resistência, Adaptação e Consciência Social entre os Kayapó. *Cadernos do Campo* 1: 68-83. (São Paulo, USP).

TURNER, V. 1967 *The Forest of Symbols*. Ithaca, New York, Cornell University Press.

UNESCO 1997. *Princípios sobre a Tolerância*. São Paulo, USP/FLLCH.

VERANI, C. B. L. 1998. A Política de Saúde do Índio e a Organização dos Serviços no Brasil. Trabalho apresentado na 21a Reunião da ABA. Abril. Vitória, ES.
