



**COLÉGIO
CORÇÃO
DE JESUS**

Um Colégio 100 anos na frente.

O artigo analisa a nova política de saúde indígena no Brasil, partindo de preocupações antropológicas sobre o conceito de 'atenção diferenciada'. De fato, os cientistas sociais enfrentam novos desafios perante a legislação brasileira, a qual estabelece que os serviços de saúde indígena devem respeitar e incorporar a comunidade local nas suas particularidades culturais. Após breve história da legislação atual e do surgimento das organizações políticas indígenas nos últimos 15 anos, o artigo examina criticamente os serviços oficiais de saúde e o conceito de "atenção diferenciada". São feitas considerações respeitantes aos novos desafios que enfrentam os antropólogos e os profissionais da saúde, face às exigências de transformação dos serviços que pretendem ser culturalmente "sensitivos".

A nova política de saúde indígena no Brasil:

**Preocupações antropológicas
sobre o conceito de "atenção
diferenciada"**

E. Jean Langdon



Introdução

Durante os últimos cinquenta anos, a situação dos grupos minoritários frente ao Estado tem-se transformado significativamente. Os decretos e medidas internacionais, bem como as legislações nacionais, têm reconhecido a natureza pluriétnica do Estado e a necessidade de garantir os direitos e o respeito para as diferenças culturais. Na América Latina, estas mudanças legais vêm acompanhadas pelo surgimento de organizações indígenas como uma força importante no cenário político. À luz destes eventos, pretendo examinar a política de saúde indígena no Brasil durante os últimos quinze anos, as atividades dos cientistas sociais e os desafios que os antropólogos, particularmente, estão enfrentando no contexto gerado a partir de 1986, no qual a legislação sobre saúde indígena objetiva garantir uma “atenção diferenciada”. Este conceito implica não só uma organização diferenciada dos serviços de saúde e a participação dos povos indígenas na gestão, programação e avaliação destes serviços, mas também um atendimento diferenciado que respeite e reconheça as especificidades culturais e os saberes indígenas.

Pretendo aqui examinar as mudanças na política e organização dos serviços de saúde indígena no Brasil, destacando as implicações e os desafios relacionados ao papel do antropólogo que trabalha com povos indígenas. Nos últimos quinze anos temos visto um aumento da participação de antropólogos em atividades de saúde junto com os profissionais de saúde. Esta colaboração não tem sido sempre fácil e nem sempre tem resultados satisfatórios. Após uma revisão das mudanças na política e nos serviços de saúde indígena, examino as percepções diferentes entre os antropólogos e os profissionais de saúde participando no contexto atual de saúde indígena.

O surgimento da etnicidade:

O reconhecimento mundial dos direitos indígenas e o caráter pluricultural dos Estados foi marcado pela aprovação, em 1989, da Convenção 169 sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, 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 L. 1995:102). O que é significativo desta Convenção é a eliminação do caráter integracionista que caracterizou



a Convenção original, e o reconhecimento de 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 em suas sociedades nacionais e designou os povos indígenas como colaboradores na aplicação das ações voltadas 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 de vida, esta última Convenção também substitui a noção da eventual colaboração dos povos indígenas pela participação ativa deles nas medidas e decisões governamentais e legislativas que os afetem diretamente.

As mudanças entre a primeira Convenção e a segunda refletem o surgimento de movimentos indígenas em toda a América Latina. Nos anos 50, os índios formavam uma minoria étnica e cultural, dominados e excluídos das ideologias nacionais (GUSS D. 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 T. 1991 a), 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 (TURNER T. 1991 b).

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 D. 1994; JACKSON J. 1995; BROWN M, 1993 ; RAMOS A. 1998). Porém, não podemos ignorar que houve um crescimento significativo na formação e nas atividades das associações indígenas que influenciaram as mudanças nos documentos nacionais e internacionais, dando reconhecimento aos direitos indígenas, e a composição pluriétnica dos Estados latino-americanos não pode mais ser negada. 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; o processo de garantir ao índio os seus direitos não é um processo fácil e nem sempre pacífico. Apesar de estarmos longe de ver o índio gozar de cidadania plena numa sociedade sem preconceito e exploração, o surgimento da identificação e da 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.

Assim, para analisar a questão de *saúde e povos indígenas* e o papel das ciências sociais em pesquisa e em outras atividades no campo de saúde, é necessário considerar o surgimento da etnicidade como fator central na história das 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 da etnicidade no palco político também exige que as ciências sociais repensem e reorientem suas teorias e suas atividades práticas no campo da saúde indígena. Depois da Segunda Guerra Mundial, época que marca o início do campo da antropologia médica, a antropologia visualizou o fenômeno de contacto entre o índio e a sociedade nacional como um processo de “aculturação”, apoiando implicitamente, assim, a visão de que este contacto iria resultar na assimilação do índio pela sociedade nacional. Na questão da saúde, presumiu-se que as práticas indígenas dariam lugar à eficácia superior da biomedicina. A história dos últimos cinquenta anos nos mostrou que isto não é a realidade.

Brasil: A Situação Interétnica

No Brasil, o índio é uma minoria, em termos numéricos e étnicos. A população indígena compõe aproximadamente 0,2% da população brasileira (RICARDO C.A. 1995 : 46), ou seja, é estimada em 200.000, outros falam em 300.000 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. A maior parte dos povos indígenas brasileiros pertence a microsociedades. Quarenta por cento dos 206 povos, ou seja, oitenta e três grupos, têm uma população de até duzentos indivíduos, e cerca de sessenta por cento dos povos indígenas brasileiros têm uma população de até mil indivíduos (RICARDO C.A. 1995: 46). Os grupos indígenas estão em vários estados de contacto com a sociedade envolvente: em um extremo existem os grupos isolados ou semi-isolados, sofrendo ainda o impacto da violência e das doenças de contacto, e no outro estão os índios em contacto constante com a população não índia. Esta última situação caracteriza o sul do país, que conta com mais de 50% da população indígena brasileira. Estes grupos se caracterizam por uma situação sanitária semelhante aos grupos pobres da população 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.



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 de a Constituição estar longe de garantir na prática esses direitos e de terem 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 ONG’s, entidades científicas, igrejas etc” (SANTOS, S. C. de 1995: 104). Após a aprovação da Constituição Federal, a formação de associações indígenas tem acelerado, particularmente na criação de grupos locais. Em 1995, setenta e uma organizações indígenas foram registradas em Cartório (RICARDO C.A. 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 o contexto atual favorece a manifestação de sua identidade indígena.¹

A Política de Saúde Indígena e sua Organização:

A constituição de 1988 foi fruto da re-democratização do país. Nessa mesma década houve uma reforma do sistema de saúde para o Sistema Único de Saúde (Sus), que delegou mais responsabilidade e poder às municipalidades. Frente a esta reforma de municipalização da saúde, 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. Na época, 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. 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 (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 da FUNAI.

Porém, na época da Primeira Conferência, a situação da saúde indígena estava precária, e os serviços eram caracterizados pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de uma infra-estrutura adequada nas áreas, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural dos povos indígenas e de recursos financeiros adequados. Tampouco existiam dados sobre a situação epidemiológica desses grupos e nenhuma instituição era encarregada de centralizar os dados. Ainda mais, a FUNAI, com seus



vários problemas, estava incapacitada para atender às necessidades de saúde dos índios. A saúde dos povos indígenas estava num estado lamentável devido a fatores como a marginalização, a perda de território, as mudanças ambientais, a conseqüente perda das técnicas tradicionais de subsistência e a exploração por parte da sociedade envolvente. O seguinte diagnóstico caracterizou a saúde indígena no início da Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio em 1986:

“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 se originam da alta prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico...” (MIRANDA, *et al.* 1988: 25).

A 1a. Conferência contou com um número considerável de representantes indígenas entre os funcionários da FUNAI e do Ministério de Saúde, profissionais de saúde, antropólogos e membros das organizações não-governamentais que trabalhavam junto às comunidades indígenas. A participação indígena foi indicativa do crescimento da força política das organizações indígenas no país e foi importante para as conclusões da Conferência (União das Nações Indígenas, 1988). Entre as conclusões, gostaria de ressaltar três, que são importantes para entender a legislação sobre saúde indígena durante os últimos dez anos e para analisar o envolvimento crescente dos antropólogos nos programas de saúde: (1) 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; (2) a necessidade de um modelo de atenção diferenciada que respeite as especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo; e (3) a inclusão das comunidades no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação dos serviços de saúde. Para realizar o primeiro princípio, foi sugerida a organização de um subsistema através de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Para o segundo e o terceiro, foi recomendada a incorporação de índios no atendimento e acompanhamento do processo por antropólogos. 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.

Entre esta conferência e a criação dos Distritos Sanitários em 1999, a administração e gerência de saúde indígena passou por várias mudanças, com a intenção de estabelecer um subsistema de atendimento que integrasse



as atividades das instituições governamentais e não-governamentais. As universidades foram consideradas parte importante nas parcerias entre FUNASA, FUNAI, Municípios e ONG's. Seu papel, nem sempre bem definido, incluía pesquisa, consultoria, provisão de serviços e oferecimento de cursos para profissionais e/ou indígenas. Em 1996, o Programa Nacional de DST/AIDs, ligado diretamente ao Ministério da Saúde, começou a se preocupar com os povos indígenas. Este Programa talvez tenha contribuído mais que outros órgãos nacionais, entre 1996 e 2000, para a realização de reuniões e projetos de pesquisa prática em saúde indígena, devido, em parte, aos recursos financeiros maiores em comparação com os da FUNASA e FUNAI. Paralelamente, na década de 90 houve um aumento na participação de antropólogos no campo da saúde e o estabelecimento da antropologia da saúde como um campo legítimo no ambiente acadêmico.

Para a resolução da questão de controle social no nível nacional, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi criada em 1991. O papel da CISI é assessorar o CNS sobre a formulação e o controle da execução da política de saúde indígena. Desde 1993, houve tentativas de criar conselhos locais e regionais de saúde para garantir maior participação indígena, porém, a sua implantação enfrentou vários problemas, e poucos conselhos foram efetivamente estabelecidos até um ano atrás.

Neste período, a política de saúde indígena ocupou pouco espaço no cenário nacional. Os recursos financeiros dedicados à saúde indígena foram totalmente inadequados. A situação sanitária continuou, e ainda continua, sendo precária. Não houve, tampouco, o desenvolvimento de um sistema de dados para entender o perfil epidemiológico destes grupos. Vários surtos de doenças aconteceram sem socorros adequados. A voz da CISI foi fraca e suas recomendações foram ignoradas no CNS. As soluções propostas pela legislação não conseguiram estabelecer uma estrutura viável de atenção diferenciada e resultaram em estruturas burocrático-administrativas confusas e complicadas, caracterizadas pela falta de definição de competências e responsabilidades na geração dos projetos e serviços, e pelos conflitos de interesses entre as instituições envolvidas.

O sistema de saúde continuou caótico e os problemas de saúde sem efetiva resolução.² Os índios não sabiam a quem se dirigir para resolver seus problemas crônicos e emergentes de saúde. O êxito das tentativas de cooperação entre as várias instituições governamentais e não-governamentais, tanto quanto as atividades realizadas por cada uma, variava dependendo da política nacional e local, dos recursos humanos e financeiros, e da própria vontade de colaboração entre os membros das instituições



envolvidas. Sem entrar em detalhes, é possível dizer que os serviços para os povos indígenas, em geral, sofreram de problemas organizacionais, conflitos entre as instituições, falta de recursos humanos e financeiros, falta da participação da comunidade no planejamento destes serviços e de uma dependência cada vez maior das ONG'S para obter atendimento. Houve em alguns locais uma colaboração importante que resultou em serviços adequados e culturalmente sensíveis, mas tais casos foram raros, e nem sempre estes programas conseguiram continuar, frente às mudanças de pessoal e de partidos políticos.

A Criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI):

A criação dos DSEIs finalmente foi aprovada em 1999, e a responsabilidade da gestão de Saúde Indígena passou para a FUNASA. Trinta e quatro Distritos Sanitários foram organizados rapidamente sob sua orientação, novos recursos financeiros foram concedidos para o funcionamento dos Distritos e vários concursos foram abertos para médicos, enfermeiros e outros, para atender os povos indígenas.

Os Distritos Sanitários são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais e variam significativamente na sua composição étnica e no seu tamanho. Cada distrito tem uma equipe de funcionários da FUNASA que administra e repassa os recursos financeiros para os projetos específicos de saúde. Idealmente, as ONG'S devem formular e administrar os programas específicos de saúde primária dentro das áreas indígenas, estabelecendo convênios com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviços específicos dentro e fora das áreas. Em certos locais, as ONG'S são as próprias organizações indígenas. Em outros, em particular no sul do país, ONG'S especiais foram criadas para preencher este papel. Finalmente, em outros, os municípios é que 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 e não, entre elas a FUNASA, os municípios, a FUNAI, os militares (em regiões isoladas), as ONG'S e as universidades.

É cedo para avaliar o impacto destas mudanças rápidas, para determinar se a FUNASA está conseguindo implementar um sistema de saúde que satisfaça os princípios das primeiras duas conferências sobre saúde indígena e que evite os problemas burocráticos e os conflitos de interesses. Espera-se que a III Conferência de Saúde Indígena, a ser realizada em maio de 2002, resulte numa avaliação global do sistema de atendimento e na



participação das comunidades indígenas no planejamento, na gestão, no atendimento e no controle social. Porém, as avaliações realizadas na preparação da conferência apontam para vários problemas, entre eles o papel excessivamente centralizador da FUNASA na implantação dos Distritos Sanitários, sem o pleno entendimento e a participação das comunidades indígenas, que se contrapõem ao princípio participatório dos Distritos Sanitários.³ Certos Distritos são grandes demais para fins administrativos. Ao conceito de atenção diferenciada ainda falta uma definição clara para a prática clínica. Os problemas crônicos continuam: uma complexidade burocrática de instituições (FUNASA, FUNAI, Departamentos Municipais e Estaduais de Saúde, Universidades e organizações não-governamentais); a ausência de um sistema de coleta e registro de dados epidemiológicos, e a péssima situação sanitária das comunidades.³

Respeito às 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 a serviços adequados, mas também exigem o respeito à sua especificidade cultural e o reconhecimento dos seus saberes. O que implica uma compreensão profunda e um respeito autêntico à vida indígena e à sua cultura. Teoricamente, não deve haver falta de respeito ou conflito entre os dois sistemas médicos, o dos índios e o dos profissionais de saúde. Porém, avaliando a minha experiência em vários anos de pesquisa e colaboração em atividades de saúde indígena, vejo certos obstáculos difíceis de serem resolvidos para que um verdadeiro respeito ao saber indígena seja 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 dos cuidados de saúde entre populações indígenas.

No primeiro momento, a diretriz de respeitar a especificidade cultural refere-se a respeitar o índio como um ser humano igual, relativizando seus hábitos, costumes e crenças e entendendo que provêm de uma cultura diferente, com valores e conhecimentos diferentes. Roberto DA MATTA 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. É freqüente ouvir os profissionais de 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 dos tratamentos e incapazes de compreendê-los. Em geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito ao conhecimento da cultura do grupo e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo tem influência sobre o 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 atual de cultura. Devem estar familiarizados com a natureza do sistema indígena de saúde, cujas práticas fazem parte de sua cultura como um sistema simbólico composto de valores, representações e significados inter-relacionados. É necessário reconhecer 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 as doenças e o que as cura, e o que é cura. As respostas culturais para estes conceitos de saúde e doença são diferentes das da biomedicina e resultam em noções, valores e expectativas diferentes e específicos segundo a etnia particular. O primeiro passo para realizar os princípios da legislação sobre saúde indígena é o reconhecimento de 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 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 sentido estrito, é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, no 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 holísticos: doença e saúde fazem parte de um sistema cosmológico e 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 o que é evidência.



O respeito aos diversos saberes e a consciência de que as medicinas refletem construções sócio-históricas torna contraditória a tarefa tradicional dos antropólogos, de identificar as práticas nativas para os profissionais à luz de suas conseqüências para a saúde, com a idéia de que as danosas devem ser desencorajadas e eliminadas, permitindo as outras desde que não causem danos (FOSTER G. ANDERSON B. 1978). 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 M.C. 1991: 234). Neste sentido, a biomedicina retém a posição do paradigma universal e único verdadeiro 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 da biomedicina como a única medida de eficácia levanta contradições quando se trata do respeito aos saberes tradicionais.

Porém, é perigoso caracterizar os dois sistemas de medicina como sendo opostos, e de nenhuma maneira estou tentando reforçar as velhas noções de que a medicina indígena é basicamente mágica e estática. O resultado do contato inter-étnico tem demonstrado exatamente o oposto, pois de fato os índios re-interpretam e apropriam aspectos de nossa medicina (LANGDON E. 1988, 1991, 1994; LANGDON E. MACLENNAN R. 1979; GARNELOL. - WRIGHT R. 2001; GREENE S. 1998, MORGADO P. 1994). As fronteiras entre a biomedicina e as medicinas tradicionais são bastante permeáveis, tornando o itinerário terapêutico muito mais complexo, resultante de diversos fatores, não só da percepção de eficácia.

Frente a estas observações, considero importante que o antropólogo participe no treinamento dos profissionais de saúde. Mas ele tem que ter um cuidado especial para não coisificar a noção antiquada de cultura como uma unidade discreta e possível de ser possuída (FRANKENBERG R. 1995). Se no passado seu papel era descrever traços culturais vistos como 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 está sendo continuamente negociada entre os atores. É importante que ele consiga facilitar a compreensão de que a práxis quotidiana entre os profissionais e a comunidade acontece a partir de uma interação complexa de realidades diversas em origem, não sendo composta exclusivamente por duas culturas diferentes, identificáveis como entidades auto-limitadas e bem definidas, separadas no tempo e no espaço (FRANKENBERG R. 1995: 117). O ajuste desta interação é permeado por relações assimétricas de poder e influências dos níveis nacional e internacional, ou seja, a comunicação intercultural não se restringe às culturas dos índios e dos profissionais que



os assistem. Ainda mais, a prática clínica não é realizada apenas segundo a racionalidade científica, mas é um produto das forças políticas e econômicas nacionais e das negociações de poder que fazem parte do funcionamento cotidiano dos serviços.

Dentro deste contexto, a posição do antropólogo é crítica e reflexiva. Ele deve reconhecer que o saber médico e os serviços são construídos histórica e politicamente; reconhecer a 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 dos que são tradicionalmente vistos como específicos da saúde. As redes sociais, os caminhos para o poder e a liderança, e as percepções da comunidade em relação a suas necessidades são novos temas a ser explorados pelo antropólogo voltado para questões de saúde indígena. Frequentemente, os profissionais de saúde não conseguem entender a relevância destes aspectos para seu trabalho e é ainda mais difícil que eles desenvolvam uma atitude crítica e reflexiva sobre suas próprias práticas.

A descrição das várias instituições e grupos envolvidos hoje nos serviços de saúde indígena deixa bem claro que o antropólogo é um participante, um entre vários outros. Ele não mais é um mediador entre dois campos opostos e nem é uma pessoa neutra. Sua tarefa é facilitar a expressão da comunidade sobre suas necessidades (HAHN R. 1999). Tendo em vista a pluralidade de pessoas e grupos interessados, FRANKENBERG (1995) recomenda que o antropólogo não se coloque numa posição neutra, mas que tome partido nas situações e se posicione frente aos diferentes grupos envolvidos. Dependendo do contexto, isto pode ser uma tarefa difícil. Não é uma simples oposição entre os profissionais e a comunidade. As comunidades também são marcadas por conflitos intragrupais e o contato com a sociedade envolvente tem alterado as posições tradicionais de poder, criando 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, nas quais o antropólogo tem que se posicionar (JACKSON J. 1999).

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; o poder e o papel do agente indígena de saúde; a ética da investigação biomédica em populações indígenas; o impacto do neoliberalismo nos serviços públicos de saúde, entre outros. Concluindo, quero retornar à discussão da etnicidade. Para pensar a situação de saúde entre os povos indígenas, é necessário reconhecer que os dados epidemiológicos, a organização e a 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 ao branco na sociedade. O segundo sentido se refere à hierarquia entre os saberes, na qual a cultura da biomedicina está posicionada como hegemônica e superior, dificultando a plena realização do princípio de respeito aos saberes e práticas indígenas.

Notas

¹ Para uma discussão excelente sobre a importância dos povos indígenas no cenário político do Brasil, apesar de sua população pequena, veja-se RAMOS A. (1998).

² Veja VERDUM R. (1994) e HÖKERBERG Y. *et al.* (2001) para exemplos da situação deteriorada de saúde dos índios.

³ Uma das poucas publicações sobre a criação de distritos mostra diferenças na inclusão das organizações indígenas entre o Distrito Sanitário de Rio Negro e o de Pernambuco (ATHIAS R. - MACHADO M. 2001). No primeiro houve uma boa articulação interinstitucional, incluindo as organizações indígenas, enquanto a implantação do segundo ocorreu de forma verticalizada, sem participação do movimento indígena.

Bibliografia

ATHIAS Renato - MACHADO Marina, 2001, *A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários. Discursos antropológicos e médicos.* "Cadernos de Saúde Pública" vol. 17, n. 2, 2001.

BROWN Michael, 1993, *Facing the state, facing the world: Amazonia's native leaders and the new politics of identity.* Pp. 307-326, in Claude LÉVI-STRAUSS - Philippe DESCOLA - Anna Cristina TAYLOR, (curadores) *La remontée de l'Amazonie*, "L'Homme", Vol. XXXIII n. 126-128, 1993.

DA MATTA Roberto, 1987, *Relativizando: Uma introdução à antropologia social*, Rocco, Rio de Janeiro.



- FOSTER George - ANDERSON Barbara, 1978, *Medical anthropology*, Wiley, New York.
- FRANKENBERG Ronald, 1995, *Learning from AIDS: The future of anthropology*, pp. 110-133, in Akbar S. AHMED - C.N. SHORE (editors), *The future of anthropoLogy: Its relevance to the contemporary world*, Athlone, London.
- GARNELO Luiza - WRIGHT Robin, 2001, *Sickness, healing and health services: Social representations, practices and demands among the Baniwa*. "Cadernos de Saúde Pública", vol. 17, n. 2, 2001.
- GREENE Shane, 1998, *The shaman's needle: Development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru*, "American Ethnologist", vol. 25, 4, 1998, pp. 634-658.
- GUSS David, 1994, *Re-imaginando la comunidad imaginada. - La política de la diversidad cultural en América Latina y el Caribe*, in MATO Daniel (compilador), "Teoría y política de la construcción de identidades y diferencias en América Latina y el Caribe", Editorial Nueva Sociedad, Caracas.
- HAHN Robert, 1999, *Anthropology in public health - Bridging differences in culture and society*, Oxford University Press, Oxford.
- HÖKERBERG Yara H. M. - M-P- DUCHIADE - C. BARCELLOS, 2001, *Organization and quality of Health Care for Kaingang Indians in Rio Grande do Sul, Brazil*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 17, n 2, 2001.
- JACKSON Jean, 1995, *Culture, genuine and spurious: The politics of indianness in the Vaupês*, Colombia, "American Ethnologist", vol. 22, n. 1, 1995, pp. 3-27.
- JACKSON Jean, 1999, *The Politics of Ethnographic Practice in the Colombian Vaupês*, "Identities", vol. 6, n.2-3, 1999, pp. 281-317.
- LANGDON E. J., 1988, *Saúde Indígena. A Lógica do Processo de Tratamento*, "Revista de Saúde em Debate", Janeiro, 1988, pp. 12-15.
- LANGDON E. J., 1991, *Percepção e Utilização da Medicina Ocidental dos índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia*, pp. 207-228, in Dominique BUCHILLET (organizadora), "Medicina Tradicional e Medicina Ocidental na Amazônia", Museu Goeldi, Belém.
- LANGDON E. J., 1994, *Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana*, pp. 115- 142, in Ricardo V. SANTOS - Carlos COIMBRA (orgs.), *Saúde e Povos indígenas*, Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- LANGDON E. J. - Robert MACLennan, M.D., 1979, *Western biomedical and Sibundoy diagnosis: An interdisciplinary comparison*, "Social Science and Medicine", Vol. 1 38, 1979, pp. 21 1-220.
- LUZ L., 1995, Convenção 169 da OIT - Um instrumento de defesa dos direitos indígenas. pp. 102-104, in SILVA Aracy Lopes da, (orga.), *A temática indígena na escola*, MEC/MARI/UNESCO, Brasília.



- MIRANDA J.A. et al., 1988, *A tuberculose no índio*, "Saúde em Debate", Janeiro, pp. 24-25.
- MINAYO Maria Cecília de S, 1991, *Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais*, "Cadernos de Saúde Pública", vol. 25, n.3, 1991, pp. 233-38.
- MORGADO Paula, 1994, *O pluralismo médico Wayana-Aparai: A intersecção entre a tradição local e a global*. "Cadernos de Campo", n. 4, 1994, pp. 41-70.
- NOVAES Marlene R. de, 1996, *A caminho da farmácia. - Pluralismo médico entre os Wari de Rondônia*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
- RAMOS Alcida, 1998, *Indigenismo*, University of Wisconsin Press, Madison.
- RICARDO C.A., 1995, "Os índios " e a sócio-diversidade nativa contemporânea no Brasil, pp. 29-60, in SILVA Aracy Lopes da, (orga.), *A temática indígena na escola*, MEC/MARI/UNESCO, Brasília.
- SANTOS S. C. dos, 1995, *Os direitos dos indígenas*, pp. 86-105, in SILVA Aracy Lopes da, (orga.), *A temática indígena na escola*, MEC/MARI/UNESCO, Brasília.
- TURNER Terrence, 1991a, *Da cosmologia à história. - Resistência, adaptação e consciência social entre os Kayapó*, "Cadernos do Campo", vol. 1, 1991, pp. 68-83.
- TURNER Terrence, 1991b, *Representing, revisiting, rethinking: Historical transformations of Kayapo culture and anthropological consciousness*, pp. 285-311, in STOCKING, G. (editor), *Colonial Situations*, University of Wisconsin Press, Madison.
- VERDUM Roberto, 1994, *Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil: uma contribuição à formulação de políticas de Segurança Alimentar*, "Subsídio INESC", ano II, n. 19, 1994, pp. 1-32.
- UNIÃO DAS NAÇÕES INDÍGENAS. *Os povos indígenas e o direito à saúde*, "Saúde em Debate", Janeiro, 1988, pp. 08-09.

Endereço do Autora:

a/c da Redação: ITESC - Cx. 5041
88040-970 FLORIANÓPOLIS SC