

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

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

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 Brasil⁵⁵. 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 consecutivos⁵⁶, 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

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

⁵⁶ 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 saúde⁵⁷.

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 demorado⁵⁸. 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 conseguiram 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,

⁵⁷ A coordenação das atividades de capacitação estava sob responsabilidade de um enfermeiro.

⁵⁸ 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 regiões⁵⁹ – Cauaburis, Marauíá e Padauri – situadas no noroeste do estado do Amazonas, divisa com Roraima, na parte sul da Terra Indígena Yanomami⁶⁰. Todos os grupos locais que visitei falam a língua Y, dialeto ocidental-sul (Ramirez 1994), e se autodenominam *Yanonam*TM ou *Yanomam*TM.

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

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

⁶⁰ 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 desconhecidas, 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*TM. 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 aldeias⁶¹ 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 Maraiá, e quarenta dias em Maturacá, Ariabú e Nossa Senhora Auxiliadora, três aldeias contíguas à missão salesiana. Também

⁶¹ 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 metade⁶², 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 comunidade⁶³ 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.

⁶² Esse dado corresponde a aproximadamente 45% da população Yanomami do Brasil.

⁶³ 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 saúde⁶⁴. 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 acesso⁶⁵. 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*TM, 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

⁶⁴ 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.

⁶⁵ 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 paricá⁶⁶ é condição *sine qua non* para um xamã incorporar seus espíritos auxiliares, aos quais é atribuído o poder de curar. 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

⁶⁶ 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*TM 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 culturais⁶⁷ 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*TM, nem todas as doenças podem ser prevenidas, já que todos são vulneráveis a agressões xamânicas⁶⁸. 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.

⁶⁷ 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.

⁶⁸ Uma vez que esse tipo de estado mórbido resulta de uma provocação ou de um acerto de contas entre espíritos inimigos, os *Yanomam*TM 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, disciplinador⁶⁹, 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

⁶⁹ 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 intercomunitárias⁷⁰, 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

⁷⁰ 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*TM 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 YanomamTM 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.