

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

DOMINIQUE BUCHILLET

Cultura e saúde pública:

reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro

Introdução

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

A região do alto rio Negro

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

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

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

O DSEI-RN: principais dificuldades das instituições de saúde

Até 2001, quatro instituições funcionavam de maneira integrada na implementação do Distrito Sanitário do Rio Negro: a Associação Saúde Sem Limites (SSL), o Centro Saúde Escola (CSE) da Diocese do Rio Negro, a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA). Desde o princípio, essas várias instituições enfrentaram algumas dificuldades de ordem administrativa e financeira (em particular, atraso no repasse dos recursos financeiros e demora na renovação dos contratos anuais), que interferiram de maneira negativa na implementação e na realização dos programas preconizados pelo MS/FUNASA, na complementação da infraestrutura de apoio ao trabalho de campo e/ou na formação dos agentes indígenas de saúde (AIS), em razão da impossibilidade de manter, de forma rotineira e constante, a supervisão e o treinamento em serviço. Esses problemas de cunho administrativo e financeiro obrigaram as equipes médicas a priorizar certas atividades, tais como a imunização, a assistência à demanda e o controle de certas endemias na região¹. A educação para a saúde foi relegada a um segundo plano, em parte também “pela necessidade de uma abordagem diferenciada e pela ausência de profissionais da área de educação não disponibilizados pelo convênio com o MS/FUNASA” (FOIRN 2001). Outras atividades, tais como o controle da tuberculose, doença de alta incidência na região², também foram prejudicadas, em parte pelas dificuldades em assegurar o acompanhamento ambulatorial dos doentes em suas comunidades de origem, devido ao número insuficiente de AIS, cuja área de atuação abrange várias comunidades mais ou menos distantes de sua base. O exame dos relatórios anuais das instituições que compõem o DSEI-

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

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

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

A avaliação do estado de saúde indígena

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

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

Feitas essas ressalvas, pode-se dizer que os dados epidemiológicos disponíveis sobre a região do alto rio Negro, como um todo, indicam o predomínio de doenças infecto-contagiosas e parasitárias, com destaque para as afecções dos aparelhos respiratório (incluindo a tuberculose) e digestivo, malária, dermoparasitoses e piodermites. Registra-se, além disso, número elevado de “afecções mal definidas”³ (FUNASA 2002) e verifica-se um importante número de óbitos por “causa indeterminada” nas várias subáreas de atuação dos profissionais de saúde²⁹, o que deixa ver o caráter ainda precário da assistência sanitária na região, bem como a necessidade de aprimoramento da formação dos AIS.

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

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

Os dados epidemiológicos disponíveis são inconclusivos quanto a eventuais diferenças de perfil epidemiológico entre povos ou sub-regiões específicas, exceto o reconhecimento da alta incidência de tracoma em certos subgrupos Maku da região do rio Papuri. Entretanto os requisitos necessários para a ocorrência, manutenção e impacto demográfico e sanitário sobre os povos indígenas dos principais agravos de saúde registrados no rio Negro são extremamente variados e lidam tanto com o ambiente físico quanto com o contexto sociocultural da doença. Estudos salientaram assim o perfil epidemiológico extremamente heterogêneo da malária na Amazônia (Barata 1995). Como ressaltou Ianelli, “[...] ao mesmo tempo em que é possível observar epidemias [...] também se encontram populações indígenas com alta reposta imuno-humoral ao *P. falciparum* na vigência de baixa parasitemia e aparente ausência de sinais e/ou sintomas compatíveis com a doença” (Ianelli 2000). O perfil epidemiológico da malária nas populações indígenas da Amazônia dependeria assim da exposição diferencial a fatores importantes na transmissão dessa doença, como a presença de barragens ou de pequenas coleções de água estagnada, a existência ou não de áreas de desmatamento, as modalidades de ocupação do solo e de exploração econômica dos recursos naturais, a introdução de hematozoários por indivíduos oriundos de regiões de endemia palustre (garimpos, por exemplo) e/ou certas práticas culturais locais susceptíveis de favorecer, ou de proteger contra³⁰, os contatos homem/anofelino.

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

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

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

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

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

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

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

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

³¹ Palavra singular de *kumua*.

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

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

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

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

Representações e práticas indígenas em matéria de saúde e de doença

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

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

2. As formas clínicas de uma doença peculiar identificadas pela medicina ocidental podem ser consideradas doenças distintas pelos índios. Por exemplo, certos *kumua* desana e tariana reconhecem a existência de vários “tipos” tradicionais (ou seja, que os acometem desde sempre) de tuberculose pulmonar e extra-pulmonar³², que atribuem a diferentes formas de ataque de feitiçaria xamânica, assim como identificam uma versão “branca” da tuberculose pulmonar, de natureza contagiosa, imputada ao contato com os não índios. Certos índios consideram o tratamento ocidental eficaz somente no tratamento da versão branca da tuberculose pulmonar, cujo diagnóstico diferencial em relação às versões tradicionais é estabelecido pelo resultado do exame bacteriológico de escarro. De acordo com a fala de um índio tariana, “o exame não acusa nada” nesta forma da doença. Os índios Desana e Tariana de Iauareté diferenciam igualmente categorias de diarreia, que remetem a etiologias diversas e, eventualmente, a fases distintas do ciclo de vida: caso, por exemplo, da diarreia que acomete a criança desmamada em razão de nova gravidez da mãe. Percebida como a tradução da inveja da criança em relação à outra na barriga, essa diarreia não é considerada um evento patológico. Por fim, a diarreia pode ser percebida como um dos sintomas de certas doenças tradicionais (por exemplo, certas formas de malária) e não como uma doença em si.

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

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

tratamento³³, surgimento de sintomas, agravação da doença, evolução crônica, recidiva, etc.), quanto de fatores extra-médicos (sonhos recorrentes do doente, eclosão de conflitos na comunidade do doente, aproximação ou simples visão de uma mulher grávida ou menstruada por parte do doente, reminiscências de cura do xamã, queda de um trovão próximo ao domicílio do paciente etc.). No diagnóstico de uma doença, bem como na avaliação do seu curso, os índios associam eventos de diferentes ordens que comumente são dissociados pela medicina ocidental. Para o *kumu*, por exemplo, a visita de uma mulher menstruada ao domicílio do doente é susceptível de acrescentar um elemento patógeno à doença, podendo explicar sua evolução (agravação, surgimento de sintomas). e daí a necessidade de remanejar o diagnóstico inicial e mudar o tratamento. Nesse contexto, uma doença inicialmente imputada à feitiçaria humana (comum ou xamânica) pode, conforme sua evolução, a reatividade ao tratamento xamânico empreendido e eventos na comunidade do doente, ser posteriormete atribuída a uma outra causalidade, por exemplo, um ataque dos espíritos aquáticos e da mata, sendo então considerada outra doença.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusões finais

Adaptar as atividades preventivas e de assistência médica às características socioculturais locais é um dos preceitos de base da política oficial em matéria de saúde indígena. Acredito ter demonstrado aqui os limites e os perigos potenciais de um planejamento de ações e serviços de saúde baseado unicamente na coleta de dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e ambientais. Conforme lembrou Massé (1995) em outro contexto, “quando se quer levar a sério o processo de regionalização dos serviços [de saúde], os planejadores devem recorrer a estudos complementares e de orientação etnográfica das necessidades [em matéria de saúde], os quais darão uma credibilidade científica às percepções da população”. O conhecimento antropológico é imprescindível não apenas para estabelecer de maneira acurada o perfil epidemiológico e sanitário de uma população ou comunidade específica, mas também para subsidiar o planejamento e a execução de ações de saúde (preventivas ou terapêuticas), bem como a organização dos serviços de saúde. Para o antropólogo, não se deve reificar a cultura indígena, mas sim de mostrar que ela é um processo essencialmente dinâmico e constantemente negociado e renegociado entre os diferentes atores³⁵. Além disso, numerosos estudos têm mostrado a impossibilidade de generalizar a influência dos conceitos nativos de saúde, doença e cura sobre o recurso aos serviços de saúde ou sobre a adesão aos tratamentos oferecidos pela rede pública de saúde. Esses conceitos não são os únicos fatores em jogo na conduta dos pacientes. Fatores de ordem socioeconômica (distância dos postos de saúde, e custo do transporte, por exemplo), associados às estruturas de saúde (verticalização das ações de saúde, preconceitos do pessoal de saúde em relação aos índios e à sua cultura etc.) ou ligados à própria história do contato com os não-índios também precisam ser considerados.

Referências bibliográficas

BARATA, R. de B. C.

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

BARNHOORN, F. & ADRIAANSE, H.

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

BONNET, D.

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

BUCHILLET, Dominique

³⁵ Ver o texto de Esther Jean Langdon neste livro.

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

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

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

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

BUCHILLET, D.; GAZIN, P.

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

CASTRO, M.S. de(coord.)

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

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

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

FOIRN-FEDERAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DO RIO NEGRO

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

FUNASA-FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

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

GARNELO, L.; WRIGHT, R.

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

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

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

HUDELSON, P.

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

IANELLI, R.V.

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

KWAN-GWETT, T. S.

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

MASSÉ, R.,

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

MATA, J.L.

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

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

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

NICHTER, M.

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

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

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

SEMSA-SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

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

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

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

SSL-SAÚDE SEM LIMITES

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

SUDRE, P.

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

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