

É com grande prazer que apresento este livro de Luciane Ouriques Ferreira, que foi minha aluna durante o seu doutorado na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). *Medicinas Indígenas e as Políticas da Tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas* é uma importante contribuição aos campos da antropologia da saúde, das relações interétnicas na modernidade e das políticas de saúde indígena; por sua excelência e relevância para a antropologia contemporânea e para as políticas públicas, a tese de doutorado que lhe deu origem foi eleita pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC a melhor de 2010.

O livro é muito mais que a apresentação dos resultados de uma pesquisa acadêmica realizada no âmbito de um programa de pós-graduação. É, sobretudo, o produto do compromisso da autora com a luta indígena e de sua capacidade de se distanciar suficientemente de seu papel como gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II/Funasa para fazer uma reflexão crítica sobre o programa que liderou durante quatro anos. Em todas as suas atividades, seja em pesquisa, seja em gerenciamento de programas de saúde indígena, o diálogo como compromisso e princípio norteador de suas relações com os povos indígenas é evidente. Esse compromisso se manifesta nesta obra como um eixo que atravessa a análise profunda e complexa dos resultados produzidos no âmbito de um dos projetos desenvolvidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI), sobre os sistemas de parto indígena dos povos do Alto Juruá, Acre. Fazer antropologia, para Luciane, é o compromisso com as relações dialógicas e com a pesquisa participativa (Ferreira, 2004a).

Conheci Luciane durante seu mestrado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob a orientação do prof. Oscar Agüero, antropólogo argentino também comprometido com as relações democráticas e igualitárias entre as sociedades indígenas e o Estado. Em sua pesquisa de mestrado, "*Mba'e Achy: a concepção cosmológica da doença entre os Mbyá-Guarani num contexto de relações interétnicas*", defendida em 2001, ela não analisava o sistema de medicina tradicional como um vestígio do passado, estático. Ao contrário, explorava a relação de conceitos de saúde

com as noções de pessoa e de cosmologia, demonstrando também a forma como o contato interétnico desencadeou doenças e transformações do sistema médico mbyá-guarani (Ferreira, 2001).

Tal experiência desdobrou-se em seu primeiro projeto de intervenção em saúde desenvolvido com o Centro de Monitoramento de Pesquisa e Intervenção em Alcoolismo e Saúde Mental nas Populações Indígenas e a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), que contou com financiamento do Programa Vigisus/Funasa e acompanhamento do Ministério Público Federal – Procuradoria da República. Antes de entrar no doutorado, ela realizou um projeto para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani do Rio Grande do Sul, o qual deu início ao desenvolvimento da metodologia comprometida e inovadora (Ferreira 2004a, 2004b) que subsequentemente fundamentou o planejamento das ações realizadas pelo Programa de Medicina Tradicional Indígena iniciado em 2004.

Em sua práxis comum, os profissionais da saúde alertados sobre o abuso de álcool entre os povos indígenas procuravam a solução desse complexo e heterogêneo problema mediante a simplificação, universalização e redução dos hábitos indígenas de beber ao alcoolismo, uma categoria biomédica e individualista. O projeto de intervenção de Luciane, ao contrário, baseou-se na construção de um diagnóstico antropológico participativo, que procurava descobrir as percepções e preocupações dos Mbyá-Guarani sobre o problema, negociar com as lideranças e desenvolver estratégias de fortalecimento dos modos tradicionais de fala dos xamãs (*karaí*) e conselheiros guarani (os *Xondaro Marãgatu*) como forma de reduzir os danos causados pelo consumo do álcool nas comunidades indígenas.

A valorização e fortalecimento das medicinas tradicionais é objeto das demandas dos povos indígenas pelo reconhecimento de seus direitos culturais estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988 e tema de discussões em conferências nacionais e nas políticas direcionadas à saúde indígena. Desde a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena, o Ministério da Saúde tem se esforçado para estruturar um subsistema de saúde indígena diferenciado, porém integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e guiado pelos princípios de acesso universal, equidade, controle social, participação comunitária e, particularmente no caso dos povos indígenas, respeito e articulação com as especificidades étnicas e culturais dos grupos atendidos. No documento Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas reconhece-se que todas as sociedades indígenas “dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e tratamento das doenças”, ressaltando-se a importância de tais sistemas para a atenção à saúde das comunidades e recomendando-se a articulação dos serviços de saúde com esses saberes e práticas, de modo a “inserir-los, sempre que possível, nas rotinas do trabalho em saúde” (Brasil, 2002: 17, 18). Nesse documento também se afirma que a atenção básica oferecida pelas unidades de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) deve

ser complementar, e não substituir as práticas de saúde tradicionais (Brasil, 2002: 15). Ou seja, há, na legislação brasileira e nos documentos da Funasa, desde a implantação do Subsistema de Saúde Indígena em 1999, uma preocupação explícita com a necessidade de articular o sistema sanitário oficial com as diversas práticas indígenas, visando a garantir atenção diferenciada à saúde dessas populações.

O compromisso de articular as práticas de saúde indígena com as dos serviços biomédicos foi reafirmado nas Diretrizes do Modelo de Gestão da Saúde Indígena, aprovadas pela Portaria n. 70/04. Em nível nacional, porém, o Departamento de Saúde Indígena da Funasa não estimulou nem orientou os profissionais da saúde que trabalham nos DSEIs a oferecer serviços segundo os princípios de atenção diferenciada. Geralmente, as tentativas de articulação com as práticas indígenas por parte das equipes multidisciplinares foram dispersas e localizadas. A prestação de serviços não se diferenciou das práticas biomédicas fora das áreas indígenas; houve pouca sensibilidade ou consciência das particularidades culturais por parte dos que trabalhavam como membros de uma equipe multidisciplinar. Aos profissionais, faltavam o compromisso e o interesse de desenvolver práticas de atenção diferenciada; além disso, mesmo que os tivessem, faltavam-lhes a preparação e a capacitação adequadas para implementarem um serviço orientado para o contexto sociocultural específico. Os gestores da política de saúde privilegiavam as ações em saúde de orientação estritamente biomédica, emitindo de Brasília diretrizes generalizantes que ignoravam, em geral, a diversidade cultural e as especificidades epidemiológicas das diferentes comunidades indígenas.

A partir de 2003, o discurso sobre a articulação dos serviços com a medicina tradicional como estratégia para efetivar a atenção diferenciada fortaleceu-se. Porém, para a maioria dos gestores e profissionais da saúde, a categoria 'medicina tradicional' era pensada como um conjunto de práticas indígenas supersticiosas e estáticas, e, assim, sujeitas à validação científica antes de serem instrumentalizadas pelas equipes médicas para melhorar as condições de saúde da população. Observou-se uma tendência a perceber essas práticas como universalmente manifestadas na pajelança, na atuação da parteira e/ou na manipulação de plantas medicinais. Tais representações essencialistas e universalistas da medicina tradicional ignoravam que, para os povos indígenas, tanto a medicina tradicional como a saúde integram, com suas especificidades, a sua pauta política e as suas estratégias de reivindicação por direitos perante o Estado. Além disso, como demonstrado por muitas pesquisas como as realizadas por Luciane Ouriques Ferreira, o domínio da saúde nas sociedades indígenas não corresponde ao domínio da biomedicina, que se limita aos processos biológicos do corpo.

Foi nesse contexto que Luciane se viu contratada para desenvolver o plano de ação da AMTI do Projeto Vigisus II para a implementação de estratégias de articulação entre os serviços de saúde e os sistemas sociomédicos indígenas,

visando a "apoiar, viabilizar e criar condições para a atuação terapêutica das medicinas indígenas de forma articulada ao sistema oficial de saúde" (Ferreira, 2004c: 3). O programa da AMTI que vigorou entre 2004 e 2009, período em que Luciane gerenciou-o, destaca-se como exceção à norma das ações realizadas pela Funasa no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Como demonstrado por Carla Teixeira (2008) em análise sobre a história da formação da Funasa em 1991, suas origens se encontram na política sanitária do século XIX, fortemente marcada pelo autoritarismo nas intervenções e por uma tradição campanhista, caracterizada pela centralização no nível federal, pela focalização em doenças endêmicas e de natureza pontual e pelo autoritarismo. A AMTI rompia com a práxis de controle e contemplava a participação das comunidades em pleno reconhecimento de que o tema 'medicina tradicional' é, antes de tudo, um campo discursivo em construção contínua e uma demanda política dos povos indígenas dirigida à nação.

Durante seu período de vigência, a AMTI conduziu oito projetos de pesquisa-ação envolvendo líderes, organizações e comunidades indígenas, projetos selecionados pelo potencial das propostas apresentadas. Os temas dos projetos definidos pelas organizações indígenas envolvidas foram reunidos em três eixos temáticos: sistemas de atenção ao parto e atenção à saúde materno-infantil; plantas medicinais e remédios tradicionais; xamanismo e intermedicalidade. Além de partir dos interesses e necessidades expressas nas situações locais, os projetos contaram com a participação de antropólogos que etnografavam os processos de seus desenvolvimentos e orientavam os investigadores indígenas nas ações de pesquisa em campo. Como se pode perceber na iniciativa de valorização dos sistemas indígenas de parto do Alto Juruá aqui analisada, vários atores indígenas – líderes, xamãs, parteiras e agentes indígenas de saúde – participaram do projeto e da construção do diálogo com o órgão gestor da saúde indígena.

Os diálogos e reflexões promovidos por esses projetos contribuíram para caracterizar o programa desenvolvido pela AMTI como altamente inovador em comparação com as ações de saúde preconizadas pelos gestores da saúde indígena e executadas pelas equipes multidisciplinares que prestam serviços entre as populações indígenas. Justamente porque suas ações foram planejadas e executadas de forma participativa. Finalmente, o projeto promovia outra inovação: a avaliação e a reflexão sistematizada sobre os projetos de pesquisa-ação em encontros periódicos que congregavam os vários atores envolvidos na execução de suas atividades. Duas reuniões de monitoramento foram realizadas para esse fim, uma em 2006 e outra em 2007, incluindo representantes dos vários atores implicados nos projetos – líderes indígenas, antropólogos, assessores, profissionais e pesquisadores em saúde, representantes dos órgãos governamentais etc. Os relatórios dos projetos e os debates ressaltaram as complexidades, ambiguidades e implicações políticas da articulação com práticas de medicina tradicional no contexto da política de saúde

indígena brasileira. Felizmente para o público maior, os resultados da primeira reunião foram publicados pela Funasa (Ferreira & Osório, 2007), porém os resultados do segundo encontro ainda precisam ser divulgados.

A publicação deste livro pela Editora Fiocruz como parte da Coleção Saúde dos Povos Indígenas marca a continuação dos seus esforços para divulgar as pesquisas interdisciplinares sobre o tema. A partir da década de 1990, a Editora Fiocruz assumiu a liderança em publicações no campo emergente de antropologia da saúde, inicialmente no âmbito de sua coleção Antropologia e Saúde, que hoje tem mais de vinte títulos publicados; em 2003 estabeleceu a coleção Saúde dos Povos Indígenas, da qual este livro faz parte. O estudo aqui apresentado contribui tanto para o avanço do campo da saúde indígena quanto para a análise das políticas nesse setor. Porém, além dos envolvidos com a questão indígena, interessa a todos os que se dedicam às políticas públicas de saúde em geral e à relação do Estado com as práticas de autoatenção de saúde das várias coletividades, sejam estas indígenas ou não.

Esther Jean M. Langdon

Professora do Departamento de Antropologia da
Universidade Federal de Santa Catarina e coordenadora do
Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Funasa. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- FERREIRA, L. O. O impacto do uso abusivo de bebidas alcoólicas sobre a pessoa Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. *Tellus*, 2(2): 39-64, 2001.
- FERREIRA, L. O. O 'fazer antropológico' em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul. In: LANGDON, E. & GARNELO, L. (Orgs.). *Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contracapa, ABA, 2004a.
- FERREIRA, L. O. As 'boas palavras' dos Xondaro Marãgatu como alternativa para a redução do consumo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani, no Rio Grande do Sul (parte 2). *Tellus*, 4(7): 21-136, 2004b.
- FERREIRA, L. O. Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas. Produto de consultoria Pnud, Projeto Vigisus II. Área de Medicina Tradicional Indígena. Brasília, 2004c.
- FERREIRA, L. O. & OSÓRIO, P. Medicina tradicional indígena em contextos. In: REUNIÃO DE MONITORAMENTO, 1, 2007, Brasília. *Anais...* Brasília: Projeto Vigisus II, Funasa, 2007.
- TEIXEIRA, C. C. Fundação Nacional de Saúde: a política brasileira de saúde indígena vista através de um museu. *Etnográfica*, 12(2): 323-351, 2008.