

XXVI Reunião da ABA

“Dilemas das (des)igualdades na diversidade”

Porto Seguro, 01-04/06/2008

Fórum de Pesquisa: Terapeutas, cuidadores e curadores populares: uma interface entre antropologia, cidadania e saúde popular

Expositora: Gláucia Buratto Rodrigues de Mello

Título da exposição: “Medicinas tradicional e biomédica: um debate teórico”

Através da minha exposição, proponho apresentar uma contribuição teórica sobre a relação entre um sistema de crenças e uma terapêutica que leva em conta a importância do sistema simbólico, de rituais e de práticas culturais de cura. A minha reflexão valoriza a importância da medicina tradicional com o caso do xamanismo. Ela apresenta as perspectivas de alguns autores e uma reflexão sobre a eficácia de práticas culturais, com vistas à atualização de um debate teórico, que sinaliza os “lugares” das medecinas tradicional e biomédica hegemônica no contexto do sistema de saúde do SUS.

Medicinas tradicional e biomédica: um debate teórico¹

Gláucia Buratto Rodrigues de Mello²

Introdução

Esta minha comunicação apresenta parte de uma discussão de uma pesquisa maior que estou desenvolvendo como pesquisador visitante no DCS da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. A minha pesquisa busca contribuir para a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS com a ampliação do conhecimento e de aplicações de terapêuticas alternativas na saúde coletiva. A PNPIC é uma iniciativa do Ministério da Saúde. Foi aprovada em fevereiro/2006 pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo publicada nas Portarias Ministeriais n. 971, em 03/05/2006, e n. 1.600, em 17/07/2006. Grosso modo, ela visa à inserção de algumas formas de medicina tradicional no atendimento regular do SUS. A PNPIC valoriza práticas culturais de medicina alternativa, visando ao seu conhecimento e inserção na sociedade moderna; nesse sentido, ela já reconhece cinco grupos de medicinas integrativas e complementares: a homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, a crenoterapia e a antroposofia. O meu projeto de pesquisa tem por objetivo último avaliar o caso do xamanismo à luz daquele Programa; algumas questões fundamentais se colocam desde o início: existe uma medicina xamânica? Ela pode integrar o conjunto das práticas terapêuticas da PNPIC?

A medicina tradicional, ancorada em saberes muito antigos e culturais, ainda é pouco valorizada na nossa sociedade moderna, em face da importância dada ao discurso e às técnicas científicas da hegemônica medicina moderna, também denominada

¹ Este ensaio traz parte das primeiras reflexões que faço sobre o projeto de pesquisa intitulado: “Práticas terapêuticas alternativas e sistema de crenças: O caso do xamanismo”, que desenvolvo no DCS da ENSP-FIOCRUZ com o apoio do CNPq. O desenvolvimento desse projeto teve início em jan./2007. Este texto deve ser considerado ainda provisório.

² Antropóloga e socióloga, pesquisador visitante pleno do CNPq no DCS da ENSP-FIOCRUZ.

“biomedicina”, termo que adotamos aqui. No conjunto das medicinas tradicionais e alternativas à biomedicina, as práticas xamânicas são praticamente desconhecidas da sociedade moderna. Elas ficam restritas ao universo indígena, a estudos de caso pontuais realizados por antropólogos e apresentam enorme complexidade, diversidade e, conseqüentemente, dificuldade de sistematização para o delineamento de um campo de estudos. Assim é que estabeleci uma primeira etapa de investigação pelo esforço de buscar minimamente esses contornos, identificando nas práticas xamânicas no Brasil: a) modalidades; b) localização espaço-geográfica; c) práticas terapêuticas utilizadas; d) abrangência ou representatividade das populações que as utilizam; e, conjuntamente, proceder à análise da eficácia terapêutica e simbólica dessas práticas.

No que concerne:

- a) às modalidades de xamanismo no Brasil, é necessário considerar: a medicina tradicional indígena, as práticas ritualísticas dos pajés, o xamanismo urbano ou neo-xamanismo, as religiões ayahuasqueiras e práticas de erveiros e de benzedores;
- b) à localização geográfica, sabemos que práticas de medicina tradicional indígena ocorrem, naturalmente, onde há populações indígenas; elas se acham mais concentradas nas regiões amazônica e centro-oeste; as práticas ritualísticas de pajés ocorrem nas aldeias indígenas que conseguem melhor preservar a cultura tradicional; o neo-xamanismo ocorre, sobretudo, nos grandes centros urbanos e em comunidades virtuais; as religiões ayahuasqueiras (Santo Daime, União do Vegetal e Barquinha) ocorrem tanto em centros urbanos quanto rurais; as práticas de erveiros e benzedores ocorrem mais freqüentemente em populações rurais e tradicionais;
- c) às práticas terapêuticas utilizadas, elas se mostram muitíssimo diversificadas por estarem estreitamente articuladas com práticas culturais, próprias, com base em mitologia e sistema de crenças partilhados pelo grupo, o que significa, naturalmente, uma grande diversidade;
- d) à abrangência, surgem as questões: quem as pratica? quem busca estas práticas? como quantificar agentes e usuários para a avaliação quantitativa, representativa da sua importância?

O foco etnológico desta pesquisa nos orienta para a busca de metodologia própria às pesquisas qualitativas e de apoio teórico do campo do imaginário, das representações, dos rituais e dos símbolos. Um bom estudo de caso tem aqui a sua pertinência, bem como uma investigação sobre o desenvolvimento de trabalhos que vêm sendo realizados em atenção básica à saúde indígena; sobre a atuação de instituições governamentais, associações locais e práticas individualizadas de medicina popular realizadas por curandeiros, erveiros e benzedores. Esta comunicação se atém à apresentação sumária desse universo e de um primeiro esboço de suas problemáticas. Para isso, começo por noções teóricas do xamanismo e definição dos campos da biomedicina e das medicinas alternativas, populares, tradicionais e indígenas; passo para as práticas ritualísticas xamânicas, apresento algumas iniciativas institucionais de apoio às medicinas indígenas e o Projeto de Medicina Tradicional na bacia do Rio Negro, concluindo com a importância do sistema de crenças e do imaginário em tensão com os métodos científicos.

Noções teóricas do xamanismo

De acordo com o historiador das religiões Mircea Eliade (2002:15;16)³, “os etnólogos se habituaram a utilizar como sinônimos os termos xamã, *medicine-man*, feiticeiro e mago⁴ para designar certos indivíduos dotados de prestígio mágico-religioso encontrados em todas as sociedades “primitivas”. Por extensão, aplicou-se a mesma terminologia ao estudo da história religiosa dos povos “civilizados” e falou-se, por exemplo, em xamanismo indiano, iraniano, germânico, chinês e até babilônico para referir-se aos elementos “primitivos” encontrados nas respectivas religiões”. Eliade adverte, no entanto, que esta confusão prejudica a compreensão do fenômeno xamânico e esclarece que ... “o xamã é, ele também, um mago e um *medicine-man*: a ele se atribui a competência de curar, como aos médicos, assim como a de operar milagres

³ Obra traduzida do francês “Le chamanisme et les techniques archaïques de l’extase”, 1951.

⁴ Em português, poderíamos acrescentar a essa lista os termos “curandeiro” e “pajé” (N. da T.).

extraordinários, como ocorre com todos os magos, primitivos e modernos. Mas, além disso, ele é psicopompo⁵ e pode ainda ser sacerdote, místico e poeta”. Ainda nas suas palavras, “xamanismo *stricto sensu* é, por excelência, um fenômeno religioso siberiano e centro-asiático”, a palavra teria chegado até nós do russo, do tungue *saman*. Conforme seus estudos, naquela região, a experiência extática é considerada a experiência religiosa por excelência, atribuída ao xamã, que é, por definição o “grande mestre do êxtase”. Assim, em uma primeira definição, ele diz que o complexo fenômeno do xamanismo se define pela *técnica do êxtase*.

Lévi-Strauss (1989) não nos esclarece muito. No seu ensaio, “A eficácia simbólica”, ele não faz distinção funcional entre xamã, pajé ou feiticeiro e atribui as diferentes nomenclaturas a uma questão lingüística associada a uma questão de espaço geográfico; mas usa o termo “feiticeiro” para índios brasileiros (os nambikwara) e americanos do Novo México (os zuni), entendido como “aquele que mantém relações íntimas com as forças sobrenaturais”; e usa o termo xamã para o caso indígena dos kwakiutl de Vancouver (Canadá, estudado por F. Boas), para os feiticeiros que exercem “seu tipo de atividade específica em certas regiões do mundo”.

Melatti (2007:199) entende que o que caracteriza o xamã seja exatamente o estado de êxtase, proveniente de duas situações: quando a alma do xamã se retira do seu corpo e vai pra longe ou quando no corpo do xamã se encarna um espírito estranho. O xamã pode ser assim um viajante ou um possesso. No primeiro caso, enquanto sua alma se afasta para visitar o mundo do além, seu corpo apresenta diminuição anormal das funções vitais, que vai até à perda de consciência e o enrijecimento dos membros. No segundo caso, quando um espírito estranho se une à alma do xamã e entra em seu corpo, ele se mostra agitado, convulso, e manifesta saber e poder fora do comum. No que diz respeito ao “pajé”, ele destaca que nos textos etnográficos é comum a utilização dos

⁵ Psicopompo, na mitologia antiga, é o condutor das almas dos mortos; epíteto de Hermes, Caronte, Apolo, Orfeu (Novo Dicionário Aurélio).

termos “pajé” e “pajelança” como sinônimos de “xamã” e “xamanismo” e que as atribuições do xamã diferem de uma sociedade para outra.

A partir das suas pesquisas com xamanismo na Colômbia, o antropólogo Lobo-Guerrero (1991) descreve as funções de um xamã: o xamã se preocupa com a circulação da energia entre os homens, animais, plantas e a terra, com a qual ele busca assegurar o bem-estar da comunidade. O xamã diz quais animais podem ser caçados e quando, onde podem ser abatidas as árvores e quando; quando a aldeia deve trocar de sítio; ele determina o consumo e a proibição de certos alimentos em determinados períodos; impõe restrições sexuais, entre outras atividades. Ele deve ser um profundo conhecedor da sua região e das tradições do seu povo. E, diferentemente dos médicos ocidentais que discutem seu saber publicamente, um xamã recebe e utiliza o seu saber de forma reservada porque o saber do xamã confere a ele um poder especial.

Biomedicina e medicinas alternativas, populares, tradicionais e indígenas

Camargo Jr. (1997: 47-8) destaca alguns aspectos que caracterizam a medicina moderna ocidental ou biomedicina e nos permite distingui-la das medicinas tradicionais: a biomedicina tem: a) caráter *generalizante*, o que significa que ela está orientada para a produção de discursos com validade universal, para a proposta de modelos e leis de aplicação geral; b) caráter *mecanicista*, o que significa a compreensão do mundo e do corpo como uma complexa máquina, subordinada a princípios de causalidade linear, tradutíveis em mecanismos; e c) caráter *analítico*, o que implica em abordagem teórica e experimental adotada para a descoberta das “leis gerais” do funcionamento da “máquina universal” e pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes. Quanto às técnicas terapêuticas da biomedicina, elas são: medicamentosa (administração de fármacos); cirúrgica (manipulação direta de partes do corpo); física (utilização de exercícios, exposição à radiação, massagens); e dietética (com restrições alimentares). Quanto à resolutividade, a terapêutica pode ser: sintomática (supressão de sintomas);

paliativa (limitação de danos ou desconforto); suportiva (manutenção das condições gerais do paciente); etiológica (remoção da causa original da doença).

As medicinas alternativas são, grosso modo, reunidas entre todas as medicinas que constituem uma alternativa à biomedicina. Madel Luz (2005) nos esclarece que o termo *medicina alternativa* foi originalmente enunciado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1962, enquanto prática tecnologicamente despojada de medicina, aliada a um conjunto de saberes médicos tradicionais. Ela foi proposta como “alternativa” à medicina contemporânea especializante e tecnocientífica, e visava resolver problemas de adoecimento de grandes grupos populacionais desprovidos de atenção médica no mundo. Posteriormente, o termo passou a designar práticas terapêuticas diversas da medicina científica, geralmente adversas a ela. Ela diz que atualmente, os sentidos de *medicina alternativa* foram consideravelmente ampliados, designando qualquer forma de cura que não seja propriamente biomédica. Sua aceitação e utilização verificam-se por todo o mundo. No mundo ocidental, elas surgem com o movimento social de contracultura, iniciado nos EUA, a partir dos anos 1960, o que contribuiu para a importação de modelos e sistemas terapêuticos diferentes daqueles da nossa racionalidade médica. Na América Latina, ela se torna visível a partir de 1975. Luz distingue três grupos de medicinas alternativas nos países latino-americanos: a) as medicinas tradicionais indígenas; b) as medicinas afro-americanas; e c) as medicinas alternativas, propriamente ditas.

Medicinas alternativas são, portanto, todas as outras. Se a biomedicina se constitui como um sistema unificado caracterizado por técnicas e métodos comuns aos médicos e farmacêuticos que a exercem, a medicina popular é praticada por erveiros, curandeiros, espíritas, benzedores, parteiras e terapeutas diversos. A medicina popular pode ser uma medicina tradicional, quando tem por base saberes acumulados pela tradição, por sistemas de crenças e por valores culturais partilhados por uma comunidade. A biomedicina considera as medicinas tradicionais como um corpo heteróclito de crenças supersticiosas, irracionais, condenadas ao desaparecimento; desta forma, estabelece uma

descontinuidade radical entre a medicina ocidental, dita “empírico-racional”, e as medicinas tradicionais, ditas “mágico religiosas” (Buchilllet, 1991). Lobo-Guerrero (1991) nos esclarece, no entanto, que a “medicina tradicional” foi reconhecida na OMS a partir de 1970, com a entrada da República Popular da China no sistema das Nações Unidas, para fazer referências a todas as outras medicinas não-ocidentais ou não-institucionais. Dentre as medicinas tradicionais, estão as medicinas indígenas, praticadas pelos pajés e outros indígenas especialistas em cura.

De acordo com Luz (2005), as medicinas tradicionais indígenas são a expressão viva de culturas locais latino-americanas de regiões andina e amazônica do Brasil, Colômbia, Bolívia e Equador. Elas são marcadas por forte identidade cultural e estão naturalmente associadas a cosmovisões particularizadas com significação cultural. Os seus sistemas de cura estão fortemente ancorados no pensamento mágico-religioso, mas não só, contando com a intervenção de xamãs, *brujos*, pajés, erveiros, benzedadeiras, valendo-se de mitos, crenças, magia e também da fitoterapia, com a utilização de ervas, minerais e animais, os quais fornecem bases terapêuticas para o sistema de cura. Nestes sistemas, entende-se que o adoecimento decorra da ação de espírito, de forças sobrenaturais e da quebra do equilíbrio entre o doente e o seu meio.

Luz e uma corrente importante de pesquisadores vêm focando suas pesquisas na crítica à racionalidade médica ocidental e apostando na substancialização de um novo paradigma que questiona o distanciamento entre conhecimentos e práticas da biomedicina em relação às medicinas alternativas. Conforme seus argumentos, os métodos científicos da biomedicina deixam de lado a *arte de curar* para concentrar-se na investigação, classificação e explicação de antigas e novas patologias, através de métodos diagnósticos crescentemente sofisticados, em prejuízo da responsabilidade e da capacidade do paciente de participar do diagnóstico e de praticar o auto-cuidado, além de desprezar a compreensão do universo simbólico e mitológico e de uma concepção mais sistêmica e holística, subjacentes à dimensão humana. Esta corrente crítica de pesquisadores vem fomentando reflexões e tem alavancado iniciativas aqui e ali.

Práticas ritualísticas xamânicas

Langdon (1991) cita um artigo de Pereira⁶, onde ele demonstra que a medicina indígena amazônica, incluindo o papel social do xamã, não pode ser separada do contexto sociocultural do grupo; que os fins da cura xamânica são diferentes dos fins da medicina científica porque o rito xamânico é mais amplo: além de aliviar os sintomas, tenta restaurar o bem-estar espiritual e social do doente, e ainda, que a cura xamânica tem implicações para a manutenção da visão do mundo e para a identidade étnica do índio. Langdon contesta a perspectiva de uma antropologia médica que argumenta que a “medicina primitiva” seja basicamente mágico-religiosa e que dados culturais constituam obstáculos à percepção objetiva e à eficácia de tratamento. Ela argumenta que pesquisas em etnobotânica e em etnofarmacologia já demonstraram a eficácia da medicina indígena com o uso de ervas, massagens, banhos e cirurgia e, além disso, que os índios utilizam a observação experimental para determinar a eficácia de suas práticas.

Lobo-Guerrero (1991) explicita que a medicina mágica atribuída aos xamãs na Colômbia concentra-se em maior preocupação com a manutenção de um estilo de vida na sua comunidade do que com o enfermo; implica em conhecimento ambivalente entre o terapêutico e o malevolente. Ele argumenta que para o xamã, o enfermo é sintoma de desequilíbrio social ou ecológico; assim, o ritual xamânico é ato orientado para o restabelecimento das regras que permitem manter a saúde da comunidade e que o diagnóstico do xamã baseia-se mais no comportamento social e na história pessoal do paciente e de seu entorno do que nos sintomas físicos que o enfermo apresenta. O tratamento, em consequência, busca a restauração do equilíbrio social e ecológico com base nos mitos de origem da comunidade, para a qual o xamã cuida de recordar publicamente. Já o tratamento dos sintomas e a prescrição de plantas e outras substâncias fica geralmente sob a responsabilidade das mulheres mais velhas ou de

⁶ Pereira, R.B., 1989, “Xamanismo e medicina”. *Ciência Hoje* 9(50): 40-47.

outras pessoas da comunidade. A função principal do xamã concentra-se no controle e administração dos recursos naturais e das relações sociais.

Apresentando algumas iniciativas institucionais de apoio às medicinas indígenas

Iniciativas no sentido de aproximar as medicinas tradicionais da biomedicina ou vice-versa começam a ganhar seus contornos no Brasil e na América Latina. Lobo-Guerrero (1991) trata desta questão na Colômbia. Ele explicita parte da pesquisa que ele realizou sobre a percepção e necessidades sentidas pelo pessoal médico e de enfermagem em programas de saúde em comunidades indígenas, considerando o papel das medicinas indígenas na estratégia da Atención Primaria de la Salud (APS) da Colômbia. A sua análise resulta de dados de uma enquete enviada a 37 destes programas (34 estatais e 3 privados) complementada por visita e estudo direto de uma amostra deles. Na sua pesquisa, ele avalia igualmente o papel do xamã indígena nos programas de saúde, com vistas à busca de uma articulação entre a medicina tradicional e a institucional. As questões que orientaram a sua pesquisa levaram em conta a capacitação dos xamãs em alguns procedimentos da medicina ocidental para as atividades de enfermeiros e promotores de saúde em suas comunidades e as conseqüências desse procedimento.

O desafio daquele pesquisador levou em conta a diversidade cultural naquele país, inferior apenas à que se apresenta no Brasil, no âmbito da América Latina. As medicinas indígenas são institucionalmente ainda pouco assistidas naquele país e menos ainda no Brasil. De acordo com aquele antropólogo, na Colômbia, apenas na década de 1980 o governo federal baixou uma Resolución de Atención en Salud a Comunidades Indígenas (n. 10013, de 1981) através do seu Ministerio de la Salud. Aquela Resolución determina que os programas: devem realizar estudo socio-sanitário e antropológico prévio; adaptar-se à cultura de cada comunidade; respeitar seus valores tradicionais; buscar a integração da medicina tradicional com a institucional. Os serviços devem ser gratuitos. Os promotores de saúde devem ser selecionados pelas autoridades tradicionais de cada comunidade; devem ser bilingües, capacitados em relação às suas comunidades.

Os hospitais e postos de saúde que atendem a população indígena devem adaptar-se à arquitetura e costumes das comunidades e devem desenvolver sistemas especiais de informação e vigilância epidemiológica para as populações indígenas⁷. Ao final de uma década⁸, ele comenta que o trabalho de atenção primária às comunidades indígenas concentrou-se na capacitação de promotores de saúde e que as culturas é que acabaram tendo que se adaptar aos programas (ao contrário do que determina a Resolução) e que a tendência tem sido aquela de medicalizar e institucionalizar as medicinas indígenas.

No Brasil, a assistência médico-institucional às comunidades indígenas é ainda mais tardia, melhor dizendo, é tão recente que ainda se encontra em fase de estruturação, uma vez que passou a vigorar apenas a partir do final da década de 1990, através da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), quando ela assumiu a responsabilidade de estruturar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena articulado com o SUS (Sistema Único de Saúde). Diferentemente da preocupação do governo colombiano, de capacitar indígenas para a promoção da saúde e conseqüente medicalização e institucionalização das medicinas indígenas, no Brasil, visou-se à criação de uma Política Setorial que atenda a diversidade dos povos indígenas, com vistas ao atendimento diferenciado dos índios sob a responsabilidade da Funasa.

De acordo com os dados disponíveis da Funasa⁹, estima-se que a população indígena brasileira seja superior a 400.000 pessoas, pertencentes a cerca de 215 povos, falando 180 línguas identificadas. Dados do IBGE, informam que há 734 mil índios no país (cerca de 0,4% da população brasileira, população que cresce cerca de 4% ao ano), ocupando 11% do território nacional, pertencentes a 220 povos, falando 180 línguas. A Política de Saúde criada para os indígenas estabelece a responsabilidade do MS/Funasa¹⁰ com a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Ela foi formulada a partir de envolvimento e discussões entre Organizações e Lideranças

⁷ Lobo-Guerreiro, 1991: 271.

⁸ O ensaio do autor é de 1991.

⁹ <http://www.funasa.gov.br>.

¹⁰ Leis n. 8.080 e 8.142; Medida Provisória n. 1.911-08, de 29/7/1999 e Lei n. 9.836, de 23/9/1999.

Indígenas, Universidades, ONGs, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e busca acertar o seu desenvolvimento e aplicação. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), articulados com ações de responsabilidade sanitária e ações de atenção básica do SUS.

Cada DSEI é uma unidade organizacional da Funasa, entendido como uma base territorial e populacional, definida não apenas por critérios técnico-operacionais e geográficos, mas também respeitando-se a cultura, relações políticas e distribuição demográfica tradicional da população, não coincidindo, necessariamente, com limites de Estados e Municípios. Cada Distrito (DSEI) organiza redes estruturais de serviço de saúde dentro de seu território, com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Esta rede leva em conta a estrutura de serviços de saúde já existentes em terras indígenas, sendo adequada e ampliada de acordo com as necessidades de cada distrito. Para isso, organiza serviços de saúde nas aldeias através da atuação de Agentes Indígenas de Saúde (AIS), com atividades vinculadas a um posto de saúde.

O Agente Indígena de Saúde tem por funções: acompanhamento de crescimento e desenvolvimento; acompanhamento de gestantes; atendimento em casos de doenças mais frequentes (infecção respiratória, diarreia, malária); acompanhamento de pacientes crônicos; primeiros socorros; promoção à saúde e prevenção de doenças de maior prevalência; acompanhamento da vacinação; e acompanhamento e supervisão em tratamentos de longa duração. Integrando a organização dos serviços de saúde, estão ainda os Pólos-Base (Unidades Básicas de Saúde), que são a primeira referência para os AIS, que atuam nas aldeias. Eles podem estar situados em uma comunidade indígena ou num município de referência e cobrem um conjunto de aldeias e sua equipe, prestando assistência à saúde, capacitando e supervisionando os AIS. Estas Unidades Básicas de Saúde contam com a atuação de Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena, composta principalmente por médico, enfermeiro, dentista e auxiliar de enfermagem.

Espera-se que este modelo atenda à saúde indígena, evitando a evolução das doenças para formas mais graves, com a detecção e resolução dos casos de forma precoce e eficiente e reduzindo gastos com remoção de pacientes e tratamentos de maior complexidade. Existem ainda as Casas de Saúde do Índio, localizadas em municípios de referência e em algumas capitais brasileiras; elas vêm sendo readaptadas para atender as especificidades da saúde indígena. As Casas de Saúde do Índio facilitam o acesso dos Distritos aos atendimentos secundário e terciário, servindo de apoio entre a aldeia e a rede de serviços do SUS; elas não prestam serviços médico-assistenciais, antes, são locais de recepção e apoio ao índio referenciado da aldeia/pólo-base e têm por funções: agendar serviços especializados requeridos, continuar o tratamento após alta hospitalar até que o índio tenha condições de voltar para a aldeia, dar suporte para exames e tratamentos especializados, fazer serviço de tradução quando é necessário e viabilizar o retorno do índio à sua aldeia.

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, que preparam os Agentes Indígenas de Saúde, passam por treinamento introdutório, quando recebem conceitos antropológicos, elementos para análise do perfil epidemiológico da região e capacitação pedagógica. Todo esse processo de estruturação da atenção à saúde indígena conta com a participação indígena, através de suas lideranças, organizações e formação de conselhos locais e distritais, o que facilita o encaminhamento de soluções mais adequadas e adesão de beneficiários. Os conselhos locais são formados por representantes das comunidades indígenas escolhidos entre eles, incluindo-se caciques, pajés e lideranças. A Funasa disponibiliza na internet dados sobre recursos humanos, equipamentos e obras alocados para a implantação e metas dos DSEI.

Se, teórica e estruturalmente falando, a Funasa parece ter condições de atender às necessidades indígenas, na prática, parece não ser assim. O jornal *O Globo* de domingo (27/04/2008) trouxe várias reportagens e entrevistas que tomaram algumas páginas, tratando de irregularidades e deficiências múltiplas na política indigenista brasileira diluída em parciais responsabilidades da Funai e dos ministérios da Educação, Saúde e

Meio Ambiente. O foco da matéria foi a terceirização da política de saúde indígena entregue a ONGs pela Funasa. A reportagem denuncia que, só na área da Saúde, 51 ONGs recebem repasses do governo e não resolvem os problemas básicos de saúde indígena; metade dessas ONGs foram denunciadas por atividades irregulares e outras são suspeitas de desvios de recursos. De acordo com os dados disponibilizados, o programa de saúde indígena consumiu, em 2007, R\$179 milhões, dos quais R\$13 milhões foram para a editora da UNB. A matéria denuncia também a irregularidade da ocupação de cargos de diretorias estratégicas da Funai¹¹ por pessoas ligadas às mesmas ONGs.

Apesar de ter estado à frente da Funai por três anos e sete meses neste governo Lula, o ex-presidente da Funai Mércio P. Gomes em entrevista ao jornal declarou concordar com a opinião do general Augusto Heleno, comandante da Amazônia, em declaração recente à imprensa de que a política indigenista no Brasil seja caótica. Mércio declarou que os 740 mil índios brasileiros estão entregues a ONGs que não têm compromissos com os interesses indígenas. Ele entende que o Estado está ausente nas aldeias e que esta ausência permite a proliferação de organizações que retiram espaço e força da Funai, diluem e desviam recursos dos índios e não lhes oferecem atendimento nas suas necessidades mais básicas, além de diminuir o diálogo da Funai com os índios. Esta situação, conforme ele informa, perdura desde o governo Collor. Ele entende que o governo deva fortalecer as ações do Ibama, da Funai e do Exército para a proteção da Amazônia. Ele finaliza, dizendo que as ONGs não têm espírito indigenista nem amor à causa e que “essa Funasa é a desgraça nacional” porque não cuida da saúde dos índios.

Já o atual presidente da Funai, Márcio Meira, contestou as opiniões de Mércio e do general com o argumento de que a atual política indigenista no Brasil é um sucesso porque cumpre o seu objetivo que é o de garantir a sobrevivência dos índios que, conforme mostram os dados do IBGE, vêm aumentando em termos numéricos. A

¹¹ De acordo com dados disponibilizados na matéria em foco, a Funai administra atualmente 488 reservas indígenas.

realidade indígena mostra, no entanto, as condições desfavoráveis em que vivem. As suas necessidades vão da urgência da demarcação de suas terras, passando pela invasão de madeireiros e garimpeiros, à falta de sementes para as suas plantações. O atendimento médico é muitíssimo deficiente. A reportagem informa que a ONG Instituto Recicla Brasil, que cuidava da Casa de Saúde Indígena, foi interditada pelo Ministério Público por ações irregulares e desvio de recursos do convênio no valor de R\$3 milhões.

Projeto de Medicina Tradicional na bacia do Rio Negro¹²

Algumas iniciativas indígenas com apoio institucional parecem ter algum êxito, no entanto. É o que nos relata o antropólogo Renato Athias¹³. No final da década de 1990, o Projeto de Medicina Tradicional entrou em vigor com o apoio da FOIRN¹⁴, promovendo encontros sobre medicina tradicional. A FOIRN é regida por regras de associação e conta com cerca de 64 associações locais com estatutos e CNPJ. Estes encontros foram organizados para discutir-se sobre a medicina indígena e envolveram representantes das etnias tukano, desana, piratapuia, uanano, arapaso, tuyuka e tariano. Os encontros deram ênfase aos trabalhos de terapeutas tradicionais, pajés e demais especialistas em cura, vistos finalmente como pessoas importantes para a manutenção da saúde das comunidades.

Na qualidade de assessor nesse Projeto de Medicina Tradicional, denominado “Saúde sem limites”, Athias esclarece que ele teve início em 1996, a título de encontros entre pajés, nas áreas do rio Uaupés e do rio Tiquié, organizados por eles mesmos, com pauta,

12 Na bacia do Rio Negro existe população estimada em torno de 37.000 a 40.000 indígenas, falando 4 famílias lingüísticas: arawak, maku, tukano e yanomami, junto aos rios Cauaboris, Maturacá e Marauaiá, afluentes do rio Negro.

¹³ Antropólogo, prof do PPG em Antropologia da UFPE, coordenador do NEPE/UFPE (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade). Comunicação na 1ª. Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus/Funasa em Pirenópolis, agosto/2006 e em seminários organizados com o título “Kumu, baiá e pajés – os especialistas da cura entre os índios do Rio Uaupés”. Estes textos estão disponíveis no blog de Renato Athias (<http://renatoathias.blogspot.com>).

¹⁴ Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro.

gerando algumas iniciativas. Athias e outros do projeto procuravam fazer a parte logística e a busca de recursos, mas a parte da organização e a pauta eram realizadas pela organização indígena. Desses encontros surgiram associações como o CERCÍ¹⁵ e um projeto para o PDPI, de implantação de hortas medicinais e construção de uma grande maloca, onde esses encontros continuam sendo feitos, com o objetivo principal de se discutir aspectos da medicina tradicional, com vistas ao apoio à organização dos serviços de saúde que estão sendo implementados na região, no modelo de Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro (DSEI-RN). A organização e as temáticas desses encontros continuam sendo definidas pelos representantes das organizações indígenas, nos mesmos moldes, com ênfase na participação de terapeutas tradicionais (pajés, benzedores e demais especialistas em cura). Os registros das temáticas debatidas nesses encontros encontram-se reunidas em um livro¹⁶.

Quanto às práticas xamânicas, Athias nos informa, elas são raras na região devido ao trabalho de catequese a que foram submetidos aqueles povos por mais de cinquenta anos, quando foram obrigados a abandonar as práticas tradicionais de cura. No entanto, em cada povoado ocorrem esses trabalhos realizados por especialistas indígenas, através dos kumu – aquele que benze e conhece as narrativas mitológicas de onde vêm as fórmulas de encantamentos e conhecimentos terapêuticos; dos baiá – dono do canto, curador como o kumu; e dos yaí – é o pajé, são poucos¹⁷. Palavras como pajé e pajelança caíram em desuso na região. Segundo Athias, se perguntarem a eles sobre os pajés, eles dirão que já morreram, que lá eles não existem.

¹⁵ Centro de Estudos da Revitalização da Cultura Indígena.

¹⁶ ATHIAS, R. M.; CARVALHO, C.; MAIA, G.; MENEZES, M.; MAIA, L.(orgs.) *Pa'miri-Masa - A Origem do nosso Mundo - Revitalizando as Culturas Indígenas do Rio Uaupés e Papuri*. São Paulo: SSL, 2004. 80 p.

¹⁷ Eles podiam transpor diversas dimensões cósmicas em busca de conhecimento para curar ou provocar malefício com o auxílio de plantas alucinógenas, que usam ainda de forma ritualizada. São principalmente cahpi, paricá, coca e tabaco.

Importância do sistema de crenças e do imaginário em tensão com os métodos científicos

O texto que Lévi-Strauss (1989) transcreve, relativo aos trabalhos de Cannon sobre os mecanismos psicofisiológicos que atuam sobre uma vítima de feitiçaria, sugerem que a morte sobrevenha à vítima essencialmente em decorrência de uma privação “súbita e total dos múltiplos sistemas de referência fornecido pela convivência do grupo”; concorrem aqui, de um lado, a consciência da vítima de ser objeto de malefício, e, de outro, a condenação do seu grupo, partilhando daquela certeza, com conseqüente afastamento e privação da vítima considerada já morta, fonte de perigo para o seu grupo. Em termos fisiológicos, efetivamente, com a convicção da inevitabilidade da morte, a vítima passa a sofrer distúrbios orgânicos e a desorganização da saúde. A angústia precipita todo esse desequilíbrio e a vítima passa a recusar os alimentos e morre.

O desrespeito pelos sistemas de crenças alheias, sobretudo através das atividades missionárias em aldeias indígenas desqualificaram e interditaram práticas xamânicas e rituais de magia. O complexo sistema cultural de crenças, visões de mundo, ideologias e racionalidades concorrem para as nossas construções da realidade como um todo. As crenças nos rituais potencializam as práticas de uma forma que desafia a explicação e o empirismo da ciência moderna; elas existem e atuam concorrendo para a concepção de um universo sobrenatural, no campo do imaginário. Assim é que Lévi-Strauss não duvida da eficácia da prática mágica para a qual, no seu entender, complementam-se, de um lado mecanismos psicofisiológicos e, de outro, a crença na magia sustentada sobre três aspectos complementares, a saber: a) a crença do feiticeiro na eficácia de suas técnicas; b) a crença do doente que ele cura ou que ele persegue; c) a opinião coletiva do grupo. Ao final, quase invariavelmente, ainda que percebam atividades de trapaça, os céticos permanecem em dúvida porque, apesar da trapaça, a ritualística funciona e nos leva a entender a importância do sistema de crenças. Será que não há nada semelhante nas sociedades modernas? E afinal, o que é o milagre cristão, se não a crença na fé?

Lévi-Strauss busca uma explicação lógica avaliando métodos terapêuticos da psicologia, sem perder de vista o laço indissociável entre um sistema de crença e seus partícipes. Ele conclui que a psicologia do feiticeiro é complexa; pois o xamã, sendo o agente, acredita na sua vocação, na sua missão. Ainda que o xamã não seja desprovido de conhecimentos positivos e técnicas experimentais, ele entende que as experiências do doente, o seu estado patológico clínico, representam o aspecto menos importante. Restam as desordens psicossomáticas oriundas de inseguranças, que podem ser resolvidas com uma terapêutica psicológica; ele entende que não é porque cura que um feiticeiro se legitima, ele cura porque o seu grupo o legitima.

Lévi-Strauss levanta aqui um conceito da Psicanálise, que ilumina um enfoque entre outros: a “abreção” que ocorre quando, no momento decisivo da cura, “o doente revive intensamente a situação inicial que está na origem de sua perturbação, antes de superá-la definitivamente”. Quando conta o mito para o doente, o xamã não faz diferente: ele fornece um modelo que permite a reorganização interna e a reintegração do paciente no universo cultural do grupo. Ele retira o doente do Caos e reintegra-o na Ordem, o que significa a restauração do equilíbrio perdido e, conseqüentemente, a saúde, a cura. Esta explicação, Lévi-Strauss argumenta, não é da ordem da explicação científica. Significa uma articulação ou uma integração a um sistema e a uma totalidade, uma experiência original, da ordem do simbólico.

Lobo-Guerrero (1991) aponta na medicina indígena colombiana algumas tensões entre a medicina institucional e as medicinas tradicionais; assim, a prática de bruxaria e de outras noções etiológicas relacionadas; restrições alimentícias impostas aos enfermos, na gravidez, parto e pós-parto; crenças contrárias à re-hidratação oral em casos de diarreia; o caráter secreto da medicina indígena; pouca importância dada aos sintomas físicos da enfermidade; diferente concepção sobre a morte. Ele destaca que assim permanece o desafio de levar a atenção primária básica àqueles povos vulneráveis aos

malefícios resultantes da colonização, que são aqueles da aculturação e ruptura com o importante papel das tradições para suas respectivas sociedades.

Considerações finais

Duas primeiras e parciais considerações podemos tecer com a investigação realizada até aqui. Uma primeira está diretamente relacionada às funções do xamã: o xamã concebe a doença como um desequilíbrio, uma desordem, uma desarmonia do paciente com o seu meio. Na qualidade de guardião da tradição do seu povo, sabedor de um conhecimento que tem poder, ele atua no sentido de restabelecer o equilíbrio de forças que estão em desarmonia no paciente. Para isso, ele recorre a rituais e relatos de natureza mítica que permitem a reintegração do paciente no seu universo cosmológico harmonioso. Ele identifica a causa da desarmonia e tenta vencer o agente causador dela, através de práticas ritualísticas e da força simbólica dos mitos de origem do seu grupo, capazes de reintroduzir o paciente na cosmovisão do seu grupo. A atividade xamânica está, portanto, estreitamente vinculada ao imaginário, ao sistema de crenças, valores e à visão de mundo partilhada pelo grupo. Por se tratar de uma atividade essencialmente cultural e da ordem do imaginário, não encontra expressão no discurso científico e na sua preocupação maior que é a descoberta de leis gerais e universais. Nesse sentido, não há, portanto, que se falar em medicina xamânica; pelo menos nos termos do que convencionamos denominar “medicina”.

A segunda consideração, decorrente desta primeira, relativa à função do xamã, nos leva a entender que, se não há medicina xamânica, não há que se considerar a sua integração na PNPIC. No entanto, não se discute a existência de uma medicina indígena, entendida como uma forma de medicina tradicional que envolve um conjunto de práticas terapêuticas e de especialistas que exercem atividades de erveiros, benzedores, parteiras, rezadores e até práticas xamânicas. A medicina indígena, no entanto, já está inserida no campo de assistência da Funasa, que deve continuar enfrentando o desafio de assistir satisfatoriamente os 740 mil indígenas sem a concorrências de desvios e irregularidades.

Referências

- CAMARGO JR., K. R. “A Biomedicina”. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/EDUERJ, vol. 7, n. 1, 1997: 45-68
- ELIADE, Mircea. *O xamanismo e as técnicas arcaicas do êxtase*. S. Paulo: Martins Fontes, 2002
- LANGDON, J.E. “Percepção e utilização ocidental pelos índios sibundoy e siona no sul da Colômbia” in BUCHILLET, D. (org.) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991:207-227
- LEVI-STRAUSS, C. “O feiticeiro e sua magia”. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989: 193-213
- “A eficácia simbólica”. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989: 213-236
- LOBO-GUERRERO, M. “Incorporación del shamán indígena en los programas de salud: reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia” in BUCHILLET, D. (org.) *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belém: MPEG/CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991:267-279
- LUZ, M.T., Novos saberes e práticas em saúde coletiva. Estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. S. Paulo: Hucitec, 2005 (2ª. ed., revista)
- MELATTI, J.C. *Índios do Brasil*. S. Paulo EDUSP, 2007