

A TOLERÂNCIA E A POLÍTICA DE SAÚDE DO ÍNDIO NO BRASIL: SÃO COMPATÍVEIS OS SABERES BIOMÉDICOS E OS SABERES INDÍGENAS?

E. Jean Langdon*

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, realizada em 1986, levantou os seguintes princípios gerais: a) a necessidade urgente da implantação de um modelo de atenção que garanta ao índio o direito universal à saúde; b) a garantia não só do atendimento aos problemas de doença mas também da qualidade de vida frente a sociedade envolvente; e c) o respeito às especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo. Em 1988, esses princípios foram incorporados pela Assembléia Nacional Constituinte, que criou o Sistema Único de Saúde e garantiu aos povos indígenas o direito de atenção integral e diferenciada em relação à saúde.

Se examinarmos a inserção desses princípios na legislação brasileira à luz de diretrizes internacionais, a legislação brasileira se mostrará de acordo com os *Princípios sobre a Tolerância* aprovados pela Unesco em 1995. Especificamente, pode ser citado o artigo 1, que define tolerância como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas [...]” (1997: 11) e o artigo 2, que declara a necessidade de o Estado aceitar e respeitar “o caráter multicultural da família humana” (1997: 13). De interesse particular para a saúde indígena é o artigo 3.3:

* Antropóloga, Universidade Federal de Santa Catarina.

medidas devem ser tomadas para assegurar a igualdade na dignidade e nos direitos dos indivíduos e dos grupos humanos em todo lugar onde isso seja necessário. Para tanto, *deve ser dada atenção especial aos grupos humanos vulneráveis social ou economicamente desfavorecidos, a fim de lhes assegurar a proteção das leis e regulamentos em vigor, sobretudo em matéria de moradia, de emprego e de saúde, de respeitar a autenticidade de sua cultura e de seus valores [...] (FLLCH 1997: 14, grifos meus).*

A garantia na Constituinte do direito indígena de atenção integral e *diferenciada* à saúde se justifica pela vulnerabilidade dos índios em termos da sua situação de saúde e de sua especificidade étnica. Com sua pacificação, grupos inteiros foram exterminados ou quase exterminados, como consequência do contato com as doenças européias

As doenças representaram sempre o primeiro fator da diminuição das populações indígenas [...] a história das nossas relações com os índios é uma crônica de chacinas e sobretudo de epidemias (Ribeiro 1982: 208).

Hoje, fatores como a marginalização, a perda de território e mudanças ambientais, a consequente perda das técnicas tradicionais de subsistência e a exploração por parte da sociedade envolvente contribuem para uma situação de saúde muito precária.

Suas condições sanitárias em geral não são satisfatórias. Destacam-se entre outros problemas: a elevada prevalência de doenças endêmicas como a tuberculose,¹ a malária, a verminose e os frequentes surtos epidêmicos provocados por vírus; alta prevalência de doenças carenciais, sendo que, em alguns deles, há alto grau de desnutrição; danos psíquicos que originam alta prevalência de alcoolismo; saúde bucal precária; más condições de saneamento básico [...] (Miranda *et. al.* 1988: 25).

Apesar de a legislação brasileira sobre saúde indígena aderir aos princípios de tolerância, na prática, os serviços de saúde estão longe de contornar a situação geral de saúde indígena. Os decretos de 1991 e 1993, objetivando a delegação das responsabilidades institucionais para a organização de serviços de saúde do índio, não conseguiram estabelecer um modelo de atenção adequado para resolver os problemas agudos. Assim, a saúde do índio

continua péssima. Sua vulnerabilidade frente ao HIV/Aids, hoje, é evidência das condições de pobreza, discriminação, dominação e má saúde que eles continuam a ter¹.

O fracasso de atender as necessidades de saúde é devido, em grande parte, aos problemas de desenvolvimento de serviços adequados que são diferenciados e ao mesmo tempo fazem parte do SUS. As soluções propostas pelos decretos de 1991 e 1993 resultaram em profundos problemas na geração, administração, financiamento e execução dos serviços de saúde. Estes problemas se resumem, primariamente, em uma estrutura burocrático/administrativa confusa e complicada demais, caracterizada pela falta de definição de competências e responsabilidades na geração dos projetos e serviços, e pelos conflitos de interesses entre as instituições envolvidas. Não está claro tampouco se o projeto de lei Arouca, atualmente transitando no Congresso, resolveria estes problemas com sua proposta de criar distritos sanitários.

Porém, os princípios de Tolerância não só exigem que a nação assegure a saúde do índio, mas também exigem o respeito para sua especificidade cultural e o reconhecimento dos seus saberes. Esta última implica uma compreensão de tolerância mais profunda, ou seja, exige um respeito autêntico da vida indígena e de seus saberes, o qual frequentemente está ausente nas relações entre os profissionais de saúde e os índios. Teoricamente não deve haver falta de respeito ou conflito entre os dois sistemas médicos, o dos índios e o dos profissionais dos serviços de saúde. Como tenho argumentado anteriormente, os índios geralmente reconhecem a eficácia da biomedicina e geralmente há uma relação de complementaridade entre as duas medicinas na procura de tratamento (Langdon 1988; Langdon 1991; Langdon & MacLennan 1979). Porém, avaliando a minha experiência de vários anos de pesquisa e colaboração a atividades de saúde indígena, eu vejo certos obstáculos difíceis de serem resolvidos para que um verdadeiro respeito ao saber indígena seja uma realidade. Gostaria de explorar aqui estes obstáculos que impossibilitam a realização plena deste princípio e quais são as implicações da atuação dos antropólogos na área de cuidados de saúde entre populações indígenas.

No primeiro momento, a diretriz de respeitar a especificidade cultural refere-se a respeitar o índio como um ser humano igual, relativizando seus hábitos, cos-

1. Hoje em dia, 95% dos casos de Aids se encontram entre os pobres, os marginalizados, os discriminados e os do Terceiro Mundo (Connors & McGrath 1997).

tumes e crenças e entendendo que provêm de uma cultura diferente com valores e conhecimentos diferentes. Roberto DaMatta afirma que a nossa atenção para com as sociedades tribais deve estar fundada na troca igualitária de experiências humanas (1987: 13). Porém, a tolerância, a humildade, a esperança e a generosidade que fazem parte da capacidade de “enxergar nossa humanidade no ‘outro’; e o ‘outro’ dentro de nós mesmos”, estão pouco evidenciadas no cotidiano dos serviços de saúde. Nas atividades de prevenção e cura é freqüente ouvir os profissionais em saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os ou condenando-os como sendo sujeitos, ignorantes sobre as noções em relação à saúde e à doença, pacientes desobedientes ou resistentes às indicações do tratamento e incapazes de compreendê-los. Em geral, as intervenções na área de saúde são realizadas sem o devido respeito para com o conhecimento da cultura do grupo e, assim, os profissionais expressam atitudes etnocêntricas e realizam suas práticas sem reconhecer como a especificidade cultural do grupo influencia o êxito de seu trabalho.

Dessa maneira, é importante que o treinamento dos profissionais que lidam com saúde indígena dedique tempo suficiente para que eles compreendam profundamente o conceito antropológico de relativismo e, também, o conceito de cultura. Devem estar familiarizados com a natureza do sistema indígena de saúde e como as suas práticas fazem parte da sua cultura como um sistema simbólico, composto de valores, representações e significados inter-relacionados. É necessário apontar que os índios também têm desenvolvido conhecimentos e saberes sobre saúde, e, como no caso de nossa biomedicina, estes saberes compõem seu sistema de saúde, definindo o que é doença e saúde, o que causa doenças e o que as cura, e o que é cura. As respostas culturais para estes conceitos de saúde e doença são diferentes daquelas da biomedicina e resultam em noções, valores e expectativas diferentes e específicos segundo a etnia particular. O primeiro passo para realizar os princípios da legislação sobre saúde indígena é o reconhecimento que estas diferenças são legítimas e fazem parte de um sistema cultural de saúde. Não são superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído.

Um segundo passo, e que é mais difícil de conseguir, eu creio, é o de relativizar os saberes, aliás, relativizar a nossa medicina. A biomedicina, termo que usamos para designar nossa medicina, deve ser vista também como um sistema cultural e não como a única ciência da verdade. É um sistema de conhecimento baseado na observação empírica e que tem conseguido desenvolver terapias altamente técnicas e eficazes frente a certos estados biológicos. O enfoque

principal da biomedicina, em seu *sensu stricto*, é a biologia humana, a fisiologia ou a patofisiologia, na qual a doença é vista como um processo biológico universal e a visão do corpo é basicamente mecânica e cartesiana.

Apesar de ser impossível falar de uma medicina indígena, em geral os sistemas indígenas de saúde são mais holistas e podem ser caracterizados como sistemas xamânicos, nos quais doença e saúde fazem parte de um sistema cosmológico e os fatores físicos, sociais e espirituais interagem no processo de saúde/doença e cura. Isto resulta num sistema de saúde baseado em princípios epistemológicos bastante diferentes dos da biomedicina (Lobo-Guerrero 1991). Os dois sistemas representam percepções diferentes do mundo e a construção de saberes com ópticas diferentes sobre o que consta como verdade e ou que é evidência. Segue um resumo das diferenças principais entre os dois sistemas.

Biomedicina	Sistemas Médicos Xamânicos
biológica	social, ecológico e cosmológico
cura: sintomática	cura: restauração do bem-estar
pública	secreto
sintomas corporais	sintomas corporais e externos ao corpo
curativa	preventivo
escrita	oral
formal	informal

É perigoso caracterizar os dois sistemas de medicina como sendo opostos e de nenhuma maneira estou me referindo ou tentando reforçar as velhas noções de que a medicina indígena é basicamente mágica². A meu ver, caracterizar a medicina indígena dessa maneira já é um erro etnocêntrico que fez parte da história da antropologia durante muitos anos. Na prática, os índios seguem um processo terapêutico não tão diferente do nosso.

No início de uma doença, procuram identificar os sintomas, fazem um diagnóstico temporário que guia a escolha de terapia e depois avaliam o êxito do tratamento escolhido (Langdon 1995). Nisso, fundamentam suas pri-

2. Para algumas discussões sobre xamanismo veja Buchillet 1990; Lobo-Guerrero 1991; Reichel-Dolmatoff 1983; Hildebrand 1983.

meiras observações e avaliações nas mudanças dos sintomas. Por estes fins os índios têm desenvolvido uma ciência de fitoterapia e técnicas de parto, cirurgia e outras que são análogas às técnicas da biomedicina, e sua eficácia pode ser reconhecida por nossa medicina. Muitas dessas técnicas têm sido incorporadas aos serviços de saúde ou são possíveis de sê-lo.

Porém, o sistema indígena tem uma noção de cura mais abrangente que a biomedicina. Enquanto a biomedicina define cura como ausência de sintomas de doença, o significado de cura para os sistemas indígenas está mais próximo do conceito inglês de *heal*, que vem do grego e implica totalidade. Assim, *heal* para os sistemas indígenas envolve o restabelecimento do bem-estar e nos casos de doenças sérias, que ameaçam a vida, bem-estar requer a restauração das relações ameaçadas pela doença e não só a ausência de doença. A procura do tratamento xamânico é guiada pela necessidade de descobrir a causa última da doença e explicar o seu significado (Buchillet 1991, Langdon 1991, Evans-Pritchard 1978). Por isso, as medicinas podem ser vistas como complementares – a procura da biomedicina pela eficácia técnica nos processos biológicos do corpo e da medicina indígena pela explicação sobre o porquê da doença. O ato de relativizar, nesse caso, requer que o profissional de saúde reconheça a presença, a legitimação e a necessidade dos especialistas indígenas de saúde, particularmente os xamãs, cujas práticas terapêuticas não têm analogias com as de nossa medicina. Eles procuram fora do corpo biológico o entendimento e a cura da doença.

Mas, subjacente à questão de respeitar os saberes indígenas, há ainda problemas a serem resolvidos e que não são de fácil solução. Toda a intervenção médica implica mudança de comportamento – seja no uso de remédios ou nos esforços para mudar os hábitos vistos, sob a óptica da biomedicina, como fatores que contribuem para a má saúde. Assim, uma tarefa comum aos antropólogos em projetos de saúde é a de avaliar as práticas nativas à luz de suas conseqüências para a saúde, identificando as que são danosas, neutras ou possíveis (Foster & Anderson 1978), com a idéia de que as danosas devem ser desencorajadas e eliminadas, permitindo as outras desde que não causem danos. É preciso enfatizar que, em tais casos, o que é tomado como a verdade superior para julgar as práticas indígenas é a biomedicina, ela retém a posição do juiz final sobre a questão de saúde. Estamos julgando a eficácia da medicina indígena segundo nossa compreensão de saúde, segundo nossa cultura. Sem desvalorizar a alta tecnologia da biomedicina e seu êxito no tratamento de certas doenças e sintomas físicos, a posição da biomedicina como a única medida de eficácia é, finalmente, uma atitude etnocêntrica. Isso é

particularmente verdade se ignoramos todas as pesquisas que demonstram a eficácia de cura ritual e o papel de relações sociais no processo de saúde e doença.

Eu digo etnocêntrica, porque há três conceitos principais que marcam a diferença entre a biomedicina e a medicina indígena que precisam ser relativizados pela biomedicina, se é possível relativizar seu próprio saber frente aos saberes indígenas. Essas noções são: a de cura, a de eficácia e a de realidade biológica da doença. Há anos que a antropologia tem contribuído para uma discussão sobre as causas psíquicas e socioculturais das doenças (O'Neill & Selby 1978) tanto como para uma discussão da eficácia dos sistemas de cura (Csordas 1983; Kiev 1964; Levi-Strauss 1975; Turner 1967; Frank 1974). Mais ultimamente, com as novas descobertas na medicina, tais como no campo da neurobiologia, é possível criar uma abordagem interdisciplinar que avançaria o conhecimento sobre a doença (Ornstein & Sobel 1987; Laughlin, Mcmanus, & D'Aquili 1990). Seria ainda melhor se fosse uma abordagem intercultural, na qual a biomedicina fosse relativizada e os saberes da medicina indígena fossem tratados como ciência, para redefinir os conceitos de eficácia e cura. Para isso ser uma realidade, os profissionais de saúde têm que reconhecer as limitações de sua medicina, relativizando-a e admitindo que existem outros sistemas de medicina com saberes sobre saúde que, por suas diferenças epistemológicas, não só devem ser respeitados, mas também compreendidos como capazes de dar uma contribuição ao conhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHILLET, D. 1990. "Los Poderes del Hablar: Terapia y Agresión Chamánica entre los Indios Desana del Vaupes Brasileiro". In: *Las Culturas Latinoamericanas a través de Sus Discursos*. Quito, Ecuador, Abya-Yala, pp. 319-354.
- _____. 1991. "A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde". In: BUCHILLET, Dominique (org.). *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, MPEG/Cejup/UEP, pp. 21-44.
- CSORDAS, T. 1983. "The Rhetoric of Transformation in Ritual Healing". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 7:333-375.
- EVANS-PRITCHARD, E. E. 1978 [1937]. *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande*. Rio de Janeiro, Zahar.
- FOSTER, G. & ANDERSON, B. 1978. *Medical Anthropology*. New York, Wiley.
- FRANK, J. 1974. *Persuasion and Healing*. New York, Schocken Books.

- GALLOIS, D. 1991. "A Categoria 'Doença de Branco': Ruptura ou Adaptação de um Modelo Etiológico Indígena?". In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. BUCHILLET, D. (org.). Belém, Edições Cejup.
- HILDEBRAND, M. von. 1983. "Cosmovisión y el Concepto de Enfermedad entre los Ufaina". In: FUNCOL (orgs.). *Medicina, Chamanismo y Botánica*. Bogotá, Funcol, pp. 48-63.
- KALINSKY, B. 1995. "Salud e Interdisciplina: Fracaso Epistemológico o Práctica de la Inter-gestión Disciplinaria de la Ciencia?". In: ALVAREZ, Marcelo & BARREDA, Victoria (orgs.). *Cultura, Salud e Enfermedad*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- KIEV, A. 1964. *Magic, Faith, and Healing*. New York, The Free Press.
- LANGDON, E. J. 1988. "Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento". *Revista de Saúde em Debate*, São Paulo, Centro Bras. de Estudos de Saúde, pp. 12-15, jan.
- _____. 1991. "Percepção e Utilização da Medicina Ocidental dos Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia". In: BUCHILLET, D. (org.). *Medicina Tradicional e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém, Museu Goeldi.
- _____. 1994. "Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana". In: SANTOS, Ricardo V. & COIMBRA, Carlos (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 115-142.
- LANGDON, E. J. & MACLENNAN, M. D. R. 1979. "Western Biomedical and Sibundoy Diagnosis: An Interdisciplinary Comparison". *Social Science and Medicine*, 13B:211-220.
- LANGDON, E. J. & ROJAS, B. G. 1991. "Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Área Indígena Ibirama (SC)". In: SANTOS, Silvio Coelho dos (org.). *A Barragem de Ibirama e as Populações Atingidas na Área Indígena*. Documento-denúncia. *Boletim de Ciências Sociais*, Florianópolis, UFSC, 51/51:65-89.
- LAUGHLIN Jr., C. D.; MCMANUS, J. & D'AQUILI, E. G. 1990. *Brain, Symbol and Experience*. Boston, Shambhala, New Science Library.
- LÉVI-STRAUSS, C. 1975. "A Eficácia Simbólica". In: *Antropologia Estrutural, I*.
- LOBO-GUERRERO, M. 1991. "Incorporación del Chamán Indígena en los Programas de Salud: Reflexiones sobre Algunas Experiencias en Colombia". In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. In: BUCHILLET, D. (org.). Belém, Edições Cejup, pp. 267-279.
- MIRANDA et. al. 1988. "Tuberculose no Índio". *Saúde em Debate*, jan., pp. 24-25.
- O'NEILL, C. & SELBY, H. A. 1978. "Sex Differences in the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Incidence of Susto in Two Zapotec Pueblos: An Analysis of the Relationships between Sex Role Expectations and a Folk Illness". In: LOGAN, M. & HUNT (orgs.). *Health and the Human Condition*. Mass, Duxbury Press, pp. 271-280.

- ORNSTEIN, R. & SOBEL, D. 1987. *The Healing Brain*. New York, Simon & Schuster.
- REICHEL-DOLMATOFF, R. 1983. "Conceptos Indígenas de Enfermedad y de Equilibrio Ecológico: Los Tukano y los Kogi de Colombia". In: FUNCOL (orgs.). *Medicina, Chamanismo y Botánica*. Bogotá, Funcol, pp. 19-27.
- RIBEIRO, D. 1982. *Os Índios e a Civilização*. Rio de Janeiro, Vozes.
- TURNER, V. 1967. *The Forest of Symbols*. Ithaca, New York, Cornell University Press.