

Uma incursão à saúde indígena no Brasil: breve panorama histórico e algumas reflexões antropológicas sobre experiências recentes de articulação entre saberes indígenas e biomédicos.

Flávia Martins Vieira¹

Resumo: Objetivando contribuir com debates na área da Antropologia da Saúde e Antropologia Indígena, este artigo se dedica a levantar algumas reflexões sobre articulações entre saberes tradicionais indígenas e saberes biomédicos, tendo ainda em vista a própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas em vigor no Brasil. Para isso, trazemos para esta discussão conceitos como o de intermedicalidade; apresentamos dados históricos e experiências atuais a respeito da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. As experiências que nos referimos são: III Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais e I Encontro de Parteiras do Estado de Pernambuco; O Encontro dos Kujà e o Centro de Medicina Indígena da Amazônia.

Palavras-chaves: Antropologia Indígena. Antropologia da Saúde. Saúde dos povos indígenas. Articulação entre saberes.

Abstract: This article approaches some reflections on articulations between indigenous traditional knowledge and biomedical knowledge. This reflection aims to contribute to debates in the area of Medical Anthropology and Indigenous Anthropology. Here we consider the concept of intermedicality; historical datas and current experiences regarding health care for indigenous peoples in Brazil. The experiences that we refer to are: the III Meeting of Pajés and Holders of Traditional Knowledge and the I Meeting of Midwives of the State of Pernambuco; The Meeting of the Kujà; and the Center of Indigenous Medicine of the Amazon.

Keywords: Indigenous Anthropology. Medical Anthropology. Indigenous health. Knowledge Articulations.

¹ A autora é mestranda do Programa de Pós Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco. Email: flavia.martinsvieira@gmail.com

Breve panorama sobre a atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil

Ao nos propormos a refletir, problematizar e pesquisar a partir de uma perspectiva antropológica a respeito de questões em torno da temática da saúde dos povos indígenas no Brasil, não devemos isolá-las ou desvinculá-las de outros temas, como concepções de territórios, construções de identidades, formas de organização social, visões cosmológicas, e também a relação histórica que o Estado estabeleceu e ainda estabelece com esses povos. Até a Constituição de 1988, as políticas de integração e assimilação direcionadas aos povos indígenas no Brasil foram pautadas e aplicadas pelo Estado de modo a construir um caminho que não correspondeu com uma perspectiva de reconhecimento e respeito às diversidades. No contato entre indígenas e não indígenas, o Estado brasileiro assumia uma postura assimilacionista; o ser indígena era visto como uma categoria transitória, cabendo ao Estado brasileiro tutelá-los e *civilizá-los* (Luciano, 2006).

Quando o Estado brasileiro se exime ou se posiciona contra o reconhecimento da diferença e da diversidade, ele nega consequentemente a possibilidade de legitimação de uma identidade indígena, negando também a autoridade de fala desses sujeitos e a capacidade destes escreverem sua própria história. Essas posturas desembocaram, por exemplo, em um processo de deslegitimação dos conhecimentos tradicionais, dos saberes e práticas de saúde desses povos. Atualmente, seus conhecimentos e medicinas tradicionais, crenças e práticas de cura ainda são considerados muitas vezes pelos não-índios como conhecimentos inferiores, *primitivos*, insalubres; não encarando estes conhecimentos tradicionais com a mesma legitimidade com que são encarados os conhecimentos da biomedicina ou medicina ocidental.

A partir da Constituição de 1988 o respeito à diversidade passa a ser pautado pelo Estado brasileiro, provocando um recuo em sua postura integracionista em relação aos povos indígenas. No entanto, vemos que a ideia de diversidade não foi completamente absorvida pelas políticas públicas, visto que na prática elas ainda não conseguem dar conta de toda uma diversidade existente no Brasil (Brasil, 2013; Ferreira, 2015). Segundo Coimbra Jr e Santos (2017):

Até o final da década de 1990, os serviços de saúde destinados ao atendimento dos povos indígenas eram geridos pela FUNAI. Em larga medida, baseavam-se em atuações eminentemente curativas. A continuidade da atenção básica à saúde nas áreas indígenas não ocorria de forma satisfatória. (...) A partir de 1999, a

responsabilidade pela provisão de serviços de saúde aos povos indígenas passou para a FUNASA, vinculada ao Ministério da Saúde, concretizando a implantação de um serviço de saúde voltado para os povos indígenas e estruturado segundo divisão territorial em distritos (os chamados “Distritos Sanitários Especiais Indígenas” ou DSEIs), vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Coimbra Jr e Santos, 2017).

Mesmo com estas iniciativas do Estado, Coimbra Jr e Santos (2000, 2017) afirmam que ainda persistem disparidades entre a saúde dos indígenas e não indígenas. Em artigo escrito em 2000, Coimbra Jr e Santos afirmam que as populações indígenas passam por uma invisibilidade demográfica e epidemiológica resultante da ausência de informações confiáveis nas bases de dados oficiais.” (Coimbra Jr e Santos, 2000:25). A partir do momento em que dados sobre estas populações não são coletados de forma contínua e com a confiabilidade necessária, torna-se mais difícil estruturar e desenvolver políticas e ações em saúde que de fato atendam as necessidades destas populações; é um *ciclo vicioso*: populações que já se encontram em uma situação de vulnerabilidade são penalizadas uma segunda vez.

Nesse ponto a experiência brasileira se assemelha com a experiência venezuelana de atenção a saúde dos povos indígenas. Segundo German Freire (2015), os altos e baixos do mercado petroleiro e vai e vém das políticas públicas de saúde prejudicavam/prejudicam a população venezuelana de modo geral, no entanto eram/são muito mais prejudicadas as populações menos favorecidas, entre elas as populações indígenas. Ou seja, assim como no caso brasileiro, populações indígenas que já se encontram em situação de vulnerabilidade são novamente penalizadas devido a uma falta e/ou descontinuidade de uma atenção a saúde bem estruturada.

No Brasil, em decorrência de reivindicações do próprio movimento indígena, foi oficializada em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), com o propósito de:

(...) garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política (Brasil, 2013).

Anos depois, em 2010, foi criada a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) ligada ao Ministério de Saúde que passou a ser a responsável por coordenar a PNASPI e gerir o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI-SUS) ambos antes coordenados pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A PNASPI afirma em seu texto que o reconhecimento da diversidade cultural e social dos povos indígenas no Brasil é imprescindível para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local (Brasil, 2002). Para isso uma de suas diretrizes anuncia a “articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde” (Brasil, 2002:13), afirmando que as articulações com o saberes e práticas de saúde dos povos indígenas devem ser estimuladas desde a capacitação de recursos humanos, assim como no cotidiano das práticas dos profissionais de saúde e no planejamento de ações voltadas para a garantia de saúde dos povos indígenas. (Brasil, 2002).

Nesse sentido, a PNASPI representou um avanço no processo de reconhecimento da diversidade de saberes e práticas de saúde desses povos. Ainda assim, infelizmente, são encontrados fortes entraves para que esta política seja colocada em prática em sua completude, por exemplo, a dificuldade de se formar profissionais que sejam de fato preparados e dispostos a trabalhar em um contexto intercultural.

Ainda segundo Coimbra Jr e Santos (2012) “as políticas voltadas para os povos indígenas tem tomado novos rumos, apoiadas no paradigma da especificidade, da diferença, da interculturalidade e da valorização da diversidade”. No entanto, atestam os autores, ainda continuam precários os conhecimentos disponíveis, por exemplo, a respeito do perfil de saúde/doença dos povos indígenas no Brasil (Coimbra Jr e Santos 2012:930).

Ampliando o olhar sobre o direito à saúde

Quando nos referimos ao direito e acesso à saúde pelos povos indígenas no Brasil, esbarramos na necessidade de compreender o que se entende por saúde. Para isso, compreendo neste trabalho os saberes e práticas de saúde como construções socioculturais, optando por me debruçar sobre as mesmas a partir de um olhar antropológico. Vários pesquisadores vêm se dedicando ao tema e a suas possíveis abordagens. Minayo (1998) e Canesqui (2010) são duas leituras importantes para nos situarmos em relação a formação e consolidação de uma Antropologia da Saúde.

Segundo Langdon (2014) no artigo *Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas*, saúde deve ser entendida como experiência e

construção sociocultural. Além disso, a autora apresenta algumas das contribuições proporcionadas pela antropologia para as políticas públicas voltadas à saúde no Brasil. No texto intitulado *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde*, os autores Langdon e Wiik (2010), para entender a categoria/o conceito de saúde, partem da noção de cultura como uma visão de mundo que orienta os conhecimentos, práticas e atitudes das pessoas que a compartilham, assim como os saberes e práticas de saúde de um determinado povo, sociedade (Langdon e Wiik, 2010).

Dessa maneira, o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. Consequentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados. Será somente a partir da compreensão dessa totalidade que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade portadora de um sistema, ou cabedal cultural, próprio (Langdon e Wiik, 2010).

Para além da perspectiva biomédica que por sua vez subsidia e estrutura o atual sistema público de saúde brasileiro ofertado à toda população, existem outras e distintas racionalidades médicas (Luz, 2000) entre os povos indígenas brasileiros; diferentes sistemas médicos de compreensão sobre saúde, doença, cura. No texto intitulado *Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica*, a autora Madel Luz afirma que para além de biomedicina existem outras racionalidades médicas, no entanto, este padrão hegemônico – a biomedicina - insiste em compreender outros sistemas médicos a partir de seus próprios parâmetros, de sua própria lógica e entendimento sobre saúde e doença. No caso brasileiro, o sistema oficial de saúde está permeado por uma “atitude etnocêntrica dos profissionais biomédicos que não veem os saberes indígenas como sistemas completos.” (Langdon, 2001).

Como bem sistematiza Pereira (2012) no artigo *Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas*:

As verdades e os conceitos da biomedicina possuem força normativa que incide diretamente sobre as convicções e os estilos de vida das pessoas. A medicina lida com períodos cruciais, como vida, morte, nascimento, enfermidade, impondo-se como definidora das formas ponderadas de bem-viver (Pereira, 2012:528).

Ainda sobre a biomedicina, Luciane Ferreira 2015 afirma no artigo *Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras*:

Ao perpetuar-se enquanto saber hegemônico respaldado pelo Estado, a ciência instaura um processo de neocolonização cultural do saber, subordinando conhecimentos e práticas dos povos indígenas à racionalidade instrumental biomédica (Ferreira, 2015:240).

Todas estas referências nos ajudam a lançar um olhar antropológico sobre os contextos em que está posta a atenção a saúde indígena na realidade brasileira. Torna-se necessário ampliar e relativizar tanto o nosso olhar sobre a biomedicina como sobre as medicinas indígenas, entender como esses saberes se relacionam em campo e que desafios existem no momento em que se pensa e se tenta executar uma atenção a saúde dos povos indígenas que de fato atenda às necessidades e reivindicações desses povos. Como bem colocou uma das profissionais de saúde entrevistadas por Pereira no artigo já citado aqui anteriormente: “como lutar pela saúde e pela vida se não se compreende o que é saúde e o que é vida para quem as práticas de saúde são direcionadas?” (Pereira, 2012:519).

Por outro lado, a meu ver, é lançado um desafio para a antropologia a partir do momento em que a biomedicina² também pode ser colocada no centro do foco tornando-se objeto de estudo (assim como as etnomedicinas), objeto de estranhamento/conhecimento por parte dos antropólogos. Acredito também que incitamos a própria biomedicina, que por vezes ainda é encarada como parâmetro para se entender outras noções de saúde, a extrapolar sua compreensão estritamente biológica de algumas categorias (saúde, doença, corpo, cura) podendo dar espaço a uma compressão que considere aspectos socioculturais.

Seguindo a perspectiva de ampliar o olhar sobre o direito à saúde, de acordo com diferentes sistemas culturais haverá causas múltiplas para o ‘estado saudável’(Langdon e Wiik, 2010) ou para a enfermidade. E na busca pelo bem-estar, pela cura ou pela saúde, os sujeitos recorrem e se utilizam de elementos de distintos sistemas médicos, de diferentes cosmologias; são ativos neste processo de articular em seu itinerário terapêutico os diferentes saberes, criando novas articulações entre os mesmos. Segundo Pereira 2012:

(...) os povos indígenas estão longe da passividade; ao contrário, num quadro de simultaneidade de tradições epistemológicas, incorporam artefatos e ideais e exercem agência social, construindo algo novo. O conhecimento indígena é dinâmico, criativo e sujeito às influências, perfazendo negociações e renegociações constantes entre diferentes formas de saber médico (Pereira, 2012:531).

2 Não me deterei aqui nesta oportunidade a uma discussão levantada por Pereira (2012), mas deixo registrado em nota, que segundo o autor, uma “simples crítica a objetividade médica, à diferença de linguagem entre profissionais de saúde e pacientes, ao exercício do poder médico não consegue (...) abarcar todas dimensões nas quais profissionais de saúde se relacionam com cosmopolíticas ameríndias” (Pereira, 2012:532).

As considerações de Langdon e Wiik (2010) abaixo sobre a realidade brasileira ratificam o que foi dito por Pereira (2012):

Aqui, embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos (Langdon e Wiik, 2010:465).

Nesse sentido, no caso dos povos indígenas, mesmo havendo a PNASPI com sua proposta de articulação entre sistemas médicos, os sujeitos, de forma independente recorrem a diferentes terapêuticas e tratamentos, podendo ou não fazer articulações entre diferentes saberes e práticas de saúde. O que merece uma investigação cuidadosa e existem pesquisas a respeito é: como esses sujeitos criam, elaboram suas próprias formas de lidar com estas articulações? Eles articulam? Essa articulação é proposta pela PNASPI, mas como ela é compreendida na prática pelos sujeitos em questão?. No próximo tópico desse ensaio nos dedicaremos a algumas experiências sobre articulações em biomedicina e medicinas indígenas que nos dão elementos para refletirmos sobre estes questionamentos.

Gostaria de destacar duas pesquisas que foram desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (PPGA/UFPE). Essas pesquisas foram realizadas por Georgia Silva (2007) e Liliane Souza (2004) na elaboração de suas dissertações de mestrado junto aos povos indígenas Atikum e Xukuru, respectivamente. Segundo as autoras, na busca pela cura de alguma doença ou enfermidade os sujeitos pesquisados recorrem tanto às práticas indígenas tradicionais de seu povo, como às práticas da biomedicina, através de automedicação ou do serviço público de saúde. Como afirma Silva (2007):

Associada a reza, quando a aflição é de maior grau os *rezadores/rezadeiras* podem prescrever ou ministrar banhos, chás ou preparar concentrados de espécies vegetais, chamados de *remédios do mato*, *remédios de pau* ou *mezinha*. Os *remédios do mato* são contrapostos aos *remédios de bótica* ou *remédios de farmácia da biomedicina*, onde cada um tem sua eficácia dependendo do tipo de doença a que se está acometido. (Silva, 2007:55, grifo da autora).

As definições de diagnósticos, de itinerários terapêuticos e os tratamentos a serem realizados pelos sujeitos enfermos, se dão através de negociações e interlocuções entre diferentes atores e saberes (indígenas e não indígenas). Souza (2004) em pesquisa realizada a respeito do modelo etiológico do povo Xukuru, afirma que:

Existem mal-estares e doenças classificados como “doença que médico cura” e que são sanados através das terapêuticas nativas ou da associação dessas com tratamentos biomédicos. (...) Diferentemente, os mal-estares ou doenças classificados como “doença que rezador cura” podem até ser tratados com a terapêutica proveniente da biomedicina, no entanto, a cura efetiva só ocorre a partir do momento que são identificadas as causas últimas (da doença ou mal-estar) e posterior cura através da terapêutica nativa de cura (Souza, 2004).

Um conceito muito interessante e também colocado em destaque por Pereira (2012) para se pensar estas articulações entre diferentes saberes e práticas de saúde, é o conceito de intermedicalidade elaborado pela autora Maj-Lis Föllmer no texto *Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde*. Este conceito possibilita “o reconhecimento da agência criativa exercida pelos povos indígenas na produção de suas próprias realidades sóciomédicas” (Ferreira, 2015:229). Segundo Ferreira (2015):

o conceito de intermedicalidade reconhece os povos indígenas como agentes de mudanças justamente por serem eles a articular sentidos e práticas de saúde oriundos de distintos horizontes socioculturais de modo a recriar os seus próprios sistemas sóciomédicos (Ferreira, 2015:227).

Para isso, pesquisas e experiências que nos aproximem dos sujeitos e do grupo social – neste caso, os povos indígenas - permitem potencialmente compreender como esses sujeitos entendem e articulam diferentes noções e processos de saúde. No tópico abaixo, a partir de três experiências relativamente recentes no que tange à saúde dos povos indígenas no Brasil, buscarei trazer elementos para pensarmos algumas questões referentes às articulações entre distintos saberes e práticas de saúde.

Experiências e desafios atuais referentes à saúde dos povos indígenas no Brasil

Ao nos dedicarmos a uma perspectiva antropológica sobre este tema, se torna imprescindível irmos e ou/conhecermos experiências de campo, coletarmos dados, confrontarmos conceitos, redescobrimos e reanalisarmos resultados. Nesse sentido, conhecer e pesquisar experiências locais pode contribuir para uma discussão mais global sobre noções de saúde e nos ajuda a investigar de que forma essas noções se articulam no cotidiano dos sujeitos e suas comunidades. Como ponto de partida, retomo aqui uma experiência pessoal de trabalho com atenção à saúde indígena.

No início do ano de 2016, eu trabalhava como cientista social no projeto intitulado Projeto de Telessaúde para Saúde Indígena no Nordeste, desenvolvido pelo Instituto de

Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) umas das conveniadas da SESAI/MS para administrar parte dos recursos humanos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Nordeste. Por trabalhar neste projeto pude conhecer e visitar diversas unidades de saúde que atendem as populações indígenas do Nordeste. Meu contato enquanto profissional se restringia aos profissionais de saúde das unidades (profissionais indígenas e não indígenas). Nas minhas visitas as unidades de saúde eu podia observar o seu funcionamento e algumas das interações entre profissionais de saúde e população indígena atendida. No entanto, enquanto cientista social, percebia a necessidade de ir além das unidades de saúde para poder pesquisar sobre as compreensões de determinado povo indígena a respeito das relações e articulações entre seus saberes e práticas de saúde e os saberes e práticas de saúde biomédicos.

Ainda quando eu trabalhava no IMIP, em julho de 2016 tive a oportunidade de participar do III Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais e I Encontro de Parteiras do Estado de Pernambuco. Na ocasião também estava acompanhada da equipe de alunos e coordenação do Laboratório de Estudos sobre Ações Coletivas e Cultura da Universidade de Pernambuco (LACC/UPE). Em conjunto com esta equipe pude colaborar com a relatoria do evento o que foi de extrema valia para algumas de minhas reflexões durante e após este campo.

Estes dois encontros ocorreram ao longo de três dias consecutivos, no território do povo Pankararu, Pernambuco, através de trabalho e iniciativa conjunta de lideranças indígenas e também profissionais indígenas que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE). Segundo depoimentos de participantes durante o evento, a ideia de se fazer encontros como estes surgiu justamente da necessidade de fortalecer o diálogo entre diferentes saberes e também como uma maneira de se colocar em prática, objetivos propostos pela PNASPI e pelo Subsistema de Atenção a Saúde Indígena (SASI-SUS), entre eles, a proposta de articulação em sistemas médicos.

O Encontro de Pajés e Detentores de Conhecimentos Tradicionais vem ocorrendo desde 2014 e ganhando amplitude. Segundo um dos organizadores, Ednaldo Xukuru (indígena Xukuru e psicólogo do DSEI-PE), no início se pensava na participação e adesão de cerca de 60 pessoas, no entanto, atualmente, chegam a participar do evento 300 pessoas por dia. Nesta última edição estavam presentes indígenas dos diversos povos que possuem território em Pernambuco: Kapinawá, Kambiwá, Atikum, Truká, Pipipan, Pankararu Entre Serras,

Pankararu, Xukuru de Cimbres, Xukuru do Ororubá e Pankará. Entre eles, haviam parteiras, pajés, rezadeiras, mezinheiros, caciques, aprendizes de parteiras e demais lideranças indígenas. Também estavam presentes representantes de instituições como a Secretaria Especial de Atenção a Saúde Indígena (SESAI-MS), da FUNAI e do IMIP.

Ao longo de todo o evento ocorreram rituais, depoimentos dos participantes sobre diferentes experiências com a saúde indígena e também rodas de diálogos entre os participantes. Foi uma excelente oportunidade para se escutar depoimentos de lideranças de outros povos indígenas do estado de Pernambuco a respeito de seus saberes e práticas de saúde. A partir disso, o evento se apresentou como um momento muito fértil de relatos, não-ditos, interações e relações que despertam a curiosidade antropológica. Não me deterei a todas as questões aqui nesta oportunidade, mas levantarei alguns pontos que considero interessantes.

O que desejo destacar e que dialoga com o que Coimbra e Santos (2000) colocam no artigo *Saúde minorias e desigualdade: algumas teias e inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil*, é que lideranças indígenas presentes neste III Encontro de Pajés e Detentores de saberes de Pernambuco, apontaram que a articulação entre os saberes e práticas de saúde indígenas e os saberes e práticas de saúde biomédicos não vem ocorrendo como os povos indígenas desejam e reivindicam. Coimbra e Santos (2000) não discorrem exatamente sobre a articulação entre sistemas médicos, mas debatem acerca da invisibilidade epidemiológica e demográfica que atinge os povos indígenas no Brasil e, a meu ver, experiências como estas dos encontros contribuem para uma maior visibilidade das reivindicações e necessidades desses povos indígenas com relação a garantia de direitos à saúde.

Nesse evento diversas lideranças, detentores de saberes tradicionais e profissionais indígenas que fazem parte das equipes de saúde reiteraram em suas falas a necessidade de terem seus conhecimentos respeitados, valorizados e legitimados tanto pela comunidade indígena como pelo sistema público de saúde. Escutar os próprios indígenas, no caso, os povos indígenas de Pernambuco na figura seus representantes, se mostrou como um exercício profícuo de diálogo entre diferentes saberes e práticas de saúde. Esses fatos só reforçam a necessidade de aprofundar e ouvir com mais calma e de forma sistemática as perspectivas dos próprios indígenas (que por vezes também são profissionais das equipes das unidades de saúde) para, por exemplo, repensarmos e aprofundarmos o conceito de intermedicalidade,

assim como contribuímos para a construção de políticas que atendam e respeitem de fato os saberes e práticas de saúde destes povos.

Outro encontro que trago aqui como experiência positiva e fértil para debate é O Encontro dos Kujà que vem sendo realizado na Terra Indígena Kaingang, Morro do Osso, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. “A categoria Kujà é traduzida pelos kaingang por pajé, médico ou cientista. Em termos etnológicos corresponde ao xamã desta sociedade indígena” (Freitas e Ròkag, 2007:214).

A primeira edição deste encontro ocorreu em 2006 e a mais recente (6ª edição) foi realizada em 2016. Não participei de nenhum destes encontros, mas pude ter acesso a dois relatórios de sistematização dos encontros através de uma colega do doutorado em Antropologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Por meio da leitura desses dois relatórios que trago algumas considerações para este trabalho.

O trecho a seguir do relatório referente ao II Encontro dos Kujà, sintetiza muito bem a proposta pensada para o evento:

Compreendido enquanto um processo vivo e em construção, o Encontro dos Kujà dá continuidade à mobilização kaingang no sentido de refletir, sistematizar e elaborar teorias nativas acerca do que possa vir a ser traduzido enquanto seu sistema de medicina tradicional. O fim maior deste empreendimento é definir conceitos e apontar processos que necessitam ser focalizados com atenção na formulação de políticas públicas de saúde para/com este povo indígena no Brasil. O princípio do respeito às instituições tradicionais indígenas, aos conhecimentos, procedimentos, práticas, ambientes e especialistas a eles vinculados, tem sido apontado como condição primeira para a promoção da saúde e distensionamento nas relações entre a sociedade kaingang e a sociedade brasileira (Freitas e Ròkag, 2007:205).

Assim como o Encontro de Pajés realizado em Pernambuco, o Encontro de Kujàs também privilegia o fortalecimento dos conhecimentos tradicionais indígenas, as possíveis articulações com outros sistemas médicos e ainda a melhoria das políticas públicas voltadas para a saúde indígena.

Gostaria de destacar aqui um ponto que me chamou atenção na leitura do relatório referente a esse encontro. Para os Kaingang a concepção de saúde é um embrincamento entre terra, água sã e corpo sadio (Freitas e Ròkag, 2007). Nesse sentido, percebo como representativa a fala de uma das lideranças Kaingang a respeito da saúde: “Sem terra, sem floresta, não existe saúde indígena. Por isso, nas nossas lutas por terra, os kujà vão na frente”. (Freitas e Ròkag, 2007:227). A partir dessa perspectiva de saúde, os Kaingang reivindicam políticas públicas que sejam pensadas de forma transversal, pois a garantia de seus territórios está atrelada a garantia de saúde e bem-estar para esses povos. Em relatório, aponta-se ainda:

(...) para a necessidade de criar mecanismos diplomáticos que propiciem a participação efetiva dos especialistas e intelectuais que integram o sistema de medicina tradicional kaingang nos processos de proposição, gestão e implementação das políticas públicas de saúde para seu povo indígena (Freitas e Ròkag, 2007:205).

Mais adiante no relatório é reforçado:

A presença dos kujà deve necessariamente ser prevista na proposição, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde e meio ambiente no Brasil. Igualmente seus conhecimentos e práticas devem ser considerados na formulação de currículos de formação de profissionais da área da saúde indígena, especialmente agentes indígenas de saúde, em cujos cursos de formação devem ser previstos espaços adequados a participação dos kujà, cujo formato propositivo deve partir dos próprios preceitos kaingang (Freitas e Ròkag, 2007:215-216).

As citações acima exemplificam algumas possibilidades de efetivas articulações entre diferentes sistemas médicos, mas que não deixam de ser propostas desafiadoras. Penso como desafiadoras tanto para os próprios Kaingang como também para os profissionais de saúde não indígenas que atendem essas populações.

Ainda sobre articulação entre diferentes sistemas médicos, chego ao último exemplo que planejei trazer para o debate neste trabalho. Estou falando do primeiro Centro de Medicina Indígena da Amazônia³ também chamado de Barserikowi'i, inaugurado agora em Junho de 2017 em Manaus, Brasil. O Centro é aberto para pessoas indígenas e não indígenas e cada consulta custa R\$ 10,00; os valores dos tratamentos dependem do tipo de enfermidade. Segundo o idealizador do Centro, João Paulo Barreto (indígena Tukano e doutorando em antropologia na Universidade Federal da Amazônia), o espaço se pretende como uma alternativa a medicina ocidental e ao atendimento ofertado em hospitais. A ideia é que o Centro seja um lugar em que as pessoas possam ser tratadas segundo técnicas e concepções indígenas (Paiva, 2017).

Várias questões podem ser suscitadas a partir dessa nova experiência em terras brasileiras. Destaco alguns pontos. Por exemplo, neste Centro, diferentemente dos postos de saúde que atendem as populações indígenas e são subordinados a SESAI-MS e aos DSEIs, é possibilitado o atendimento a indígenas e não indígenas. Como será que os próprios indígenas compreendem esse espaço? E as pessoas não indígenas, o que buscam nesse espaço? O que leva todos esses atores a frequentarem este local em vez de/ou de forma simultânea frequentar as clínicas e hospitais pautados pelas concepções biomédica de saúde?

3 Matéria a respeito da inauguração deste Centro disponível na íntegra através do link: <https://www.brasildefato.com.br/2017/06/07/amazonia-inaugura-primeiro-centro-de-medicina-indigena/>

Gostaria de pontuar também que por vezes podemos turvar nossas lentes e nos atentar apenas a argumentar em como a biomedicina influencia e/ou ignora outros sistemas médicos. No entanto, inspirada pelo artigo de Pereira (2012) sobre profissionais de saúde em contextos indígenas, também me pergunto até que ponto experiências como esta do Centro podem influenciar a própria biomedicina e suas práticas; assim como também os profissionais de saúde que atendem estas populações indígenas e/ou frequentam o Centro.

Considerações finais

A meu ver, as experiências trazidas no tópico anterior são muito férteis para pensarmos algumas questões dentro do campo da Antropologia da Saúde e também nos oferecem elementos para nos debruçarmos sobre a articulação entre sistemas médicos e concepções sobre saúde perceber que elas podem ocorrer das mais variadas formas, desde as prescrições e classificações de *remédios do mato* e *remédios da farmácia* até a concepção de um espaço aberto ao público que oferece tratamento com especialistas de cura indígenas. Talvez para minha surpresa enquanto antropóloga ainda em formação, os saberes e práticas de saúde se articulam e se remodelam muito mais do que supunha antes de conhecer essas experiências.

Como afirmei no tópico anterior, pesquisas e experiências que nos aproximem dos sujeitos e do grupo social em foco nos permitem potencialmente entender como esses sujeitos compreendem e articulam diferentes noções e processos de saúde. Elas se mostram como imprescindíveis quando o objetivo pautado é construir e executar políticas públicas de saúde que de fato atendam às necessidades dos povos indígenas. Nesta oportunidade acredito que a partir de um breve panorama histórico, recuperação de conceitos e relatos de experiências atuais sobre articulações entre saberes indígenas e biomédicos, pude mais descortinar problemáticas e despertar curiosidades antropológicas sobre o tema do que necessariamente responder questões. Existe um longo e estimulante caminho pela frente.

Referências Bibliográficas

BRASIL, Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2017.

BRASIL, Ministério Público Federal. *Cartilha A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil*. Brasília, 2013. 28 p. Disponível em: <<http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/dados-da-atuacao/grupos-de-trabalho/gt-saude/docs/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi-1/cartilha-sobre-saude-indigena-cimi/view>>. Acesso em: 16 abr. 2017.

CANESQUI, Ana Maria. 2010. *Temas e Abordagens – ciências sociais e humanas em saúde na produção acadêmica de 1997-2007*. Ciência e saúde Coletiva. Vol. 15 (4), p.1955-1966.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R.V. 2000. *Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil*. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. vol.5(1), p. 125-132. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100011&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 17 de jul. de 2017.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R.V. Saúde indígena no Brasil: Persiste a carência de dados demográficos e epidemiológicos. (<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Fx1cxbjLVUJ:https://www.ibge.gov.br/confest_e_confege/pesquisa_trabalhos/CD/mesas_redondas/277-8.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=br> ; acesso em 17/07/2017)

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R.V. et al. 2012. “Políticas Públicas de Saúde e Povos Indígenas”. In: GIOVANELLA, Ligia (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. p.911-932. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. (<https://www.academia.edu/17506775/Pol%C3%ADticas_p%C3%BAblicas_de_sa%C3%BAde_para_os_povos_ind%C3%ADgenas> ; acesso em 17/07/2017.

FERREIRA, Luciane Ouriques. 2015. “Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras”. In: LANGDON, Jean Langdon; CARDOSO, Marina D. (Org.) Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. p. 217-246. Florianópolis: Ed. da UFSC.

FÓLLER, M.A.J. 2004. “Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde”. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Org.) Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. p. 129-148. Rio de Janeiro: Contracapa; ABA.

FREITAS, Ana Elisa de Castro; RÔKAG, Francisco dos Santos. 2007. *O kujà e o sistema de medicina tradicional kaingang – “por uma política do respeito”: Relatório do II Encontro dos Kujà, Terra Indígena Kaingang Morro do Osso, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.* Cadernos LEPAARQ: textos de antropologia, arqueologia e patrimônio. v. 4, n7/8. Pelotas, RS: Editora da UFPEL.

LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. 2010 . *Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde.* Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.18, n.3, p.459-466. (<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> acesso em 13/09/2016.

LANGDON, Esther Jean. 2001. “A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?” In: GRUPIONI, Luís D. B.; VIDAL, Lux; FISCHMANN, Roseli (Org.). Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. p. 157-166. São Paulo: Edusp: Unesco.

LUCIANO, Gersem dos Santos. 2006. “O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje”. Coleção Educação para Todos. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional.

LUZ, Madel T. 2000. “Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica”. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médio. ,p.181-200. São Paulo: Editora HUCITEC.

MINAYO, Maria Cecília Souza de. 1998. “Construção da identidade da antropologia na área de saúde: o caso brasileiro”. In: Alves, Paulo César (org.) Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará. p.29-46.

PAIVA, Beatriz. 2017 . Amazônia inaugura primeiro Centro de Medicina Indígena.Disponível em <<https://www.brasildefato.com.br/2017/06/07/amazonia-inaugura-primeiro-centro-de-medicina-indigena/>> Acessado em 17 de jul. De 2017.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. *Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas*. (Rev. Mana). Rio de Janeiro. v. 3. n.18. p.511-538. 2012.

SILVA, Georgia da. 2007. “*Chama os Atikum que eles desatam já*”: práticas terapêuticas, sabedores e poder. Brasil.Dissertação. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.

SOUZA, Liliane Cunha de. 2004. “*Doença que rezador cura*” e “*doença que médico*”: modelo etiológico Xukuru a partir de seus especialistas de cura, Brasil. Dissertação. Recife: Universidade Federal de Pernambuco.