

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL**

HELENICE ASSIS VESPASIANO

**SOBRE *MÉDICOS-DE-MESA* E *PACIENTES-ÍNDIO*: DESAFIOS NA
CONSTITUIÇÃO DE RELAÇÕES DE INTERMEDICALIDADE NO ÂMBITO DA
SAÚDE INDÍGENA**

MATINHOS

2011

HELENICE ASSIS VESPASIANO

**SOBRE *MÉDICOS-DE-MESA* E *PACIENTES-ÍNDIO*: DESAFIOS NA
CONSTITUIÇÃO DE RELAÇÕES DE INTERMEDICALIDADE NO ÂMBITO DA
SAÚDE INDÍGENA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Curso de Especialização em Serviço
Social: A questão social na perspectiva
interdisciplinar, Setor Litoral, Universidade
Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Elisa de Castro
Freitas

MATINHOS

2011

RESUMO: O presente artigo busca aproximações aos desafios colocados nas relações de intermedicalidade a partir de reflexões oriundas de uma situação de campo vivenciada na coletividade indígena M'bya Guarani Tekoa Karaguata (Sambaqui Guaraguaçu), situada no município de Pontal do Paraná, litoral do estado do Paraná. As assimetrias constatadas nas relações entre Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e Comunidade Indígena provocaram reflexões acerca da sobreposição de duas categorias genéricas: o "paciente" e o "índio". Essas categorias, quando conjugadas, configuram a dupla objetificação implícita na dimensão "paciente-índio", que nos parece ser a compreensão a partir da qual a equipe de saúde constrói suas intervenções.

PALAVRAS-CHAVE: saúde indígena, intermedicalidade, políticas públicas, indigenismo

O presente artigo propõe aproximações aos desafios que se colocam no encontro entre Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e coletividade indígena a partir da vivência em uma situação de campo¹ junto à Comunidade Indígena Guarani Tekoa Karaguatá (Sambaqui Guaraguaçu), localizada no município de Pontal do Paraná, litoral do estado do Paraná. Construiremos esse olhar a partir da noção de intermedicalidade (Fóller, 2004) que nos leva a refletir sobre o que acontece nessa zona de contato em que a etnomedicina biomédica² e a etnomedicina indígena se encontram.

Esse trabalho é fruto de aproximações iniciais, na trajetória de uma das autoras (com formação em graduação no campo da saúde), com o campo da antropologia e busca principalmente uma interlocução com os técnicos da saúde (agentes de estado que se posicionam diretamente nas frentes de contato com as comunidades, no âmbito da política pública de saúde indígena). Nesse sentido é importante deixar claro que esse artigo é fruto do movimento realizado nessa trajetória de aproximação com o campo da antropologia e de tentativas de constituição de um olhar de questionamento e relativização de “verdades” forjadas ao longo da formação acadêmica no campo da saúde e antes disso, numa vida de relações (ou “não-relações”) com o “índio” imaginário que povoa os livros didáticos e os noticiários.

Pretende-se aqui construir problematizações necessárias para uma atuação mais qualificada no campo da saúde. Por atuação qualificada entendemos a construção de práticas de atenção que pautem pela interculturalidade como princípio para a constituição de práticas menos assimétricas e etnocêntricas, partindo da noção de equivalência entre as práticas e técnicas de saúde advindas da etnomedicina biomédica e das etnomedicinas indígenas.

A importância de qualificar essa atuação parte da escuta de diversos atores sociais que interagem no campo da saúde indígena em diferentes momentos, com

1 A escolha metodológica pela reflexão a partir de provocações geradas pela vivência de uma situação de campo deu-se em consonância com Oliveira (1972, p.20) que afirma que "se quisermos realmente entender o contato (interétnico) propriamente dito, teremos de fazê-lo *em situação*."

2 Aqui optamos por usar o termo “etnomedicina biomédica” para afirmar que “todo conhecimento é construído localmente e em relação a uma tradição cultural ou identidade étnica” como nos diz Fóller (p.135) . Nesse sentido intentamos deixar claro que “o conhecimento biomédico é construído em um contexto cultural, especificamente o europeu, e está embutido na tradição cultural ocidental” (Fóller, p.135).

quem dividimos a voz nesse artigo. Dessa forma, montamos esse cenário a partir do trabalho de campo na coletividade em questão, de entrevistas com estudantes universitários indígenas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e lideranças indígenas - atuantes sobretudo no campo da saúde no cenário local e nacional - fragmentos de comunicações realizadas por diferentes atores em diversos espaços e eventos, em especial o III Encontro de Educação Superior Indígena no Paraná, realizado na Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral (UFPR-Litoral), entre 14 e 16 de Setembro de 2011, e em iniciativas e documentos que nos remetem a ações tomadas pelas instituições diretamente envolvidas na gestão e efetivação da política de saúde indígena, como a recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) . Em termos metodológicos, conjugamos pesquisa etnográfica de campo, observação participante e análise bibliográfica.

Em sua obra clássica, *O Índio e o mundo dos brancos: uma interpretação sociológica da situação dos Tukúna*, Roberto Cardoso de Oliveira (1972, p.17) considera que “o conhecimento do contato interétnico será alcançado de modo mais completo se focalizarmos as relações interétnicas enquanto relações de fricção.” Isso nos leva a olhar para os atritos produzidos no encontro entre grupos étnicos diferentes numa situação de contato. Aproximando-nos do modo como se constituem as relações interétnicas no campo da saúde a partir da experiência junto à coletividade Tekoa Karaguatá percebemos a presença de relações assimétricas entre os membros da equipe de saúde e os guaranis. Buscando aproximações com as formas como essas assimetrias se constituem deparamo-nos com duas categorias genéricas que se fazem presentes explícita ou implicitamente nas falas dos atores em questão: o “paciente” e o “índio”. Essas categorias combinadas dão origem ao “paciente-índio”, que nos parece ser a compreensão a partir da qual a equipe de saúde constrói suas intervenções.

A nosso ver essa sobreposição de categorias que, por serem genéricas, diluem especificidades e operam invisibilidade, facilitam a construção de intervenções etnocêntricas. Nesse sentido buscaremos nesse artigo um estranhamento frente a essas categorias amplamente utilizadas e naturalizadas, lançando olhares para as lógicas que vêm coladas a elas.

Antes de lançarmo-nos mais diretamente a essa tarefa, julgamos essencial uma breve contextualização acerca da atual situação da saúde indígena, voltando o

olhar para os marcos legais que norteiam as políticas públicas nesse campo, bem como para os diferentes atores envolvidos em sua gestão e efetivação.

Saúde Indígena – aproximações aos marcos legais e cenário atual

O cenário que se apresenta no campo da saúde indígena durante a escrita desse artigo muito nos ajuda a entender as reflexões aqui trazidas e a situação atual das relações entre os atores desse campo. Vivemos um período de redefinições de competências e estruturas administrativas do Estado brasileiro relacionadas às políticas de saúde, educação e assistência social voltada aos povos indígenas. Essas redefinições buscam efetivar modelos de gestão das políticas públicas em sintonia com os marcos jurídicos nacionais expressos na Constituição Federal de 1988 e com protocolos internacionais vigentes e dos quais o Brasil é signatário, especialmente a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), ratificado nacionalmente pelo Decreto 5051/2004.

De acordo com Araújo (2006, p. 38)

a Constituição de 1988 trouxe uma série de inovações no tratamento da questão indígena, incorporando a mais moderna concepção de igualdade e indicando novos parâmetros para a relação do Estado e da sociedade brasileira com os índios. (...) Os Constituintes de 1988 não só consagraram, pela primeira vez em nossa história, um capítulo específico à proteção dos direitos indígenas, como afastaram definitivamente a perspectiva assimilacionista³, assegurando aos índios o direito à diferença.

No âmbito da saúde indígena os direitos constitucionais são efetivados, entre outros dispositivos, no Decreto 3.156/99⁴ e que, segundo Villares (2009, p.279), “expressamente complementando o respeito à organização social, costumes, religião, crenças e tradições dos povos indígenas, o *caput* do art. 2º do Decreto 3.156/99, reconheceu o valor e a complementaridade da medicina tradicional indígena”.

Já a Convenção 169 da OIT Sobre Povos Indígenas e Tribais, ainda segundo Araújo (2006, p. 59)

foi o primeiro instrumento internacional a tratar dignamente dos direitos coletivos dos povos indígenas, estabelecendo padrões mínimos a serem seguidos pelos Estados e afastando o princípio da assimilação e da aculturação no que diz respeito a esses povos.

No âmbito da saúde, em seu Artigo 25, essa Convenção sinaliza como

3 Sobre essa perspectiva assimilacionista a mesma autora refere-nos a uma concepção herdeira do período colonial (e encontrada no ainda vigente “Estatuto do Índio” - Lei 6.001 de 1973) que buscando integrar os índios à comunhão nacional objetivava “fazer com que os índios paulatinamente deixassem de ser índios”. Araújo (2006, p. 32)

4 O Decreto Presidencial 3.156, de 27 de Agosto de 1999, precede a Lei nº 9.836, de 23 de Setembro do mesmo ano. Atualmente conhecida como Lei Arouca, ela institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

diretrizes a adequação dos serviços de saúde à necessidade desses povos, prevendo inclusive a possibilidade de que os Estados “proporcionem a esses povos os meios que lhes permitam organizar e prestar tais serviços sob a sua própria responsabilidade e controle, a fim de que possam gozar do nível máximo possível de saúde física e mental.” Sinaliza ainda para a organização de serviços de saúde comunitários, que deem preferência à formação e emprego da comunidade local, planejados e administrados em cooperação com os povos indígenas e levando em conta seus próprios métodos e práticas curativas. Aqui é fundamental dizer que em seu Artigo 6º a Convenção deixa claro que ao aplicar suas disposições os governos deverão consultar os povos interessados e estabelecer meios de garantir sua participação “cada vez que sejam previstas medidas legislativas ou administrativas suscetíveis de afetá-los diretamente”.

No campo da política pública de saúde indígena vive-se um momento de transição em que a responsabilidade por sua gestão e efetivação vem sendo repassada da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a recém-criada SESAI⁵. De acordo com o então Secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (atual Secretário Especial de Saúde Indígena), Antonio Alves⁶, a criação da nova Secretaria busca atender a uma histórica reivindicação dos povos indígenas por autonomia financeira e administrativa dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs)⁷, fortalecendo a descentralização e deslocando as ações “para a ponta, mais próximo possível da realidade onde vivem os indígenas.” Esclarecendo ainda as implicações práticas decorrentes desse processo, Antonio

5 Como marcos legais que fundamentam esse processo de transição destacamos a Lei Nº 12.314, de 19 de Agosto de 2010 (que transfere a responsabilidade do atendimento de atenção básica à Saúde Indígena ao Ministério da Saúde) e Decreto Nº 7.336, de 19 de Outubro de 2010 (alterado pelo Decreto Nº 7.461, de 18 de Abril de 2011), que oficializa a criação da SESAI dentro da estrutura do Ministério da Saúde e estipula o prazo para a efetivação da transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena da FUNASA para o Ministério da Saúde até o dia 31 de dezembro de 2011.

6 Em notícia intitulada “Lideranças comemoram criação da Secretaria de Saúde Indígena”, publicada em 04/08/2010 e disponível em <<http://www.socioambiental.org/nsa/detalhe?id=3138>>, acesso em 17/10/2011.

7 De acordo com o Ministério da Saúde (definição disponível em <<http://portal.saude.gov.br>>) o DSEI é a unidade de organização do Subsistema de Saúde Indígena, e compreende uma base territorial e populacional onde desenvolve um conjunto de ações de saúde necessárias à atenção básica, articulado com a rede do Sistema Único de Saúde - SUS, para referência e contra-referência. A definição destas áreas pautou-se pela cultura, relações políticas e distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, o que necessariamente não coincide com os limites de Estados e/ou Municípios onde estão localizadas as terras indígenas. No Brasil temos 34 DSEIs e a coletividade Mbya Guarani com a qual dialogamos nesse trabalho refere-se ao DSEI Litoral-Sul que compreende, em termos da divisão político-administrativa do Estado brasileiro, a um território que perpassa os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Alves afirma que

A Funasa é uma fundação, uma autarquia, uma administração indireta, e o fato de uma secretaria ser ligada ao ministro na administração direta possibilitará um entrosamento maior com outras secretarias do ministério. Haverá um entrosamento maior com as áreas do SUS e as secretarias municipais e estaduais de saúde, que vão ter de dar apoio na alta e na média complexidade. Enfim, a União assume a execução direta da atenção primária, que é uma determinação do Tribunal de Contas, do Ministério Público Federal, e uma reivindicação dos povos indígenas.

Por outro lado, olhando atentamente para a forma como vêm sendo efetivadas as primeiras ações da SESAI, o que se percebe é uma ausência de transparência nas informações, tensionando as relações com as coletividades indígenas e configurando assimetrias ainda próprias de sistemas tutelares e assimilacionistas. Observamos a falta de clareza de informações em relação aos processos de celebração de convênios com Organizações Não Governamentais (ONGs)⁸ para executar ações complementares de atenção à saúde indígena, realizadas sem a adequada participação dos representantes desses povos.

Em recente movimentação de ocupação das sedes da SESAI na região Sul o movimento indígena buscou dar visibilidade à essa questão. Através de carta⁹ endereçada à Procuradora Geral da República, ao Ministério da Saúde e ao Ministério Público dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro, e amplamente divulgada nos meios de comunicação, as instituições “Comissão N̄monguetá de Lideranças do Litoral de Santa Catarina”, “Arpin-Sul” (Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul), “Arpin-Sudeste” (Articulação dos Povos Indígenas da Região Sudeste), “Conselho de Saúde Indígena Regional de Guarapuava”, “CEPIN” (Conselho Estadual dos Povos Indígenas – Santa Catarina) e “CEPISP” (Conselho Estadual dos Povos Indígenas – São Paulo); expressam sua

insatisfação e indignação com os rumos que vem tomando a Saúde Indígena a partir da criação da SESAI, que culminaram em um ato moral e eticamente condenável, que alija os indígenas de sua autonomia e direitos, além de afrontar a legislação da saúde indígena.

Nesse sentido o movimento indígena questiona o critério utilizado pela SESAI

8 As organizações não governamentais são entidades sem fins lucrativos que podem, de acordo com a Lei N° 9.836, de 23 de Setembro de 1999, "atuar complementarmente no custeio e execução das ações" de atenção à saúde indígena.

9 Disponível em <<http://acordaterra.wordpress.com/>>, acesso em 18/10/2011.

no recente chamamento público de ONGs para execução de ações complementares de atenção à saúde indígena. A denúncia se deve à desclassificação das ONGs atualmente conveniadas, por falta do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS). De acordo com Romancil Cretã¹⁰ “não é isso que faz a diferença do bom trabalho técnico e operacional” e apesar de a entidade selecionada (a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM) possuir experiência no desenvolvimento de ações em saúde indígena na região do Xingu, na perspectiva dessa liderança indígena essa experiência não pode ser transposta para a realidade dos territórios guarani, kaingang e xokleng nos DSEIs litoral e centro sul.

No referido documento, o movimento indígena afirma ainda a necessidade de concurso público para a saúde indígena e o fim da efetivação da política via contratação de ONGs, como acontece atualmente. Percebemos aqui um embate claro entre o ranço tutelar na forma de estruturação e efetivação das políticas públicas para os povos indígenas por parte do Estado brasileiro e o protagonismo dos povos indígenas, que buscam a efetivação dos direitos garantidos pelos marcos legais abordados anteriormente nesse texto.

Apresentado o cenário atual e feitas aproximações das forças políticas e interesses em disputa, tendo clareza da brevidade de nossa análise de fatos tão atuais e complexos, seguimos lançando um olhar sobre a situação da coletividade a partir da qual esse estudo foi desenvolvido.

10 Coordenador da Articulação dos Povos Indígenas da Região Sul (Arpinsul), em notícia veiculada no dia 13/09/2011, intitulada “Índios ocupam Secretaria Especial de Saúde Indígena em Curitiba”, disponível em <<http://g1.globo.com/parana/noticia/2011/09/indios-ocupam-secretaria-especial-de-saude-indigena-em-curitiba.html>>, acesso em 18/10/2011.

Comunidade Mbya Guarani Tekoa Karaguatá

Referida pelo termo “Comunidade Indígena do Sambaqui Guaraguaçu” a coletividade Mbyá interlocutora nesse estudo é composta por uma família extensa nucleada no casal Florinda Timóteo e Irineu Rodrigues. Além do casal, residem na área do Guaraguaçu seus filhos, com idades entre 15 e 25 anos, e reconhecem referência nesse espaço uma rede de irmãos *tcheramói*/velhos, seus filhos e netos, filhos de Maria Cristina, recém falecida com 111 anos de idade.

A terra indígena Guarani Sambaqui Guaraguaçu encontra-se em processo de regularização fundiária, instaurado pelo órgão indigenista Fundação Nacional do Índio/FUNAI, desde 2009. Nesse sentido, os marcos oficiais não estão delimitados, o que resulta numa precariedade fundiária e territorial da comunidade diante dos processos econômicos e políticos locais e globais. A área leva esse nome em função do sítio arqueológico homônimo, tombado pelo Estado do Paraná em 1962, o primeiro dessa natureza reconhecido no Estado. Por essa razão, o local é alvo de interesses da indústria do turismo, fomentados pela administração municipal de Pontal do Paraná, através de sua Secretaria de Turismo.

No contexto do território Guarani/*Yvy Rupa*, a região litoral do Paraná assume especial importância simbólica e etnohistórica. Designada pelos Mbyá através do termo *Yy Pau*, a paisagem dessa região é percebida como um mosaico de terras e águas entrecortadas, sendo seus espaços reconhecidos como próprios à experiência xamânica e ao campo de relações sociocosmológicas com divindades vinculadas ao Leste. Paradoxalmente, os Mbyá acionam a noção de *tristeza* para expressar os males que vivenciam nos tempos atuais. Tal *tristeza* expressa, de um lado, o constrangimento do *Mbya Reko*/modo de vida tradicional, que requer a possibilidade do exercício de uma territorialidade livre em *Yvy Rupa*, mas que se vê confinado a pequenas parcelas de terras rodeadas de aparatos da sociedade envolvente (estradas, portos, estaleiros, redes eletroenergéticas, cidades, agrossistemas, etc) (FREITAS, 2007).

Paradoxalmente, embora parte das coletividades e terras Mbyá Guarani estejam reconhecidas na cartografia oficial do Estado do Paraná (Mapa de Terras Indígenas, ITCG, 2008) este reconhecimento não se traduz na efetivação de políticas públicas adequadas e na concretização de direitos já positivados pelo próprio Estado. Vale destacar que os últimos relatórios da ONU sobre a situação dos

direitos indígenas no Brasil revelam que o Estado não tem cumprido as agendas e prazos com os quais se comprometeu em protocolos firmados nas instâncias nacionais e internacionais (FREITAS e SANTOS, 2008).

No contexto do litoral do Paraná, o Tekoá Karaguatá integra uma territorialidade que abrange outros três espaços de vida Mbyá, em diferentes situações fundiárias. Somente a comunidade de Ilha da Cotinga, município de Paranaguá, tem sua terra plenamente regularizada, enquanto que o complexo territorial Cerco Grande/Morro das Pacas, município de Guaraqueçaba, e o Sambaqui Guaraguaçu enfrentam sérias dificuldades, vivendo em áreas diminutas e permeadas por ações que não respeitam os protocolos expressos e vigentes no país.

Esta territorialidade, entretanto, não pode ser compreendida dentro dos marcos estatais do Paraná, pois lhes transcende. De forma intensa, os fluxos de mobilidade das pessoas mbyá do Tekoá Karaguatá abrangem, além das áreas referidas, porções do Vale do Ribeira, ao norte, estendendo-se ao litoral sul de São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo, e, ao sul, às áreas de Garuva, com intensa mobilidade, e outras regiões do litoral catarinense, especialmente as terras indígenas Mbiguaçu, Tijucas, Massiambu, descendo pelo litoral do Rio Grande do Sul até a terra indígena Canta Galo. No sentido oeste, essa territorialidade remete a porções da bacia do complexo Paraná-Prata, abrangendo parcelas dos países vizinhos da Argentina e Paraguai. Para tecer essa abrangência, levamos em consideração as narrativas dos interlocutores mbyá do Tekoá Karaguatá, os quais acompanhamos nos últimos três anos, e cujas trajetórias remetem a esses espaços.

No que se refere aos impactos da sociedade nacional sobre o Tekoá Karaguatá, como referimos, rotas turísticas atravessam a coletividade sem que a mesma se sinta reconhecida e respeitada em seus direitos territoriais. De modo não menos tenso, em Morro das Pacas, Guaraqueçaba, por sucessivas vezes, a ação desinformada e violenta de agentes ambientais do Estado tem provocado a desterritorialização Mbyá.

No âmbito da saúde, embora a Portaria MS 1.163/1999 aponte para a gestão das políticas de saúde em respeito às práticas tradicionais da medicina indígena, bem como para a metodologia participativa de controle social na qual os povos indígenas figuram como agentes centrais na proposição e avaliação dessas políticas

(artigo 2º , inciso 3), o que se observa é a utilização do sistema único de saúde no atendimento dessas comunidades desacompanhada de uma ação específica que espelhe seus direitos. Veja-se, por exemplo, as dificuldades em reconhecer a legitimidade e garantir o deslocamento e transporte dos Mbyá quando prescreve-se a consulta não a agências da saúde estatal, mas sim a especialistas indígenas da medicina tradicional.

No que tange o campo da educação, os Mbyá reconhecem que há muito o que caminhar no sentido da implementação de uma política escolar diferenciada. A pauta Mbyá abrange tanto a criação de escolas indígenas com propostas pedagógicas específicas, com a contratação e formação de professores indígenas bilíngües, quanto o campo das relações interétnicas, especialmente no disposto na Lei 11.645/2008, que refere a obrigatoriedade do ensino de história e cultura indígena nas escolas brasileiras, incluindo a perspectiva etnohistórica e cultural dos povos interessados. Isso não se verifica no litoral do Paraná, na perspectiva Mbyá.

Situação de Campo

A situação de campo que propiciou as reflexões aqui trazidas se deu durante o acompanhamento da visita semanal da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena¹¹ à coletividade Tekoa Karaguatá. A visita durou em torno de 45 minutos e estavam presentes a enfermeira, a técnica de enfermagem. O técnico em saneamento¹² estava de “carona com o carro da saúde” (*sic*) porque o carro utilizado especificamente para suas atividades estava com problemas. O técnico em saneamento realizou o reabastecimento da caixa com água potável e a enfermeira e a técnica de enfermagem fizeram o acompanhamento de tratamento dermatológico realizado por uma das indígenas, verificando a lesão na pele e dando orientações sobre como aplicar medicamentos e cuidar da lesão.

Além de observar os procedimentos realizados pela equipe, as autoras acompanharam um diálogo entre a coletividade e os representantes da Equipe Multidisciplinar de Saúde. A partir da solicitação da liderança indígena por informações acerca de um gerador de energia elétrica (usado para bombear a água do poço que é utilizada para higiene pessoal) levado pela equipe para reparos há mais de um mês (período em que a comunidade permanecia sem acesso há um bem essencial como a água). Percebemos que os interlocutores M'bya Guarani não se mostraram satisfeitos com as informações parciais que lhes foram dadas, transparecendo que essas informações não lhes permitiram construir uma compreensão clara sobre o modo como se dão os processos dentro do Estado. A equipe afirma que tudo é explicado, mas que a comunidade não entende e durante a conversa vem à tona inúmeras vezes a percepção de que “eles não são como a gente, eles são diferentes”. Essa percepção da diferença entretanto não aprece como um dado positivo, mas precede afirmações que depreciam o indígena ou trazem por ele alguma concepção estereotipada.

Isso aparece na afirmação repetida de que “eles não conseguem entender o

11 As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde.

12 É o profissional responsável pelas ações de saneamento básico e ambiental que contemplam sistemas de abastecimento de água, sistemas de esgotamento sanitário e melhorias sanitárias domiciliares. Essas atividades compõem a ação de Saneamento em Áreas Indígenas, situada dentro da ação de Saneamento em Áreas Especiais realizada pela FUNASA.

que é dito”, ou que “eles não sabem se cuidar ou cuidar das coisas que são dadas a eles” .Em meio a essa concepção, a questão da tutela aparece inúmeras vezes, de modo mais ou menos explícito, culminando com a afirmação de que “a gente faz tudo pra eles, marca consulta, vem buscar no dia, leva, como se fossem crianças” (*sic*). Essas posições de caráter claramente etnocêntrico, sequer consideram a possibilidade de haver falhas por parte da equipe na construção dessas relações e parece desconhecer completamente o fato de se tratar de uma relação interétnica, onde grupos com interpretações e formas muito distintas de agir no mundo estão em contato. Visto sob o ponto fixo do olhar do não-indígena, tudo no indígena é negativado e exemplo de fracasso e impossibilidade.

Ao ser questionada a respeito, a enfermeira informa que ela e a técnica estão a 6 meses na saúde indígena e não recebeu nenhum tipo de capacitação específica para o trabalho na Terra Indígena. Ela justifica que foi selecionada por análise de currículo e que já trabalhava com atenção primária na cidade e como os procedimentos são os mesmos não haveria necessidade de experiência anterior na saúde indígena. Essa fala elucida a forma como os técnicos pensam os procedimentos e intervenções em saúde a partir do paradigma biomédico, ações padronizadas e repetidas independentemente do contexto em que a prática é desenvolvida.

A equipe demonstra também desconhecer a situação da Terra Indígena Tekoa Karaguatá, que ainda não está demarcada. Justifica-se dizendo que a questão da terra é de competência da FUNAI e que a saúde não tem relação com isso, e que o fato de a terra ser demarcada ou não influencia em sua atuação. Mais uma vez vemos aqui a concepção supracitada, caracterizando uma intervenção em saúde fechada em si mesma e desatenta às condições de vida da coletividade e aos diversos fatores determinantes nos processos de saúde e adoecimento. Constatamos também a falta de diálogo e ações conjuntas entre os setores do Estado que respondem pelas diferentes políticas públicas a que a coletividade tem acesso.

O Paciente

Às vezes a gente anda muito, sai de longe, paga caro um carro e quando chega no posto de saúde é atendido por um médico e mesa!

Mas o que é um médico de mesa?

Médico de mesa... Quando a gente chega ele tá atrás da mesa e continua, olhando pra baixo, aí ele nem olha direito pra gente, dá uma receita de remédio e manda embora. (Jandira)¹³

Quem sabe hoje o que é anamnese? O sujeito vai à consulta e o médico nem sequer pergunta qual a sua ocupação, não o escuta nem o ausculta mais. A doença humilha, deprime e angustia e o médico não consegue ter paciência de lidar com estas questões ou, ainda, ter uma atitude de acolhimento, que surte melhor efeito que o remédio na maioria das vezes. (Renata Vilhena Silva)¹⁴

Escolhemos aqui nos aproximar da lógica preponderante no paradigma biomédico a partir de um olhar para o objeto de sua intervenção, o paciente, e para como tem se constituído as relações entre este e os profissionais do campo da saúde¹⁵. Aproximar-nos dessa relação implica entender um pouco melhor o modo como ela vem se construindo em diferentes momentos históricos a partir da institucionalização da medicina acadêmico-científica ocidental. Adotamos esse marco como o da ascensão da etnomedicina biomédica como saber hegemônico no campo das artes e ofícios de curar.

A etnomedicina biomédica tem por fundamento o paradigma biomédico, que entendemos aqui como um sistema cultural de conhecimento baseado na observação empírica que tem conseguido desenvolver terapias eficazes frente a certos estados biológicos. Seu enfoque é a biologia humana, a doença vista como um processo biológico universal e a visão do corpo basicamente mecânica e cartesiana (Langdon, 1999). Esse sistema médico, oficial no contexto da sociedade nacional, legitimado e reconhecido como valor único e absoluto, confere aos demais saberes e práticas de cuidado o lugar de técnicas primitivas, “sobrevivências folclóricas de uma época passada, de regiões rurais e comunidades tradicionais

¹³ Moradora da comunidade quilombola de Sete Barras, município de Adrianópolis, Vale do Ribeira paranaense.

¹⁴ Advogada, especialista em Direito à Saúde, em notícia intitulada “A relação médico paciente reflete crise ética atual”, disponível em www.segs.com.br – acesso em 21/10/2011.

¹⁵ O termo profissionais/técnicos da saúde se destina a nomear uma gama de profissionais que atuam nesse campo nos dias de hoje e que compõe as aclamadas equipes multidisciplinares. Ao longo desse texto, usaremos também outros termos, como médico, profissionais de cura, entre outros, sempre buscando desenvolver a complexa tarefa de nomear os atores do campo da saúde que, num dado contexto (territorial, histórico, étnico) tem legitimidade para responder pelas ações no processo saúde/doença.

isoladas e atrasadas, ligando o desaparecimento dessas práticas terapêuticas ao desenvolvimento da urbanização” (Loyola, 1984, p.3).

É necessário ressaltar que o principal compromisso aqui não é (re)construir uma sucessão de fatos, mas destacar o caráter de espaço social e historicamente constituído da etnomedicina biomédica, lendo-a com a clareza necessária para percebê-la não como parâmetro universal e absoluto, mas como fruto de um determinado contexto histórico, social, territorial e étnico. Com a clareza desse compromisso nos permitimos fazer amplos saltos cronológicos e territoriais.

Moulin (1985) apresenta as primeiras descobertas bacteriológicas acontecidas entre o fim do século XIX e o início do século XX como o marco de uma grande ruptura no campo da medicina, a partir da qual os médicos não mais partilham o universo dos doentes e sua fenomenologia. "Eles iam, a partir de então, estudar seres fora do alcance do profano, os germes, as causas específicas das doenças, e adquirir um melhor estatuto, ligado ao prestígio da nova ciência"(1985, p. 94) Abre-se então o fosso que separa o mundo médico científico do mundo de práticas - como as sangrias, ventosas, purgantes, entre outras -até então amplamente utilizadas pelos médicos (e outros curadores) e que agora passam a fazer parte do rol de "práticas populares". Instaurada essa dualidade fundamental, efetua-se a "revolução científica" da medicina e inicia-se o trajeto da "engenharia biológica" – entendida aqui como "a utilização de fenômenos biológicos para obter novos bens de consumo, médicos ou não" (1985, p. 97) – hoje elevada a níveis exponenciais.

A fala de um médico em panfleto intitulado *Bacteriologista contra médico* (Moulin,1985) escrito em resposta às mudanças observadas a partir da abertura dos primeiros laboratórios de bacteriologia nas universidades e hospitais alemães, permite-nos visualizar com clareza a ruptura de que tratamos anteriormente:

Não hesito, mesmo hoje, quando a febre da batalha passou, em afirmar que nada atingiu a posição da profissão médica como o zelo imoderado dos bacteriologistas, apressados em transferir as decisões do leito do doente pra o laboratório e em determinar a etiologia e o tratamento segundo um esquema artificial, em lugar de dar todo o seu valor às exigências das condições reais que só podem ser apreciadas por aqueles que estão presentes junto do leito do doente.

Falamos portanto de uma mudança epistemológica profunda, uma mudança nas formas de ver e conceber o adoecimento, suas causas, as formas de identificá-

las e tratá-las. Podemos inclusive pensar que é a partir desse deslocamento de "junto do leito do doente" para o laboratório é que surge o profissional médico tal qual o conhecemos hoje. A partir daí, o termo "médico" passa a designar uma categoria específica, que tem um campo de conhecimento e práticas igualmente específicos. O médico não é mais aquele que vê, que manuseia, que se vale de seus sentidos e percepções, em conjunto com os sentidos e percepções do doente para entender seu processo de adoecimento. Assim operando-se um distanciamento do mundo do médico do mundo do doente, essas percepções ganham o estatuto de "crenças populares".

Constituem-se então dois sistemas simbólicos distintos, médico e doente não falam mais a mesma língua, não compartilham mais do mesmo modo de nomear o estado de saúde e o estado de doença. A impossibilidade de comunicação daí decorrente passa a equivaler a uma impossibilidade atrelada à condição de sofrimento do doente, então paciente (aquele que padece), impossibilidade essa que o médico habilmente deve suplantar para levar a cabo a cura. A um dos sistemas – o (bio)médico - cabe agora interpretar e traduzir o outro – o "popular" - em seus próprios termos.

Sobre o processo de institucionalização da medicina acadêmica no Brasil, ocorrido ao longo do século XIX, Ferreira (2003, p.102) afirma que

para seus idealizadores, as faculdades de medicina deveriam assumir a árdua tarefa de cancelar os antigos padrões herdados do período colonial, promovendo uma verdadeira aculturação da medicina local de acordo com as novas tendências da medicina europeia, sobretudo no campo da clínica e da higiene.

Conforme Ferreira ainda esclarece, tal tarefa não foi levada a cabo sem dificuldades, já que houve grande resistência por parte dos demais terapeutas e curadores frente à tentativa de monopólio das artes de curar por parte dos representantes do saber médico-científico.

O cenário que vemos hoje leva-nos a crer num substancial sucesso desse processo de "aculturação da medicina local". Não desconsideramos aqui a forte presença dos xamãs, curandeiros e terapeutas "populares" e não ignoramos a coexistência e as relações complexas que se estabelecem entre os diversos sistemas médicos. Entretanto percebemos que nas disputas que operam no campo da saúde temos hoje um cenário em que o monopólio da medicina acadêmico-científica e de seus representantes – sejam eles o médico ou os demais

profissionais, nesse sentido denominados paramédicos - se faz fortemente presente. È desses profissionais a legitimidade para interpretar e agir sobre os processos de saúde e adoecimento, sobretudo nas instituições – estatais ou privadas - que prestam assistência a saúde. Em igual medida, a formação desses profissionais se faz tendo o paradigma biomédico como princípio a partir do qual devem construir suas ações.

Acerca da formação médica no contexto atual, Pereira & Almeida (2005) observam que

não apenas os excessivos conteúdos de natureza anátomo-fisiológica como os rituais acadêmicos cotidianos conformam o futuro profissional em saúde, adequando-o para esquadrihar, seccionar, observar pontualmente e moldar indivíduos a serem medicalizados. Ou seja, promovem, em conjunto, a separação do olhar técnico-especializado, com sua ação discursiva sobre a doença, das demais dimensões da experiência humana. Concomitantemente, contribuem para a construção dos corpos médicos disciplinados. O saber médico acaba por ser concebido e seu discurso enunciado como independentes do corpo que os produzem, superiores ao restante da vivência humana, bem como preparados para se dirigirem a órgãos e tecidos em si, absolutizados e isolados de um sistema mais amplo, de uma história pessoal, de uma cultura e de relações político-sociais.

Retomamos então as falas referidas no início desse tópico mesmo com a clareza de que ambas merecem análise mais ampla e cuidadosa. Escolhemos trazê-las para abrir essas reflexões justamente pelo fato de falas vindas de contextos tão distanciados deslocarem nosso olhar para reflexões tão próximas: a questão de quem é o paciente e de que lugar ocupa dentro de um modo específico de pensar e agir em saúde que se pretende universal e exerce sua hegemonia dentro da sociedade nacional.

O primeiro relato foi colhido no contexto de trabalho de campo¹⁶ realizado por uma das autoras desse artigo junto a comunidade quilombola de Sete Barras, localizada no município de Adrianópolis, Vale do Ribeira paranaense. Numa conversa informal acerca da situação de saúde da comunidade deu-se esse diálogo, que em muito contribui para nossa reflexão acerca do lugar do paciente e do médico numa relação que se estabelece no contexto da etnomedicina biomédica. A prática corrente no contexto de atendimentos não apenas do profissional médico, mas de

16 Realizado entre abril de 2009 e dezembro de 2010 no contexto do projeto “Agroecologia para o desenvolvimento de comunidades remanescentes de quilombos de Adrianópolis/PR”, desenvolvido pela associação Instituto Agroecológico a partir de edital realizado pela Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI) em seu programa “Universidade Sem Fronteiras”.

toda a gama de técnicos que compõe a especializada rede de assistência à saúde de que dispomos atualmente é exemplarmente explicitada na construção da categoria “médico de mesa” feita por Jandira. Com essa afirmação ela nos mostra, com a clareza de uma observação minuciosa, os atos e posturas do profissional médico na relação. O corpo que não se move mantendo-se atrás da mesa, os olhos que não se levantam ao encontro dos do outro e os ouvidos que não escutam nos dizem de uma ausência, de uma relação que não se estabelece. A ação que advém dessa não-relação é a entrega de uma receita de medicamento na promessa ansiosa do alívio de dores não comunicadas.

O segundo relato compõe uma notícia intitulada “A relação médico paciente reflete crise ética atual”, veiculada no contexto do “dia do médico”¹⁷, e foi localizada em busca recente por notícias no campo da saúde. Os questionamentos trazidos pela autora, uma advogada especialista em direito à saúde, nos coloca mais uma vez frente à impossibilidade da etnomedicina biomédica diante da complexidade do processo saúde/adoecimento, processo esse que perpassa o campo do biológico, do fisicamente localizável, mas que não se restringe a ele.

É pois sobre um corpo objetificado, sobre um amontoado de tecidos e órgãos, sobre um ser apartado de sua experiência, que os profissionais de saúde fazem sua intervenção. Tal grau de reificação biologicista só pode ser conseguida quando, além de extirpar o corpo (físico, biológico) de tudo mais que compõe a experiência, o futuro profissional aprende também a suprimir a existência de algo além da doença ou o dado anátomo-fisiológico de que necessita. Nesse sentido temos um aprendizado da negação e da invisibilização do ser humano e de toda a complexidade de sua experiência de estar no mundo. Esse ser negado e invisível, “escondido” atrás de seus padrões biológicos, é o paciente.

O paciente é apenas um fato exterior em relação aquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses. Claro, é preciso conhecer <<a estrutura interna de nossos corpos>>; mas isso para melhor subtraí-la e libertar, sob o olhar do médico, <<a natureza e a combinação dos sintomas, das crises e outras circunstâncias que acompanham doenças>>. Não é o patológico que funciona, com relação à vida, como uma contranatureza, mas o doente com relação à própria doença. Foucault (1977, p. 7)

17 O “dia do médico” é comemorado no dia 18 de outubro.

O “índio”

Aqui a gente tem todo dia uma luta realmente pra gente estar dentro da universidade, porque eles olham a gente como se a gente fosse um E.T. realmente. Eles desconhecem a gente porque eles estudam os indígenas de 500 anos atrás, aqueles indígenas que eles veem. (Daniel Kuaray)¹⁸

Eram pardos, todos nus, sem coisa alguma que lhes cobrisse suas vergonhas. Nas mãos traziam arcos com suas setas. Vinham todos rijos sobre o batel; e Nicolau Coelho lhes fez sinal que pousassem os arcos. E eles os pousaram. (...) A feição deles é serem pardos, maneira de avermelhados, de bons rostos e bons narizes, bem-feitos. Andam nus, sem nenhuma cobertura. Nem estimam de cobrir ou de mostrar suas vergonhas; e nisso têm tanta inocência como em mostrar o rosto. (Pero Vaz de Caminha)¹⁹

Refletindo acerca do “índio” propomos uma aproximação ao imaginário de que o brasileiro dispõe, e que de fato acessa, para se relacionar com os povos presentes nesse território. Observando a carta de Pero Vaz de Caminha anunciando ao rei de Portugal a chegada à “vossa terra nova”, encontramos uma surpreendente descrição dos habitantes do local. Em termos de sua aparência, os vemos pardo (avermelhados), nus, munidos de arcos e flechas, de “bons rostos” e “bons narizes”, “bem-feitos”. Em termos de uma descrição de “comportamentos”, Caminha sugere uma certa obediência e cordialidade - diante do pronto atendimento ao pedido de pousar os arcos - e a inocência, expressa na indiferença em relação a cobrir ou mostrar suas “vergonhas”. Referimo-nos a essa descrição de Caminha como surpreendente por percebermos nela correspondência quase que total em relação ao modo como os descendentes diretos desses habitantes são muitas vezes representados - e principalmente como espera-se que se apresentem – ainda nos dias atuais, 500 anos depois desse primeiro contato.

Esse imaginário, que Lima (2005) nomeia *arquivo colonial*, cristaliza a representação no índio do período colonial e “não cessa de intermediar nossa percepção dos povos indígenas que habitavam (e ainda habitam!) o que hoje é o território do Brasil.” (2005, p. 237) O “índio” aparece então como esse ser genérico, “universal”, que esconde sob sua face colonial uma diversidade de povos com seus

18 Estudante indígena M'bya Guarani da Universidade Federal do Paraná e membro da comissão *Guarani N'emonguetá, comunicação na mesa redonda* “Políticas Afirmativas de Educação Superior Indígena: Conquistas e Desafios”, durante o III Encontro de Educação Superior Indígena no Paraná, setembro de 2011

19 “Carta a El-Rey D. Manuel”, disponível em <objdigital.bn.br/Acervo_Digital/livros_eletronicos/carta.pdf>, acesso em 30/10/2011

costumes, línguas e visões de mundo próprias.

Atualmente inúmeras são as identificações atreladas ao signo "índio": um reminiscente de um passado a ser superado em nome do progresso, uma criança indolente a ser tutelada, um exemplo do bem e da pureza do paraíso perdido, um ser "naturalmente ecológico", entre outras. Essas leituras folclorizadas (e folclorizantes) dos povos indígenas, sejam contraditórias ou não; sejam mais próximas ou mais distantes dos modos de pensar e agir das diferentes coletividades indígenas, têm em comum o fato de serem, no mais das vezes, representações e caracterizações impostas sobre esses povos pela sociedade nacional, pelos não-indígenas.

Ricardo (2001) ao afirmar que "passados 500 anos, sequer sabemos seus nomes", atenta-nos para o fato de que boa parte das denominações que utilizamos hoje para identificar os povos indígenas no Brasil não são autodenominações. Como exemplos extremos desse processo de identificação imposto, o autor cita o caso da coletividade indígena conhecida como *Kayapó*, esclarecendo que esse nome (que significa *semelhante a macaco*) foi-lhes dado pejorativamente por povos de língua Tupi. Isso significa dizer que em geral, quando não se relaciona com esses povos através do filtro de uma identidade genérica que anula e invisibiliza ("índio"), a sociedade nacional os aborda a partir de denominações (que operam identificações) muitas vezes estranhas a eles. Ao nomear os povos indígenas e buscar delimitar seu no jogo que se opera nas situações de contato interétnico, a sociedade nacional estabelece uma relação assimétrica, visto que acontece a partir dos termos dados por apenas uma das partes.

Arruda (2001, p.48) afirma-nos que "na medida em que não considera as definições indígenas e não valida *suas* perspectivas histórico-culturais, essa identificação também os constitui como objetos, negando-lhes a legitimidade como sujeitos." Nesse contexto, o mesmo autor ainda atenta-nos para o fato de que os povos indígenas, não se enquadrando nesse modelo idealizado, são então considerados "aculturados", "descaracterizados", "não-legítimos" e, por conseguinte, não "merecedores" do "esforço que se faz por eles". Esse jogo perverso chega por vezes ao extremo de leituras que atrelam aos povos indígenas o violento status de "proveitadores" e "oportunistas". Nesse sentido não nos interessa identificar aqui se o lugar reservado ao índio é o do "aliado manso" ou do "inimigo bravo" (referindo-nos a um binômio colonial que ainda assombra); ou ainda (num binômio certamente

mais atual) do "guardião ecológico" ou o do "empecilho ao desenvolvimento nacional"; interessa-nos sim o fato (comum a todas as representações aqui citadas) de que a sociedade nacional segue se relacionando com os povos indígenas a partir de suas próprias projeções, e, nesse sentido, segue objetificando-os. Como nos diz Oliveira (2001, p. 251), as dificuldades nas relações sociais que ocorrem no interior de sistemas interétnicos "engendram representações preconceituosas e profundamente discriminadoras do Outro – particularmente quando esse Outro mais se distancia dos parâmetros culturais do pólo dominante da sociedade global".

Retomamos aqui a fala de Daniel Kuaray que nos diz do desconhecimento da sociedade nacional em relação aos povos indígenas. Esse relato destaca, ao nosso ver, dois movimentos (intimamente relacionados) principais que operam esse desconhecimento. O primeiro se refere à invisibilidade própria das relações em que se faz o "estudo do outro" constituindo-se esse outro como objeto de pesquisa. Esse tipo de investigação parece-nos produzir o que Lima (1995, p.4) chama de um "coleccionismo de curiosidades", que é mais capaz de produzir estereotípias do que de contribuir para o esperado conhecimento dos povos indígenas. O segundo, refere-se ao foco no estudo dos "índios de 500 anos atrás", o que nos permite uma relação entre o relato de Daniel e a já referida representação do "arquivo colonial" (claramente descrita na Carta de Caminha) que Lima (2005) identifica nas relações entre sociedade nacional e povos indígenas.

Sobre a convivência entre povos indígenas e sociedade nacional, Krenak (2001, p.73-74) afirma-nos:

nós experimentamos atritos nessa convivência que vão desde a aceitação da negociação permanente dos termos dessa convivência até os ciclos de violência e relações que resultam em tomada de territórios, em genocídio e destruição. (...) Aí, o cansaço das relações de intolerância e de conflito resultaram numa espécie de acomodação. Nesses locais (...) não abrem verdadeiramente uma oportunidade à participação dessas pequenas sociedades nas decisões, na orientação das ações de saúde, nas decisões do que seja a educação indígena de fato, nas decisões do que seja o gerenciamento do seu território. Não se permite que essas pequenas sociedades possam, com diferenças entre si e diferenciando-se do "Brasil" que é o geral, dizer o que querem para si mesmas.

Olhar os povos indígenas através do filtro do "índio", limita profundamente essa relação, essa convivência que se estabelece no contato interétnico. Isso porque identificá-los a esse genérico é não apenas negar suas especificidades e diferenças frente à sociedade nacional, como também negativá-las. Ora, admitir que um povo ou coletividade manteve-se cristalizado e alheio a transformações num

período que nos remete a 500 anos, e que nos refere interações tão complexas, parece-nos mesmo um dado do “cansaço” que nos afirmou Krenak, “cansaço” conveniente, que impede qualquer esforço no sentido do encontro e conhecimento do outro. Preocupa-nos também esclarecer que, admitir esse “índio” parado no tempo, opera uma violência tamanha no que diz respeito à percepção da capacidade desse povos de lidarem e lutarem com as situações que se apresentam a eles desde a chegada dessa “visita inesperada”²⁰. É ignorar as estratégias e esforços que esses povos têm desenvolvido no sentido de compreender o mundo não indígena que os cerca e com o qual são obrigados a se relacionar. Tal visão etnocêntrica não pode mesmo admitir que esses povos estejam aptos a decidir sobre questões referentes a gestão de seus territórios, educação e saúde.

Sobre as dificuldades inerentes a esse campo de diálogo interétnico, Oliveira (2000) atenta-nos para o problema ético que surge no momento em que a coletividade indígena encontra problemas para interpelar os representantes da sociedade nacional (citando no texto como exemplo o órgão indigenista FUNAI).

Segundo o autor (2000, p.225),

tal interpelação é um “ato de fala” dirigido pelo componente dominado da relação interétnica ao componente dominante – esse alienígena, culturalmente eurocêntrico e historicamente colonizador – que não pode cobrar do primeiro (do indígena) a obediência aos pré-requisitos de *inteligibilidade, verdade, veracidade e retidão* – pressupostos da ética discursiva – que se espera estejam presentes no exercício pleno do diálogo interétnico. Essa interpelação feita pelo índio ao não-índio dominador (que não é apenas representante do pólo politicamente dominante, mas também como alguém que *domina a linguagem* do discurso) torna muitas vezes difícil a inteligibilidade da mesma interpelação e, com ela, sua natural pretensão de validade, uma vez que falta aquela condição básica para o proferimento de um ato de fala que seja “verdadeiro” (isto é, aceito como verdadeiro pelo ouvinte alienígena); que tenha “veracidade”, sendo portanto aceito como força ilocucionária (i.e., de convicção) pelo mesmo ouvinte; e que manifeste “retidão” ou, em outras palavras, que cumpra as normas da comunidade de argumentação eticamente constituída, normas estas estabelecidas (e institucionalizadas) nos termos da racionalidade vigente entre os não-índios, i.e. no pólo dominante da relação interétnica.

Nesse sentido, afirmamos que para o estabelecimento de relações interétnicas pautadas num diálogo intercultural que possa superar assimetrias, faz-se necessária a clareza do fato de que se trata, como ainda nos esclarece o mesmo autor da articulação prática de horizontes semânticos antagônicos, o que se dá não apenas por estarem condicionados por interesses diferentes mas também pela

²⁰ “Uma visita inesperada” é o título da comunicação feita por Aílton Krenak e cujo trecho citamos aqui.

distância que marca a diferença entre culturas radicalmente distintas. Essa clareza da diferença, uma diferença afirmada e afirmativa, não nos parece possível quando o olhar do não-indígena se volta para o “índio” do arquivo colonial e não para os povos indígenas que dividem com ele, no momento presente, o desafio de viver num mesmo território.

O “Paciente-índio”

Qualquer profissional, seja na área da saúde ou da educação, um profissional que é preparado por fora, em que você só estuda teorias, e quando chega na prática você encontra pessoas com sistemas diferentes, pessoas que se adoecem por doenças espirituais e isso afeta o corpo, às vezes a pessoa não sabe como lidar. Se for pra trabalhar especificamente dentro de uma comunidade indígena eu acho que deveria ter todo um preparo antes, e hoje não tem. O que acontece é que entra um médico, às vezes inexperiente ou às vezes bem experiente com o trabalho fora e vai lá consultar uma pessoa que tem uma doença espiritual por exemplo... “Essa pessoa é louca da cabeça, essa pessoa não tem nada no corpo”. Tem vários que pensam assim... A pessoa diz que está com dor no corpo e ele diz “ah, isso é só dor muscular”, aí a pessoa diz “mas faz tempo que eu to com dor” aí às vezes ele vai lá e receita um remédio pro corpo, qualquer remédio assim pra dor... (Daniel Kuaray)²¹

Nas atividades de prevenção e cura é frequente ouvir os profissionais em saúde manifestando preconceitos comuns sobre os índios, caracterizando-os ou condenando-os como sendo sujos, 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 influência o êxito de seu trabalho. E. Jean Langdon (2001, p. 160)

No momento em que as invisibilidades geradas pela olhar o outro como “paciente” (o objeto da intervenção da etnomedicina biomédica) se somam às estereotípias e cristalizações oriundas da visão do outro como “índio” (no campo do contato interétnico), temos uma sobreposição que opera uma dupla negação, e é nessa dupla negação que se constitui o “paciente-índio”.

Esse ser obscurecido por suas funções biológicas que sequer sabe nomeá-las e tratá-las corretamente. Esse ser supersticioso, que acredita em explicações sobrenaturais para lidar com questões físicas. Esse ser que, faz tanto caso de uma simples dor muscular. Esse ser que não tem noções básicas de higiene e cuidados, que resiste e desobedece ao tratamento. Esse que é uma criança inconstante e desatenta aos horários de suas próprias consultas e que não sabe cuidar e zelar pelo que lhe é dado. Esse que não entende o que lhe é dito e explicado inúmeras vezes. Esse é o “paciente-índio”. Entretanto, longe de ter uma existência própria, ele só se constitui como tal a partir dos olhares “cansados” e etnocentros do profissional de saúde não-indígena.

Lima (1995, p.5) reflete acerca do processo de colonização do território hoje

21 Em entrevista concedida às autoras do presente artigo.

chamado Brasil opondo à noção de descoberta a de conquista e nos levando à reflexão de que ter clareza de que esse território foi conquistado nos permite entender esse como um processo social (e não natural, como o processo a que nos remete a idéia de descoberta). Referir-nos a esse processo social de conquista nos permite o contato com a noção de que conquista implica violência física e simbólica. Perceber a natureza dupla da violência envolvida na conquista (física e simbólica) é de extrema importância para perceber as relações que se deram (e ainda se dão) com os povos originários. Isso porque ela nos leva a considerar um segundo ponto colocado por Lima (1987) a questão da sobrevivência não apenas física, mas também étnica desses povos. Por sobrevivência étnica entendemos aqui o direito de sobreviver não apenas como corpo físico, agregado de funções biológicas. Mas também sobreviver numa afirmação da diferença, numa afirmação de uma cosmovisão própria. Nesse sentido, entendemos que, olhando o “paciente-índio”, a etnomedicina biomédica age firmando essa dissociação entre sobrevivência física e sobrevivência étnica, afirmando a supremacia da primeira sobre a segunda. E, em última instância, o que queremos afirmar aqui é que agir a partir dessa cisão não nos tem parecido ser o melhor caminho no sentido de uma atenção adequada às necessidades e complexidades colocados no campo da assistência á saúde indígena.

Considerações finais

Finalizamos esse percurso apontando para a necessidade colocada por Oliveira (2000, p.228) de o campo indigenista (aqui especificamente no que diz respeito às ações no campo da política de saúde) assumir o diálogo interétnico e intercultural como fator decisivo na promoção da cidadania indígena.

Nesse sentido, Langdon (2001, p.160) afirma que

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 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 tem 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 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 cultura de saúde. Não são superstições ou fragmentos de um pensamento menos evoluído.

Ainda de acordo com Langdon (2001, p.160) isso nos parece impossível sem que de fato os profissionais de saúde acessem o conceito de relativismo e se dediquem ao exercício de relativizar o seu próprio modo de entender e agir em saúde, a nossa etnomedicina biomédica. Esse exercício passa pela percepção de que nenhuma cosmovisão é absolutamente inquestionável. Isso significa dizer que tudo aquilo que um grupo étnico considera natural, suas formas de pensar e agir no mundo, seus valores, suas formas de se relacionar entre si e com outros— e onde estão também as concepções e as práticas relacionadas aos processos de saúde e adoecimento - pode ser (e em geral o é) radicalmente estranho a outro grupo étnico. Isso nos leva a perceber que o conceito de relativismo, apesar de básico no campo da antropologia, ainda está distante da formação dos técnicos do campo da saúde. Esse processo de desnaturalização do olhar é um movimento indispensável na desconstituição do etnocentrismo e assimetria que pauta as ações e relações, não apenas no campo da saúde indígena, mas no campo da saúde em geral. Isso significa dizer que é necessário desnaturalizar o “paciente”, o “índio” e o “paciente-índio” e buscar não novas formas de nomeá-los, mas novos protocolos que possam constituir essas relações no sentido do diálogo intercultural simétrico e da ruptura com o etnocentrismo e preconceitos de qualquer espécie.

Para finalizar, é necessário deixar claro que à medida que as a trajetória desse trabalho se delimitava novos questionamentos surgiram, e com eles percepção das limitações aqui postas. Nesse sentido afirmamos a importância de outras reflexões que venham se somar a essa, inclusive sentido de uma revisão bibliográfica combinada a métodos etnográficos que nos possibilitem um conhecimento mais aprofundado aos modos de pensar e agir nos processos de saúde e adoecimento dos Mbya Guarani no Litoral do Paraná e um olhar para como essas coletividades vêm se relacionando e identificando a etnomedicina biomédica e seus representantes.

Portanto deixamos esse estudo com novas perguntas que se descortinaram ao longo desse processo de busca e escrita: o que significa estar doente e estar saudável para essas coletividades? Como são formulados esses conceitos e que atores tem legitimidade para participar dessa formulação? Quais são os itinerários feitos quando da percepção de estados de adoecimento?

Compartilhamos aqui essas perguntas na busca de que elas possam ecoar nas práticas e reflexões de outros atores, sobretudo aqueles que se deparam diariamente com a complexa tarefa de efetivar a política de saúde indígena e de atuar nesse espaço de contato interétnico e intercultural.

Referências

ARAÚJO, A.V. et al. *Povos indígenas e a lei dos "brancos": o direito à diferença.*

Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade;LACED/Museu Nacional, 2006.

ARRUDA, R.S.V. *Imagens do índio: signos da intolerância*. In:GRUPIONI, L.D.B.; VIDAL, L.B. & FISCHMANN, R.(org.) Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: EdUSP, 2001. p.43-62.

FERREIRA, L.O. *Medicina impopular:ciência médica e medicina popular nas páginas dos periódicos (1830-1840)*. In:CHALHOUB, S. et al.(org.) Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social. Campinas:Editora Unicamp, 2003.

FOLLÉR, M. *Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde*. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro:Contra Capa Livraria/Associação Brasileira de Antropologia, 2004.p.129-147.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREITAS, A.E.C. *Estudos Complementares ao EIA/RIMA referentes ao componente indígena do Licenciamento Ambiental do Sistema de Reforço Eletroenergético à Ilha de Santa Catarina e Litoral Catarinense – Terra Indígena Guarani Mbiguaçu*. Relatório Complementar. Porto Alegre: NEOCORP, 2007.

FREITAS, A.E.C. e SANTOS, F.R. dos. *II Encontro dos Kujà: Fortalecendo a medicina tradicional Kanhgàg*. Relatório. Porto Alegre: VIGISUS II, 2008.

KRENAK, A. *Uma visita inesperada*. In:GRUPIONI, L.D.B.; VIDAL, L.B. & FISCHMANN, R.(org.)Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: EdUSP, 2001. p. 71-78.

LADEIRA, M.I. e MATTA, P. *Terras Guarani no Litoral – as matas que foram reveladas aos nossos antigos avós*. São Paulo: CTI, 2004.

LANGDON, E.J. *Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século*. In: CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIENCIAS SOCIALES Y MEDICINA, V, 1999, Isla de Margarita. Disponível em <<http://www.antropologia.com.br> > (04/11/10).

----- *A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes indígenas?* In: GRUPIONI, L.D.B.;

VIDAL, L.B. & FISCHMANN, R.(org.) Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: EdUSP, 2001. p. 157-166.

LIMA, A. C. de S. *Sobre indigenismo, autoritarismo e nacionalidade: considerações sobre a constituição do discurso e da prática da proteção fraternal no Brasil*. In: OLIVEIRA FILHO, J.P. de, ed. *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro/São Paulo; EdUFRJ/Marco Zero, 1987.

----- *Um olhar sobre a presença das populações nativas na invenção do Brasil*. In: SILVA, A. L. da & GRUPIONI, L.D.B. *A Temática Indígena na Escola: novos subsídios para professores de 1º e 2º graus*. Brasília, MEC/MARI/UNESCO, 1995. p.407-419.

----- *Os povos indígenas na invenção do Brasil: na luta pela construção do respeito à pluralidade*. In: Carlos Lessa. (Org.) *Enciclopédia da brasilidade: auto-estima em verde amarelo*. 1a ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra Produção Editorial, 2005, v. , p. 218-231.

LOYOLA, M.A. *Médicos e curandeiros*. São Paulo: DIFEL Editorial, 1984.

MOULIN, A.M. *Os frutos da ciência*. In: GOFF, J. Le, et al. *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985. p.91-105.

OLIVEIRA, R.C. de. *O índio e o mundo dos brancos: uma interpretação sociológica da situação dos Tukúna*. São Paulo: Pioneira, 1972.

----- *Ação indigenista, eticidade e o diálogo interétnico*. *Estudos Avançados*, nº 40, v.14, São Paulo, set./dez.2000.p.213-230.

----- *Sobre o diálogo intolerante*. In: GRUPIONI, L.D.B.; VIDAL, L.B. & FISCHMANN, R.(org.) *Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade*. São Paulo: EdUSP, 2001. p. 245-252.

PARANÁ. *Mapa de Terras Indígenas*. Curitiba: ITCG, 2008.

PEREIRA, O. P.; ALMEIDA, T. M. C. *A formação médica segundo uma pedagogia de resistência*. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, nº16, v.9, set.2004/fev.2005.p.69-79.

RICARDO, C.A. *Passados 500 anos, sequer sabemos seus nomes*. In: GRUPIONI, L.D.B.; VIDAL, L.B. & FISCHMANN, R.(org.) *Povos indígenas e tolerância:*

construindo práticas de respeito e solidariedade. São Paulo: EdUSP, 2001. p. 63-70.

VILLARES, L.F. *Direito e povos indígenas*. Curitiba: Juruá Editora, 2009.