

*MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA
EM CONTEXTOS*



ANAIS DA I REUNIÃO DE MONITORAMENTO

*Área de Medicina Tradicional Indígena
Projeto Vigisus II / Funasa*

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EM CONTEXTOS

ANAIS DA I REUNIÃO DE MONITORAMENTO



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Fundação Nacional de Saúde
Projeto Vigisus II – Saúde Indígena
Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde
Área de Medicina Tradicional Indígena

MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EM CONTEXTOS

ANAIS DA I REUNIÃO DE MONITORAMENTO

Brasília – DF
2007

© 2007 Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª Edição – 2007 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

Projeto Vigisus II – Unidade de Gerência de Projetos

Área de Medicina Tradicional Indígena

SAS Quadra 4, Bloco N, Ed. OAB, Sala 804

CEP: 70438-900, Brasília – DF

Telefone: (61) 3314.6655

Home page: www.funasa.gov.br

Comissão organizadora do evento

Luciane Ouriques Ferreira

Patricia Silva Osório

Stella Ribeiro da Matta-Machado

Rayane Monteiro Meneses

Organizadoras dos Anais

Luciane Ouriques Ferreira

Patricia Silva Osório

Degração

Stella Ribeiro da Matta-Machado

Patricia Silva Osório

Rayane Monteiro Meneses

Imagem da Capa

Stella Ribeiro da Matta-Machado

Projeto Gráfico

Stella Ribeiro da Matta-Machado

Luciane Ouriques Ferreira

Diagramação

Stella Ribeiro da Matta Machado

Financiadores

Projeto Vigisus II/Funasa

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Projeto Vigisus II. Coordenação Técnica. Área de Medicina Tradicional Indígena.

Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento. Luciane Ouriques Ferreira e Patricia Silva Osório (org.). Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

1. Medicina Tradicional Indígena. 2. Sistemas de Parto. 3. Plantas Medicinais. 4. Articulação de Sistemas Médicos. 5. Xamanismo. 6. Intermedialidade. 7. Propriedade Intelectual. 8. Proteção à sociodiversidade. 9. Políticas Públicas.

Impresso no Brasil

Sobre os Palestrantes

Ângelo Giovani Rodrigues: Doutor em Fitotecnia (Produção Vegetal) pela Universidade Federal de Viçosa. Participou do Grupo de Trabalho Interministerial para a Formulação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Assessor Técnico da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica, Ministério da Saúde.

Esther Jean Langdon: Pós-Doutora em Antropologia – Indiana University, Estados Unidos. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação de Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Participa de projetos na área de saúde indígena. Fundadora e coordenadora do Núcleo de Saberes e Saúde Indígena da UFSC. Foi membro da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena. Membro do Grupo de Trabalho da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Fabiola Zibetti: Mestranda em Direito pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Consultora *Ad Hoc* em Propriedade Intelectual da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, UFSC.

Graciliana Celestino Wakanã: Membro da etnia Kariri-Xukuru-Wakanã. Atual Presidente do Comitê Inter-tribal de Mulheres Indígenas do Nordeste (COIMI). Tem participado ativamente no movimento indígena nacional e, durante o último ano, coordenado a execução do projeto “Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba” em parceria com a Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II / Funasa.

Gilton Mendes: Doutor em Ciência Social (Antropologia Social) pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto da Universidade Federal do Amazonas. Pesquisador do Núcleo de Estudos da Amazônia Indígena (NEAI).

Guilherme Macedo: Mestre em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenador Técnico do Projeto Vigisus II / Funasa.

Laura Pérez Gil: Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Entre 2006 e 2007 tem participado de dois projetos sobre sistemas de parto tradicionais indígenas, desenvolvidos pela Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II / Funasa no Acre e no Nordeste. Associada ao Núcleo de Saberes e Saúde Indígena da UFSC.

Ledson Kurtz de Almeida: Doutor em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Assessor da Associação dos Rondonistas de Santa Catarina. Pesquisador do Núcleo de Transformações Indígenas. Atuou como consultor da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II / Funasa, no Projeto de Medicina Tradicional Indígena das sociedades Manoki, Nambikwara e Enawene Nawe.

Liliane Cunha de Souza: Mestre em Antropologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Consultora da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II / Funasa.

Luciane Ouriques Ferreira: Doutoranda em Antropologia pelo Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Gerente da Área de Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II - Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II / Funasa.

Marina Cardoso: PhD pela Universidade de Londres, Departamento de Antropologia do University College London. Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de São Carlos. Atua em projetos sobre medicina tradicional indígena junto à população indígena do Alto Xingu.

Miriam de Fátima Chagas: Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Atualmente é Analista Pericial em Antropologia da Procuradoria da República da 4ª Região, Ministério Público Federal.

Mônica dos Santos: Mestre em Gestão de Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Professora do Centro Universitário de Ciências Biológicas e da Saúde de Maceió (AL). Coordenadora da Área de Assistência Farmacêutica à Saúde Indígena do DSEI-PE e do Desai/Funasa.

Renato Athias: Doutor em Etnologia pela Universidade de Paris X (Nanterre). Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Participa de projetos de medicina tradicional entre as populações indígenas do rio Negro e Pernambuco. Coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Etnicidade, UFPE.

Thiago Ávila: Mestre em Antropologia Social pela Universidade de Brasília. Trabalhou como assessor de organizações indígenas do Krahô e dos Povos Timbira. Coordenou o Projeto “Controle Social em DST/AIDS pelos índios Timbira do MA e TO”, desenvolvido pelo Centro de Trabalho Indigenista (CTI). Atualmente atua como consultor da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II / Funasa.

Sumário

Apresentação	9
LUCIANE OURIQUES FERREIRA	
Notas sobre o Projeto Vigisus II e o Subsistema de Saúde Indígena	16
GUILHERME MACEDO	
SEÇÃO 1 - REFLEXÕES E RESULTADOS DOS PROJETOS DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA	
Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá	23
LAURA PÉREZ GIL	
Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa	37
GRACILIANA SELESTINO WAKANĀ LAURA PÉREZ GIL	
Considerações sobre a construção do Projeto de Medicina Tradicional Indígena em Roraima: Convênio CIR - Saúde	48
ELAINE MOREIRA	
Remédios do Mato e Remédios de Farmácia: relações entre o sistema médico Fulni-ô e o sistema oficial de saúde	55
LILIANE CUNHA DE SOUZA	
Contextualização do Projeto Estudos para Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais (PE)	63
ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA / PROJETO VIGISUS II / FUNASA	
Debate sobre Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais Fulni-ô	65
Oficinas de Medicina Tradicional entre os Manoki	70
LEDSON KURTZ DE ALMEIDA	
Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe	78
GILTON MENDES DOS SANTOS	
O contexto alto xinguno de incorporação de projetos e ações em saúde	91
MARINA DENISE CARDOSO	
Medicina Indígena no Rio Negro - Experiência de um Projeto	101
RENATO ATHIAS	
Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena	110
ESTHER JEAN LANGDON	

SEÇÃO 2 - LEGISLAÇÃO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL, PROTEÇÃO DA DIVERSIDADE SOCIOCULTURAL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE MEDICINA TRADICIONAL	
Propriedades e Reciprocidades: etnografando o acesso aos conhecimentos tradicionais indígenas.	123
THIAGO ÁVILA	
A Medicina Tradicional e a Propriedade Intelectual	132
FABIOLA WÜST ZIBETTI	
A Proteção da Diversidade Sociocultural	145
MIRIAM CHAGAS	
O Desenvolvimento das Políticas Nacionais sobre Medicina Tradicional/ Medicina Complementar e Alternativa	156
ÂNGELO GIOVANI RODRIGUES	
A Política Nacional de Medicamentos e sua Relação com a Saúde Indígena	161
MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS	
Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde	166
LUCIANE OURIQUES FERREIRA	
Debate sobre Políticas Públicas	175
Carta da I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa.	179

Apresentação

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

A Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI) integra o Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde Indígena, do Projeto Vigisus II, Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Seus objetivos são: 1) desenvolver estratégias para a articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde; 2) contribuir para a valorização, fortalecimento, manutenção e atualização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde; 3) produzir conhecimentos que subsidiem a construção de políticas públicas voltadas para as medicinas tradicionais indígenas; 4) colaborar consolidando a atenção diferenciada à saúde indígena. Estes objetivos estão em consonância com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), na medida em que ela prevê a articulação entre o sistema de saúde oficial e os sistemas médicos tradicionais indígenas como forma de “melhorar do estado de saúde dos povos indígenas”.

As medicinas tradicionais indígenas enquanto sistemas sociomédicos, onde estão imersos os conhecimentos e as práticas indígenas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, são de domínio dos próprios grupos indígenas, tanto das comunidades quanto de seus praticantes. Sendo assim, a AMTI adota metodologias participativas para o desenvolvimento de seu Plano de Ação, de forma a instaurar um diálogo interétnico e intercultural entre agentes governamentais e não-governamentais e lideranças e comunidades indígenas.

O apoio aos projetos participativos de pesquisa-ação antropológica é uma das atividades centrais do Plano de Ação da AMTI. Os projetos têm como propósito realizar uma caracterização dos sistemas médicos indígenas; levantar modelos explicativos sobre saúde e doença; identificar os fatores que influenciam na tomada de decisões durante os itinerários terapêuticos; investigar o processo de formação sociocultural dos “praticantes” das medicinas tradicionais indígenas; compreender as relações já existentes entre distintas tradições médicas em interação.

Tais projetos combinam a produção de conhecimentos à promoção de ações de incentivo à mobilização e à reflexão comunitária dos povos indígenas, permitindo a criação de estratégias para a manutenção, atualização e fortalecimento dos sistemas médicos tradicionais. Neste sentido, a própria pesquisa se transforma em uma ação de intervenção. Enquanto as ações de intervenção propriamente ditas, tornam-se momentos privilegiados para a coleta de dados.

Por serem participativos, as equipes dos projetos são compostas por pesquisadores e representantes dos povos indígenas. Os procedimentos metodológicos, apesar de estarem claramente delineados, são definidos conjuntamente com as lideranças indígenas que, por sua vez, orientam o processo de inserção em campo, conforme as regras de interação e de comunicação próprias da vivência cotidiana destes grupos. Com isso, pretendemos balancear as relações assimétricas de poder histori-

camente instituídas, na medida em que os técnicos e as lideranças indígenas compartilham do processo de elaboração, tomada de decisão, execução e avaliação dos projetos.

O espaço da pesquisa-ação permite que os diferentes pontos de vista que integram um determinado contexto intermédico sejam expressos e negociados através dos diálogos estabelecidos entre os vários atores sociais envolvidos em um projeto. Por meio da discussão e negociação de significados, novas realidades são construídas, propiciando que os povos indígenas sejam reconhecidos como sujeitos criativos e co-responsáveis pela manutenção de seus saberes e práticas de cuidado com a saúde.

Outra atividade desenvolvida pela AMTI são as Reuniões Comunitárias, momentos em que os indígenas conversam sobre a atual situação de sua medicina tradicional frente às transformações desencadeadas pelo processo de contato interétnico e, especificamente, pela implantação do Subsistema de Saúde Indígena. Estes eventos têm como desdobramento, a criação de estratégias intraculturais de manutenção e atualização das práticas tradicionais de cuidados com a saúde.

As ações e projetos da AMTI estão organizadas em três eixos temáticos: saúde da mulher e da criança; recursos terapêuticos; xamanismo e intermedicalidade. O eixo saúde da mulher e da criança foca, principalmente, nas relações entre os sistemas tradicionais de parto indígenas e o sistema oficial de saúde. O “parto” constitui-se em um evento que ocorre no interior do processo de gestação, parto e pós-parto. No decorrer desse processo, diversos cuidados e práticas são realizados para preservar a saúde da mãe e da criança (Gil, 2006). Nesse sentido, os eventos de parto estão vinculados a um conjunto de fatores que colaboram para a construção de corpos e produção de pessoas aparentadas. Sistema de parto é, portanto, uma noção culturalmente situada que envolve não só os praticantes das medicinas tradicionais indígenas, mas a organização social (clãs, famílias extensas e nucleares, metades cerimoniais) e outros aspectos da cultura indígena, tais como: cosmologia, história, parentesco, economia, política e rituais.

O uso de plantas medicinais na promoção, prevenção e recuperação da saúde, está situado no eixo recursos terapêuticos. Aqui o que caracteriza o emprego de plantas medicinais como uma prática de auto-atenção (Menendez, 2003) das medicinas tradicionais indígenas são as formas como elas são utilizadas em contextos socioculturais específicos.

As medicinas tradicionais indígenas são sistemas médicos xamânicos imersos em contextos cosmológicos particulares. Sendo assim, não existem limites claramente definidos entre os diferentes subsistemas que formam um determinado universo sociocultural. O conjunto de saberes e práticas que promovem saúde, previnem e curam doenças está associado à religião, à política, a economia, a arte etc. Nesse sentido, os cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto e o uso de plantas medicinais também estão inscritos em contextos xamânicos. O eixo xamanismo e intermedicalidade encerra ações e projetos voltados para o conhecimento e o fortalecimento das instituições, rituais e praticantes das medicinas tradicionais indíge-

nas que são importantes na manutenção da saúde e do bem estar dessas sociedades. Por outro lado, ao aderirmos à noção de intermedicalidade buscamos focar nos processos de indigenização (Lis-Foller, 2004) da medicina ocidental realizados pelos povos indígenas, que selecionam e atribuem sentidos a elementos provenientes do sistema oficial de saúde, incorporando-os conforme os pressupostos que organizam o seu mundo da vida.

As ações da AMTI são periodicamente discutidas nas Reuniões de Monitoramento de Medicina Tradicional Indígena. Essas reuniões congregam os técnicos e as lideranças indígenas que compõe as equipes interétnicas de execução das atividades, pesquisadores que são especialistas em temas relacionados às medicinas tradicionais indígenas vinculados às universidades, profissionais da saúde indígena e gestores de políticas públicas. O conjunto dos agentes que participam das atividades AMTI constituem a Rede de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena.

A reflexão que emerge nesses encontros permite a consolidação de conhecimentos voltados para subsidiar a elaboração de políticas públicas adequadas às especificidades culturais dos povos indígenas, contribuindo para implementação de uma atenção diferenciada à saúde destas populações. As Reuniões constituem-se em espaços de construção de metodologias de pesquisa e de intervenção que visam à articulação local entre os diferentes sistemas médicos; de elaboração de mecanismos participativos de avaliação das atividades; e de produção de propostas didático-pedagógicas para a formação dos profissionais da saúde indígena. As Reuniões de Monitoramento também são instâncias consultivas para questões relacionadas às implicações éticas das ações de medicina tradicional indígena e de sua relação com o sistema oficial de saúde, especificamente aquelas que envolvem o acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade e os direitos diferenciados dos povos indígenas.

A I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena ocorreu entre os dias 01 e 05 de agosto de 2006, em Pirenópolis/GO. Neste momento foram relatados os resultados dos projetos de pesquisa-ação da AMTI; apresentadas experiências de projetos relacionados aos sistemas médicos indígenas e abordadas questões relativas à propriedade intelectual, à proteção da diversidade sociocultural e as políticas públicas associadas à saúde indígena.

“*Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento*” é uma compilação das apresentações realizadas durante essa primeira Reunião. Os textos aqui expostos foram construídos a partir das transcrições das falas proferidas durante o evento¹.

¹ As transcrições foram realizadas pela Equipe da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa, seguidas de revisão feita pelos respectivos autores.

Os textos de GIL sobre o Projeto de Valorização dos Sistemas de Parto dos Povos Indígenas do Acre e Sul do Amazonas; e o de WAKANÃ & GIL referente ao Projeto de Caracterização dos Sistemas de Parto dos Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco, estão situados no eixo transversal **Saúde da Mulher e da Criança**. Os artigos abordam questões relativas à atual situação dos sistemas de parto indígenas e de suas relações com os serviços prestados pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Por ocasião da I Reunião de Monitoramento, ambos os Projetos haviam iniciado suas ações, sendo que as reflexões aqui apresentadas dizem respeito aos resultados parciais produzidos por essas experiências.

Os textos de MOREIRA, CUNHA e ALMEIDA estão situados no eixo transversal **Recursos Terapêuticos**. Moreira propõe uma reflexão sobre o processo de negociação estabelecido entre as lideranças do Conselho Indígena de Roraima (CIR) e a AMTI acerca do Projeto de Medicina Tradicional Indígena dos Povos Indígenas do Leste de Roraima. Esse projeto tem como atividade central a construção de hortos medicinais. A autora propõe pensarmos a construção desses hortos medicinais como um meio de se estabelecer espaços dialógicos entre os diferentes praticantes da medicina tradicional e os demais agentes não-indígenas que atuam no campo da saúde.

Cunha apresenta uma descrição das relações estabelecidas entre o sistema médico Fulni-ô e o sistema oficial de saúde, tendo como foco os usos dos *remédios do mato* e dos *remédios de farmácia*. Essa pesquisa se deu no âmbito do Projeto de Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas de Uso Medicinal. As informações trazidas pela autora constituem-se no contexto etnográfico que informa o Debate realizado na ocasião da I Reunião de Monitoramento sobre a Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais.

Enquanto Almeida apresenta uma etnografia da Oficina de Plantas Medicinais Manoki, atividade que integra o Projeto de Medicina Tradicional Indígena - Subprograma Manoki, que tem como proponente a Organização Não-Governamental Operação Amazônia Nativa (OPAN). As Oficinas constituíram-se em momentos de valorização dos saberes e práticas tradicionais, instaurando um espaço para a transmissão de conhecimentos dos anciões para os estudantes indígenas de 4º a 6º série, relativos ao uso das plantas nos cuidados com a saúde.

Situados no eixo temático Xamanismo e Intermedialidade estão os artigos de MENDES, CARDOSO e ATHIAS. O texto de Mendes está inserido no âmbito do Projeto Subprograma Enawene-Nawe do Projeto Medicina Tradicional Indígena da OPAN. O autor apresenta um esboço do sistema médico Enawenê, considerando a cosmologia como base para a compreensão das noções e práticas envolvidas nos processos de saúde-doença-tratamento-morte e na organização dos seus diferentes especialistas. Ele também analisa o impacto do processo de implantação dos serviços oficiais de saúde sobre a organização sociocultural e cosmológica Enawenê Nawe.

As contribuições de Cardoso sobre o “Contexto Alto Xinguano de Incorporação de Projetos e Ações em Saúde” e de Athias sobre a “Medicina Tradicional Indí-

gena no Rio Negro”, se baseiam em outras experiências que não foram financiadas pelo Projeto Vigisus II/Funasa. Partindo de pesquisa realizada com os povos indígenas do Alto Xingu, Cardoso busca problematizar os processos de incorporação das medicinas tradicionais indígenas ao sistema oficial de saúde, na medida em que encerram contradições e conflitos historicamente instituídos.

Por sua vez, Athias levanta algumas reflexões a partir de um Projeto de Medicina Tradicional Indígena desenvolvido durante quatro anos pela Associação Saúde Sem Limites em parceria com a Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN). Os Encontros de Medicina Tradicional Indígena, promovidos por este projeto, instauraram um amplo processo de discussão sobre medicina tradicional indígena no Alto Rio Negro, sendo temas de destaque o papel dos especialistas de cura e as reelaborações que esse papel vêm sofrendo na atualidade. Athias demonstra a importância destes espaços dialógicos para subsidiar a organização dos serviços de atenção à saúde na região do Alto Rio Negro.

Em “Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena”, LANGDON propõe uma reflexão crítica sobre os projetos de medicina tradicional indígena, a fim de evitarmos a essencialização desse conceito e atentarmos para os riscos de medicalização de certas dimensões da vida indígena. A autora sublinha a necessidade de considerarmos as situações de saúde atuais das populações indígenas. Langdon levanta também questões sobre o processo de desenvolvimento da atual PNASI em relação ao debate sobre os múltiplos significados que a noção de “atenção diferenciada” pode assumir em diferentes contextos discursivos.

A segunda seção destes *Anais* apresenta questões relativas às legislações e políticas públicas que possuem interface com as medicinas tradicionais. Tal seção tem início com o artigo de AVILA, intitulado “Propriedade, Dádiva e Antropologia: etnografando o acesso aos conhecimentos tradicionais dos Krahô”. Neste texto, o autor aborda dois casos etnográficos de desenvolvimento de projetos de acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade e o seu impacto no cotidiano dos povos Timbira.

O segundo texto apresentado nesta seção é o de ZIBETTI. A autora faz uma exposição sobre a Legislação de Propriedade Intelectual vigente apontando os avanços e as limitações no que se refere à proteção dos conhecimentos tradicionais. A autora assinala os mecanismos de proteção que podem ser acessados no caso dos conhecimentos e práticas relacionadas às medicinas tradicionais indígenas.

CHAGAS traz uma reflexão sobre os processos de proteção jurídica da diversidade cultural. A autora recupera relações historicamente instituídas entre os povos indígenas e o Estado-Nação. Realiza uma análise das implicações da proteção jurídica-estatal em contextos onde o re-conhecimento, enquanto demanda por interlocução, se torna uma condição política para a valorização e o respeito aos povos indígenas, aqui pensados como sujeitos de direito. Chagas também indaga sobre os significados que o campo jurídico de proteção à diversidade cultural, relacionados aos direitos diferenciados, vem assumindo nos contextos locais destas comunidades.

RODRIGUES discorre sobre o processo de desenvolvimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Enquanto, SANTOS apresenta a atual Política de Medicamentos do Ministério da Saúde e aponta para a necessidade de se construir uma Política de Medicamentos específica para a Saúde Indígena.

FERREIRA reflete sobre os limites e as possibilidades relacionadas à criação de políticas públicas voltadas para as medicinas tradicionais indígenas. Para tanto analisa, por um lado, os discursos oficiais desenvolvimentistas relacionados às Medicinas Tradicionais e, por outro, os processos de incorporação dos recursos e práticas da medicina ocidental aos universos socioculturais indígenas. Ressalta que, na construção dessas políticas se faz necessário considerar, prioritariamente, as medicinas tradicionais indígenas no plural e em contextos locais. Complementando as questões levantadas nos textos de Rodrigues, Santos e Ferreira, é apresentado o debate sobre as políticas públicas associadas às medicinas tradicionais.

Os resultados das discussões ocorridas durante a I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena foram consolidados em um documento intitulado “Carta de Pirenópolis”, que encerra a publicação - *Medicina Tradicional Indígena em Contextos* - Anais da I Reunião de Monitoramento.

Esperamos que as reflexões suscitadas a partir das atividades da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa e compiladas nesta publicação possam contribuir para a consolidação da atenção diferenciada e melhoria das condições de saúde dos povos indígenas.

Bibliografia

- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Jean & GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. RJ, Contra Capa/ABA, 2004.
- GIL, Laura Pérez. **Relatório Etnográfico Parcial do Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e Sul do Amazonas**. 2 Produto de Consultoria Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II - Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Olhar Etnográfico, 2006.
- GOW, Peter. **Of Mixed Blood: Kinship and History in Peruvian Amazonia**. New York: Clarendon Press-Oxford, 1991.
- GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, 25(4), 1998.
- LANGDON, Jean (org.). **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Florianópolis: UFSC, 1996.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones

- teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol 8 (1), 2003.
- SEEGER, A., DA MATTA, Roberto & VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, João Pacheco (org.). **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero e UFRJ, 1987.
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A fabricação do Corpo na Sociedade Xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, João Pacheco (org.). **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Marco Zero e UFRJ, 1987.

Notas sobre o Projeto Vigisus II e o Subsistema de Saúde Indígena

GUILHERME MACEDO

O Subsistema de Saúde Indígena foi criado com o objetivo de promover a atenção à saúde das populações indígenas aldeadas em território nacional. Sendo parte integrante do Sistema Único de Saúde, o Subsistema possui especificidades próprias devido à diversidade de povos atendidos. A atenção integral de saúde em populações indígenas necessita de uma estrutura capaz de dar suporte a todas as atividades de prevenção, promoção, tratamento de nível básico e encaminhamento para as referências de média e alta complexidade, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, contemplando ainda a diversidade cultural, geográfica, histórica e política dos povos indígenas.

Devido à trajetória histórica das populações indígenas perante o avanço da sociedade nacional em seus territórios de origem, estes grupos tornaram-se especialmente vulneráveis aos inúmeros problemas de saúde, sendo os seus indicadores de saúde mais baixos do que a média nacional do restante dos cidadãos brasileiros.

Em 1988 a Constituição brasileira estabeleceu para as populações indígenas os mesmos direitos de cada cidadão brasileiro ao acesso aos serviços básicos de saúde e educação. Estabeleceu ainda, para todos os povos indígenas, os direitos diferenciados relacionados à preservação da cultura própria, das crenças, do território, da organização social e política específica e da língua materna. As diferenças passaram a ser consideradas como uma riqueza do país a serem protegidas e respeitadas.

Na área da saúde isso significa garantir o acesso para todos os indígenas àqueles serviços, respeitando-se as especificidades de cada povo. Criou-se então o Subsistema de Saúde Indígena, cuja diretriz é justamente a implantação da atenção básica diferenciada à saúde, considerando a forma de organização, a geografia e as maneiras como cada povo lida com as doenças, a saúde e o corpo.

No final da década de noventa a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), ligada ao Ministério da Saúde, recebeu a missão de promover a atenção básica de saúde aos povos indígenas em aldeias no país. A Funasa tornou-se o órgão responsável pela construção e administração do Subsistema de Saúde Indígena, criando uma estrutura territorial de atendimento que se adaptasse à realidade geográfica dessas populações e, ao mesmo tempo, permitisse a implantação dos serviços de atenção básica. Com este objetivo criou-se os 34 Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEI), que organizam e efetuam os serviços de atenção integral à saúde.

É nesse contexto que em 1999 foi criado o componente da Funasa do Projeto Modernização do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde (Vigisus), fundamentado financeiramente em um acordo de empréstimo entre o governo brasileiro e o

Banco Mundial¹ e concebido para possuir três fases distintas. A primeira fase encerrou-se no início de 2004 e a segunda fase entrou em vigência em dezembro do mesmo ano.

O Projeto Vigisus possui dois componentes. O Componente 1 é administrado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e atua em atividades de vigilância epidemiológica em todo o território nacional. O Componente 2 funciona na Funasa e a maioria de suas atividades está voltada para a estruturação e o aperfeiçoamento do Subsistema de Saúde Indígena.

A construção e aperfeiçoamento do Subsistema envolvem um universo bastante diversificado de atividades relacionadas a objetivos específicos. No Projeto Vigisus II, estes objetivos estão divididos por 4 subcomponentes:

O subcomponente 1 trata do fortalecimento da capacidade institucional da Funasa. Suas atividades dão suporte ao subsistema, envolvendo construções de postos de saúde e aquisição de equipamentos, treinamento de equipes e de agentes indígenas de saúde e de saneamento, eventos de planejamento e de avaliação das ações em saúde em suas diversas áreas: agravos específicos, imunização, organização do serviço e controle social. Este subcomponente também responde pelo aperfeiçoamento dos modelos de atenção, gestão organizacional, financiamento e avaliação da saúde indígena.

O subcomponente 2 é denominado “Ações Inovadoras em Saúde Indígena” e possui o objetivo de ampliar e aperfeiçoar os serviços oferecidos para áreas específicas. São três as áreas de intervenção deste subcomponente: Saúde Mental Indígena, na qual se procura gerar o conhecimento necessário e específico para atuar em problemas como suicídio e abuso de substâncias (principalmente álcool) em cada povo afetado por estes agravos; Medicina Tradicional Indígena, área que procura desenvolver estratégias de articulação dos saberes médicos próprios de cada povo com os saberes da medicina oficial do Subsistema, de modo a tornar a atuação da Funasa mais eficiente e a respeitar a cultura dos povos que recebem os serviços de atenção básica; e Vigilância Alimentar e Nutricional, dedicada a montar um sistema de informações sobre o quadro nutricional de cada povo indígena nos 34 DSEL. Este sistema promoverá o suporte às respostas institucionais que se fazem necessárias frente às situações de risco alimentar.

O subcomponente 3, Iniciativas Comunitárias em Saúde Indígena, financia subprojetos comunitários destinados a solucionar ou minimizar problemas locais de saúde. Os financiamentos são realizados para as associações indígenas e as ações prevêm a parceria dos Distritos Sanitários. Os subprojetos apontam para temas diversificados: saúde materno-infantil, fortalecimento das associações de mulheres, valorização dos saberes tradicionais de saúde, nutrição, saúde mental e prevenção de

¹ Acordo de Empréstimo n° 7227 BR, de 1999. Os recursos provenientes deste acordo respondem por 50% dos gastos do Projeto; o restante complementado diretamente pelo Tesouro Nacional.

agravos. Esta iniciativa visa não apenas dar oportunidade à ação comunitária em relação a problemas locais, mas também fortalecer as organizações indígenas e gerar conhecimento para futuras ações dos DSEI.

Finalmente, o subcomponente 4 trata do saneamento ambiental em áreas remanescentes de quilombos. Além da saúde indígena a Funasa possui como responsabilidade a construção de redes de água e esgoto em comunidades rurais tradicionais e em pequenos municípios. A ação deste subcomponente é inovadora, pois atua com elevado nível de participação comunitária no processo de montagem dos projetos de engenharia e nas ações educativas de saúde ambiental. Seu objetivo é melhorar a sustentabilidade dos sistemas implantados por meio do envolvimento ativo das coletividades atendidas.

O componente da Saúde Indígena do Projeto Vigisus II atua, portanto, inserido na missão de contribuir para a construção e o aperfeiçoamento do Subsistema. Para tanto, considera a obrigação constitucional e ética de respeito à diversidade cultural, lingüística e de valores das populações autóctones do país e, ao mesmo tempo, o direito de cidadania destes povos que envolve o acesso aos serviços de saúde e o direito a uma atenção diferenciada à sua saúde. Daí a necessidade de criação de um subsistema que atue dentro do Sistema Único de Saúde, já que a diversidade de culturas e situações sociais dos índios brasileiros pressupõe adaptações e especificidades necessárias na execução dos serviços de atenção básica.

Faz-se necessário a geração de conhecimentos sobre saúde indígena que contemple a enorme diversidade cultural do país. Nem sempre a forma de execução dos serviços pode ser padronizada, o que implicaria no desrespeito às culturas locais e, conseqüentemente, na diminuição da eficiência dos serviços, o que em saúde significa aumento da morbidade e mortalidade. Uma intervenção equivocada e que não esteja apoiada no conhecimento da realidade local pode significar perda de vidas humanas.


Grande parte da atuação do Projeto Vigisus II está voltada, portanto, para pesquisas e intervenções fundamentadas em conhecimento de alto nível sobre realidades específicas. É nesse contexto que a Área de Intervenção de Medicina Tradicional Indígena está localizada.

Felizmente sabe-se hoje que a eficiência de um serviço médico não está apenas no conhecimento científico e na sua organização. Ela está vinculada às relações com as populações atendidas. O paciente possui um papel ativo fundamental na eficiência do sistema. As formas como as coletividades concebem o corpo, os processos de adoecimento e a saúde e as formas como os grupos indígenas tradicionalmente lidam e tratam das doenças devem ser consideradas um componente básico de um serviço de atenção que pretende atender a esses grupos vulneráveis.

Para perceber a realidade e construir esse conhecimento, a Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II realiza diversos projetos de pesquisa-ação que investigam as concepções indígenas sobre corpo, doença e saúde, de forma a promover a construção de estratégias de articulações entre sistemas médicos; a valo-

rização dos saberes e das práticas médicas indígenas; e melhorar, dessa maneira, o atendimento e a eficiência dos serviços de saúde prestados pelo Subsistema.

Trata-se de trabalho complexo, inovador e de longo prazo, mas fundamental para cumprir a missão constitucional de promoção e atendimento de saúde de todos os cidadãos brasileiros, que inclui a implementação da atenção diferenciada à saúde indígena considerando a diversidade sociocultural brasileira.



SEÇÃO 1
REFLEXÕES E RESULTADOS
DOS PROJETOS DE MEDICINA
TRADICIONAL INDÍGENA

Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá

LAURA PÉREZ GIL

O projeto “Valorização e Adequação dos sistemas de parto tradicionais das etnias indígenas do Acre e Sul de Amazonas” é fruto da colaboração, parceria e negociação entre várias instituições: Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II/Funasa; Organização de Mulheres Indígenas do Acre, Sul de Amazonas e Noroeste de Rondônia – SITOAKÖRE; Instituto de Pesquisa e Documentação Etnográfica – Olhar Etnográfico, instituição que assumiu o papel de proponente do projeto; Núcleo de Estudos sobre Saberes e Saúde Indígenas (NESSI) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/Universidade Federal de Santa Catarina.

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) do Alto Juruá e do Alto Purus, que atuam nas regiões onde o projeto é implementado constituem, igualmente, parceiros do mesmo. Seu envolvimento consiste, em primeiro lugar, no fornecimento de apoio logístico para a realização das reuniões previstas pelo projeto; em segundo, na participação nessas reuniões dos profissionais de saúde que trabalham em campo; e, finalmente, na facilitação de dados epidemiológicos e de informações relativas ao atendimento de saúde fornecido à população indígena.

Os dados e reflexões apresentados no presente texto se referem às atividades realizadas durante a primeira etapa de execução do projeto, entre fevereiro e julho de 2006, e ao material coletado durante esse período. Estas atividades, que detalhamos nos próximos itens, foram implementadas na região atendida pelo DSEI Alto Juruá. A equipe de execução do projeto está formada por duas técnicas ligadas ao Instituto Olhar Etnográfico, ao NESSI e à Área de MTI e duas integrantes da SITOAKÖRE. Igualmente, nas atividades centrais do Projeto - que foram as Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde (AIS) - a equipe técnica contou com a colaboração de monitores indígenas, que contribuíram na organização dos eventos e no desenvolvimento das discussões.

O projeto se propunha os seguintes objetivos:

- Incentivar e valorizar o trabalho das parteiras e dos pajés, fomentando a troca de experiências e a formação de uma rede organizada de diálogo entre estes agentes, visando assim aprimorar as práticas tradicionais indígenas de assistência ao parto, adequando-as às atuais condições da saúde indígena materno-infantil.
- Produzir conhecimentos de base sobre o panorama atual dos sistemas de parto indígenas e suas relações de articulação com o sistema oficial de saúde

e sobre as concepções e práticas socioculturais tradicionais indígenas relacionadas ao processo de concepção, gestação, parto, nascimento, pós-parto e amamentação (corporalidade e pessoa).

- Avaliar o impacto das atividades desenvolvidas na primeira etapa constituída pelo projeto *Aperfeiçoamento das Parteiras Tradicionais Indígenas*.

Para cumprir com esses objetivos, o projeto desenvolve três atividades principais. Uma delas é a execução de seis Reuniões Regionais de Parteiras, Pajés e AIS com vistas a promover a criação de espaços dialógicos e de troca de experiências entre os participantes para, assim, valorizar seu trabalho dentro das comunidades. Essas reuniões são etnografadas pela equipe técnica do projeto, de forma a proporcionar informações relevantes sobre os sistemas de parto indígenas e sua interação com o sistema oficial de saúde, visando contribuir significativamente na construção de um corpus de conhecimento sobre essas questões.

Em cada uma das duas regiões que configuram o escopo do projeto, e que correspondem às áreas atendidas pelos DSEI Alto Purus e Alto Juruá, se prevê a realização de três reuniões. Durante a etapa cumprida entre fevereiro e março de 2006 foram realizadas as reuniões na região do Alto Juruá.

Na tabela abaixo apresentamos um resumo com dados demográficos e a localização das etnias contempladas no projeto.

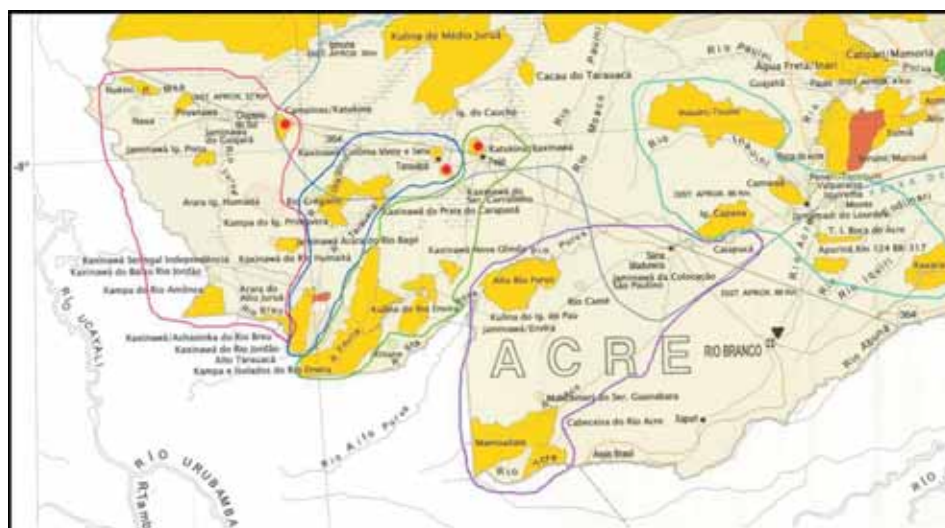
Família lingüística	Etnias	População por etnia		
		Alto Juruá	Alto Purus	Total
Pano	Katukina, Kaxinawa, Yawanawa, Jaminawa-Arara, Arara, Nawa, Poyanawa, Nukini, Shanenawa, Jaminawa, Kaxarari	9.515	2.581	12.096
Arawak	Ashaninka, Apurinã, Manchineri	991	3.190	4.181
Arawá	Kulina, Jamamadi, Camadeni	538	1.538	2.076
3	17	11.044	7.309	18.353

Paralelamente à organização das reuniões, a equipe técnica realiza um levantamento de dados sobre o perfil epidemiológico das populações indígenas da região abrangida – especificamente sobre aqueles aspectos que ajudam a entender a situação da saúde materno-infantil – e sobre funcionamento do sistema público de atenção à saúde em sua interação com as comunidades indígenas. Para tanto, a equipe técnica realiza visitas aos pólos-base dos municípios onde são celebradas as reuniões e entrevistas com os administradores e profissionais que formam as Equipes Multidisciplinares de Saúde (EMS).

Por último, com a finalidade de obter um conhecimento mais acurado dos sistemas de parto indígenas, o projeto prevê a realização de dois estudos de caso em comunidades de etnias pertencentes a diferentes famílias lingüísticas. Esses estudos estarão focalizados, principalmente, no seguimento dos itinerários terapêuticos, já que essa metodologia permite entender melhor as motivações e princípios que guiam as escolhas terapêuticas das parturientes durante o processo de gravidez e o próprio parto.

Nas próximas etapas de desenvolvimento do projeto, se prevê a realização das atividades na região atendida pelo DSEI Alto Purus.

No mapa apresentado a seguir encontram-se as áreas abrangidas por cada uma das reuniões; tanto as já realizadas quanto as previstas para a segunda etapa de execução do projeto:



- 1ª Reunião Cruzeiro do Sul (AC)
 - 2ª Reunião Tarauacá (AC)
 - 3ª Reunião Feijó (AC)
 - T.I.s onde foram realizadas as reuniões
- 4ª Reunião (prevista) Sena Madureira (AC)
 - 5ª Reunião (prevista) Pauini (AM)
 - 6ª Reunião (prevista) Boca do Acre (AM)

As Reuniões de Parteiras, Pajés e Agentes Indígenas de Saúde

As Reuniões de Parteiras, Pajés e AIS realizam-se em aldeias indígenas localizadas em diferentes municípios de cada região. O critério utilizado para a escolha da aldeia sede da reunião é o da facilidade do acesso que a mesma oferece aos demais participantes de outras Terras Indígenas (TI). Cada reunião tem cinco dias de duração: os três primeiros dias são dedicados à discussão interna e à troca de experiências entre participantes indígenas; nos dois últimos dias são convidados a participar os

profissionais das EMS do pólo-base do município correspondente, para contribuir com a discussão sobre a articulação dos sistemas de parto indígenas e o sistema oficial de saúde. O projeto prevê a participação de aproximadamente trinta pessoas por cada reunião, sendo convidados três representantes de cada TI: uma parteira, um pajé e um AIS.

Durante a primeira etapa de execução do projeto foram convidados representantes de vinte e sete TI. existentes. Infelizmente, sete delas não puderam enviar participantes devido a diversos motivos, tanto internos aos próprios grupos, quanto logísticos, mas em particular pela dificuldade de se deslocar por causa das grandes distâncias. Contudo, das etnias convidadas, apenas uma etnia não enviou representante as reuniões - os Poyanawa.

	Aldeia/T.I. hóspede	Data	N ^a TI participantes ¹	Etnias participantes	N ^a Participantes					Total
					P	Pj	AIS	L	R.M.	
1 ^o Reunião	Campinas T.I. Campinas/ Katukina	15 a 19 fev.	7 (11)	Katukina, Jaminawa/ Jaminawa-Arara, Arara, Kaxinawa, Nawa, Nukini	14	5	8	3	8	38
2 ^o Reunião	Caucho T.I. Igarapé do Caucho	13 a 17 Mar.	6 (9)	Kaxinawa, Yawanawa, Katukina, Ashaninka,	31	33	16	55	33	58
3 ^o Reunião	Morada Nova T.I. Katukina/ Kaxinawa	27 a 31 Mar.	7	Shanênawa, Kaxinawa, Ashaninka, Kulina	29	9	13	10	3	64

P = parteiras, Pj = pajés, L = líderes, R.M. = representantes de mulheres.

O desenvolvimento da reunião é realizado conforme as diretrizes da Sitoaköre e as lideranças das etnias participantes. A discussão se estabelece a partir de um roteiro aberto, definido previamente pela equipe técnica, que tem o objetivo de propor pontos de partida para a discussão, mais do que constituir uma pauta fechada. Os temas propostos para a discussão são: a avaliação dos cursos de *Aperfeiçoamento das parteiras indígenas*; as experiências de vida das parteiras; a colaboração entre parteira, pajé e AIS; o uso da medicina tradicional nas comunidades; a comparação entre o parto na aldeia e o parto na cidade; os cuidados durante a gravidez e o pós-parto; a amamentação; os problemas enfrentados pelas comunidades em relação à saúde da mulher; as propostas dos participantes para melhorar o trabalho das parteiras e a saúde das mulheres da comunidade em relação ao processo de gravidez, parto e pós-parto.

¹ Entre parêntese aparece o número de TI convidadas para cada reunião.

As duas representantes da Sitoaköre que integram a equipe técnica são as encarregadas de coordenar a reunião a partir do roteiro, cabendo às técnicas auxiliá-las nessa tarefa e realizar o registro audiovisual da reunião, por meio de gravação e de fotografia, e do registro etnográfico através da observação participante.

Em cada uma das reuniões a equipe conta com a colaboração de entre dois e quatro monitores indígenas, que auxiliam na organização das mesmas em termos de logística e na articulação com as comunidades, e têm uma importante contribuição no desenvolvimento da discussão. Igualmente, têm a função de dar apoio de tradução àqueles participantes que apenas falam na língua indígena.

Os sistemas de parto indígenas

Considerando que o Projeto envolve várias etnias diferentes, encontramos uma diversidade no que se refere às práticas relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto. Cada etnia possui especificidades a esse respeito. Entretanto, podemos afirmar que o parto é concebido como um momento concreto dentro de um processo ao longo do qual diversos cuidados e práticas são realizados para preservar a saúde da mãe e da criança. Entre esses cuidados destacam os seguintes:

- A utilização de ervas medicinais durante a gravidez para ter um parto rápido e sem dor e, posteriormente, durante o pós-parto, para preservar a saúde da criança;
- O cumprimento de regras alimentares, tanto durante a gravidez quanto depois do parto, buscando atender a diversas finalidades: preservar a saúde da mãe e evitar que seu corpo sofra transformações indesejadas (manchas na pele, rachaduras nos pés, uma barriga grande etc.); prevenir problemas na hora do parto; conservar a saúde da criança, já que se considera que os espíritos dos animais ingeridos podem “vingar-se”, provocando doenças. Essas regras devem ser cumpridas tanto pelas mães quanto pelos pais².
- A grávida deve evitar emoções fortes como raiva e certas posturas corporais (ficar muito tempo deitada ou sentada) para não sofrer efeitos indesejados durante o parto ou no pós-parto.
- O parto é um evento que não gera uma quebra marcada da rotina, nem a mobilização de recursos (humanos, terapêuticos ou econômicos) excepcionais, a não ser que aconteça algum tipo de complicação.
- A mulher dá à luz sozinha ou acompanhada de mulheres experientes, em geral mais velhas. Além da assistência especializada, seu papel tem um marcado caráter social: o ato de receber a criança ou cortar o umbigo gera uma relação especial entre a criança e a pessoa que o faz, por exemplo.

² Sobre os cuidados durante a gravidez e o pós-parto, e os problemas de saúde associados, há informações etnográficas sobre os Kaxinawa em Lagrou (1998), os Yawanawa em Pérez Gil (1999), os Katukina em Lima (2000), os Ashaninka e outros grupos arawak em Heise et al. (1999) e em Belaúnde (2005), os Kulina em Pollock (1994). Uma síntese desta bibliografia e as informações coletadas no trabalho de campo do projeto pode ser encontrada em Pérez Gil (2006).

Apesar desses pontos em comum, cada sistema tem suas particularidades, no que se refere: à classificação nosológica das doenças que podem afetar mães e crianças; aos remédios utilizados; às regras concretas de evitação, etc. Encontramos algumas práticas particulares, como o uso do *kambó*,³ feito pelas mulheres Katukina.

Em alguns casos, como os Katukina e os Yawanawa, os pajés também podem fornecer tratamentos preventivos e curativos por meio de plantas medicinais ou rezas, durante a gravidez, para preservar a saúde da mãe e da criança, durante o parto, se este apresenta complicações, ou no pós-parto, para tratar doenças causadas pelo descumprimento das normas anteriormente mencionadas. A esse respeito, deve considerar-se que o uso de práticas xamânicas não está, exclusivamente, em mãos dos homens. Muitas mulheres experientes na realização de partos conhecem práticas xamânicas (rezas e ervas) e as utilizam para solucionar problemas durante a gravidez e o parto.

Igualmente, encontramos diferenças significativas entre os vários povos tratados no que se refere às pessoas que dão assistência durante os partos. A partir dos dados coletados até o momento, e que se referem à realidade atual dos povos indígenas no alto Juruá, podemos definir as seguintes situações:

- Em certos casos, encontramos uma figura mais especializada, que é chamada para fazer os partos de pessoas da comunidade ou que moram no entorno. Essa atividade extravasa o âmbito familiar. Parece ser a situação de Nawa, Nukini, e possivelmente dos Arara. Trata-se precisamente de povos que tiveram um contato muito mais estreito com a população não indígena, misturando-se com ela. Esta adoção da figura da “parteira” é paralela a uma incorporação de práticas e conceitos relacionados com a gravidez e o pós-parto (Gil, 2006).
- Em outros casos, representados pelas mulheres ashaninka e kulina, se mantém um sistema no qual as mulheres dão à luz sozinhas, geralmente na floresta próxima da aldeia ou na roça (Belaúnde, 2005; Heise, Landeo e Bant, 1999). O papel das mulheres mais experientes e dos pajés é, principalmente, o de acompanhar as mulheres durante a gravidez e o pós-parto, fornecendo remédios de caráter essencialmente preventivo, orientar e ajudar às jovens em seus primeiros partos, e atender à parturiente em caso de complicações. Estes cuidados são dispensados no entorno da família próxima. As atividades realizadas em outros casos pelas parteiras se encontram, nestes contextos, diluídos com práticas comuns do gênero feminino. Isso não implica, entretanto, que não possa haver mulheres que possuam mais aptidão ou adquiram mais conhecimentos relativos às práticas envolvidas no parto.

³ O *kambó* é um tipo de rã da qual se extrai uma exsudação que se aplica sobre queimaduras previamente realizadas sobre a pele. Essa prática é utilizada por vários grupos do noroeste amazônico para melhorar as capacidades na caça, para eliminar a preguiça e para tratar algumas doenças. A particularidade dos Katukina é que as mulheres usam também as aplicações do *kambó* durante a gravidez para se manterem fortes e resistentes e para a criança se desenvolver sadia no útero da mãe.

- Entre estes dois pólos – existência de uma figura mais especializada e ausência completa dela – existe um espaço intermédio, no qual poderíamos situar a maior parte dos grupos pano da região (Katukina, Shanënawa, Kaxinawa, Yawanawa, Jaminawa). Nesse espaço intermediário, a figura da parteira ora se distingue com mais clareza, ora se dilui. Nesse conjunto intermédio, podemos também diferenciar três perfis:
 - Mulheres com mais experiência e conhecedoras de técnicas terapêuticas tradicionais, que por circunstâncias várias (parentela maior, posição de autoridade dentro da comunidade, aptidão especial, conhecimento mais amplo de técnicas terapêuticas tradicionais) são mais solicitadas para assistir partos, podendo atender fora de seu círculo familiar estrito. São mulheres de mais idade, que não necessariamente fizeram algum curso de capacitação para parteiras. Seu campo de atuação é, essencialmente, a família extensa.
 - Mulheres, jovens ou idosas, que não se tornaram ponto de referência no que se refere ao parto em suas comunidades. Fizeram alguns partos ao longo de suas vidas, mas sempre dentro do âmbito familiar mais estrito (filhas, mães, noras). Algumas delas realizaram também cursos de capacitação, mas o início das atividades de assistência ao parto não está ligado a esses cursos.
 - Mulheres, embora não sejam muitas (apenas 4% das que participaram nas reuniões de Feijó e Tarauacá), que realizaram vários cursos de capacitação, designadas por suas comunidades, mas nunca chegaram a fazer um parto.

Em relação à transmissão de conhecimentos, os sistemas aqui tratados se caracterizam pela inexistência de um processo formal de aprendizado; as pessoas aprendem acompanhando as parentas próximas (mães e avós, principalmente) mais experientes, ou se iniciam nessa prática obrigadas pelas circunstâncias, ante a necessidade de ajudar uma gestante que entrou em trabalho de parto sem que houvesse ninguém mais experiente disponível para ajudá-la.

O uso do sistema público de saúde na gravidez, parto e pós-parto

Da mesma forma que existem diferenças no que se refere aos sistemas tradicionais de parto, verificamos que existe também uma variabilidade entre as diferentes etnias na utilização do sistema público de saúde. Essas tendências são comentadas pelas EMSI, mas também expressadas nos depoimentos dos participantes de cada grupo durante as reuniões, e estão associadas às diferentes histórias de contato e, mais concretamente ao meu parecer, às diferentes estratégias de relação com a sociedade envolvente, que varia no grau de abertura para o mesmo. A este respeito existem diferentes situações.

Se as pensarmos como parte de um continuum, poderíamos dizer que num extremo se encontram os Kulina e os Ashaninka como exemplo de povos que se mantêm mais isolados – não apenas em termos geográficos, mas também culturais

-, com um alto grau de monolingüismo e uma continuidade mais evidente de seus costumes tradicionais. No pólo oposto, os Nukini, os Poyanawa e os Nawa, e, em menos medida, os Arara e Jaminawa-Arara, são povos apenas reconhecidos recentemente como indígenas, que sofreram durante o último século uma intensa pressão para se assimilar à população regional, perdendo sua língua e muitas das suas particularidades culturais (Correia, 2003). Entre esses dois pólos marcados, os Yawanawa, Katukina, Shanenawa e Kaxinawa mantêm a língua indígena e costumes em graus diversos, mas são consideravelmente mais abertos às influências externas e à interação do que os Kulina e Ashaninka. Um aspecto que os caracteriza hoje são os seus envolvimento em processos de revitalização lingüística e cultural.

Essa esquemática caracterização se associa, a grandes traços, com a utilização que cada povo faz do sistema oficial de saúde. Os Katukina, Ashaninka e Kulina se caracterizam pela pouca tendência a utilizar o sistema público de saúde, preferindo seus próprios recursos terapêuticos. Essa disposição se verifica para o processo de gravidez, parto e pós-parto, já que eles demonstram reticências em levar as mulheres para fazer o parto no hospital. Apenas em casos de grande risco encaminham-nas para a cidade. Não se deve associar, necessariamente, a distância da cidade com a pouca tendência a procurar os recursos biomédicos. O Katukina é um dos povos com mais fácil acesso à cidade e, entretanto, um dos caracterizados por evitar o encaminhamento de parturientes para o hospital.

Outros povos como os Nawa, os Nukini, os Poyanawa, os Yawanawa e algumas comunidades Kaxinawa, mostram uma tendência a utilizar o sistema público de saúde. No caso que nos ocupa, essa tendência se expressa na predisposição a encaminhar as mulheres para dar à luz nos estabelecimentos públicos de saúde, mesmo não havendo indícios de risco no parto e existindo mulheres experimentadas na assistência de parturientes nas próprias aldeias.

Além das diversas disposições dos diferentes povos frente à sociedade envolvente e, portanto, ao sistema público de saúde, cabe se perguntar quais são os critérios que as mulheres usam para realizar suas escolhas na hora de procurar atendimento durante o processo de gravidez e parto.

Durante as reuniões, os participantes fizeram várias considerações comparando o parto realizado na aldeia e o parto na cidade. No discurso dos participantes verificamos uma consideração mais positiva do parto na aldeia do que na cidade. Os argumentos são vários. Em primeiro lugar, quando dão à luz nas aldeias, as mulheres se sentem cuidadas e protegidas pelo entorno familiar. Recebem carinho, cuidados e dispõem da alimentação adequada. Ao contrário, quando são encaminhadas ao hospital, recebem tratamento considerado preconceituoso, discriminatório e que impede a permanência de acompanhantes. A relação com os profissionais é prejudicada, em muitos casos, pela dificuldade de muitas mulheres indígenas para se expressar em português.

Outro conjunto de considerações diz respeito à diferença existente entre as técnicas e costumes relativos ao parto hospitalar e o realizado nas aldeias. Quando

a criança nasce na aldeia ela fica logo com a mãe; enquanto no hospital a criança é separada dela. Na aldeia as mulheres têm liberdade para escolher a postura, sendo o mais comum o parto de cócoras. Diferentemente, no hospital a mulher é obrigada a dar à luz deitada, com as pernas abertas, posição considerada incômoda e humilhante, por expor à vista de qualquer um as partes íntimas do corpo da parturiente. A esse respeito também, um dos fatores que fazem com que as mulheres não gostem do parto hospitalar é a episiotomia⁴. Explicam que as mulheres indígenas experientes sabem realizar o parto sem fazer esse corte.

O fato da mulher manter certas práticas para conservar a sua saúde e da criança quando dá à luz na aldeia, como é o caso do enterramento da placenta, também são apontadas como adequadas. As dietas, os banhos e o uso de plantas medicinais; bem como, a criação de uma relação especial, concebida em termos de compadrio, entre a criança, a mãe e a pessoa que corta o cordão umbilical, são preservados no parto domiciliar. No hospital, entretanto, são encontradas várias dificuldades a esse respeito, já que as mulheres não podem dispor da placenta e a alimentação que recebem não é considerada apropriada para uma parturiente, de forma que não podem seguir as dietas e resguardos prescritos por sua tradição.

Por último, dar à luz no hospital requer viajar até a cidade, o qual implica várias dificuldades: o perigo da viagem para a parturiente e a falta de hospedagem e de recursos para alimentação. A avaliação positiva do parto na aldeia frente ao parto na cidade - descrito sempre em termos negativos - é geral entre as participantes, não havendo, nesse ponto, diferença entre aquelas etnias que têm mais tendência a recorrer aos serviços públicos de saúde e aquelas que têm menos. Levando-se em conta esses posicionamentos, cabe indagar quais seriam as razões que levam as mulheres a recorrer aos serviços públicos de saúde.

O argumento principal para se recorrer aos serviços públicos é a constatação de que a grávida apresenta algum problema e o parto pode ser de risco. A esse respeito, segundo as EMSI, os principais problemas que determinam o encaminhamento da grávida para a cidade são a pressão alta; a ocorrência de sangramento; os problemas relativos ao tipo sanguíneo da grávida; e as infecções de malária. Já para as participantes indígenas, os principais problemas que levam a encaminhar uma mulher para o hospital são a pressão alta (entre os Nukuni e os Nawa, principalmente); a ocorrência de sangramento durante a gravidez; a colocação inadequada do feto na barriga e o fracasso em posicioná-lo adequadamente; o parto de gêmeos; e as complicações durante o parto, como o fato da placenta não se desprender do útero ou de um trabalho de parto demorado.

Outra razão citada pelas participantes para explicar por que as mulheres se deslocam ao hospital para dar a luz é que, dessa forma, elas têm maior facilidade para cobrar o auxílio maternidade e registrar o recém-nascido, já que quando a

⁴ Corte realizado para aumentar o orifício da vulva e facilitar a expulsão da criança

criança nasce na aldeia o trâmite é difícil devido à exigência feita aos pais de levarem testemunhas ao cartório.

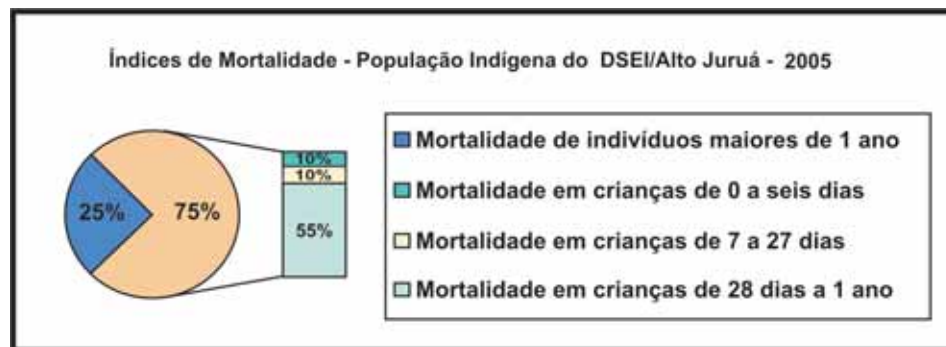
Finalmente, muitas das participantes reclamam que suas convizinhas demonstram mais confiança nas parteiras “brancas” do hospital do que nelas. Isso se deve a que as mulheres dizem ter medo de que aconteça algum problema durante o parto na aldeia. Poder-se-ia dizer que as mulheres preferem fazer o parto na aldeia, mas querem contar com as condições necessárias para serem encaminhadas para o hospital caso aconteça algum problema.

Insuficiência de dados epidemiológicos

A insuficiência de dados epidemiológicos referentes aos processos de gestação, parto e pós-parto dificulta a implementação de uma proposta de articulação entre o sistema oficial de saúde e os sistemas médicos tradicionais indígenas. Isso impossibilita tanto o delineamento do atual perfil epidemiológico desses grupos, quanto uma análise das mudanças das condições de saúde que acontecem ao longo do tempo. Hoje as novas administrações do DSEI e dos pólos-base estão desenvolvendo medidas para corrigir essa falta de dados.

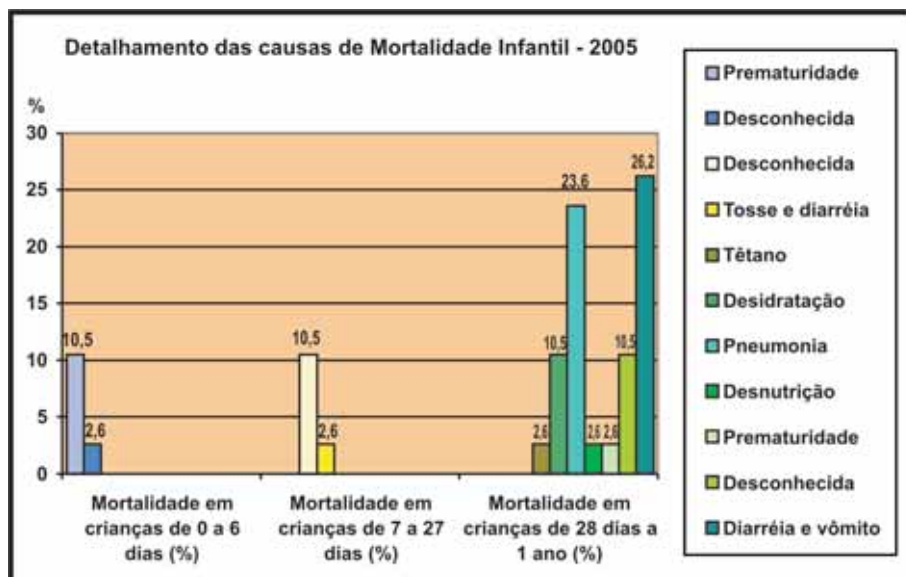
Um exemplo da necessidade desses dados para pensar em possibilidades de articulação é a questão dos cursos de capacitação de parteiras, que normalmente são justificados por discursos que mencionam à necessidade de se reduzir os altos índices de mortalidade infantil e materna. Entretanto, uma análise preliminar dos dados fornecidos pelo DSEI Alto Juruá referentes aos casos de mortalidade infantil durante o ano 2005 não sustenta esse argumento.

Como mostra o gráfico⁵ apresentado abaixo, existe um alto índice de mortalidade infantil entre a população indígena do Alto Juruá: 75,5% dos óbitos totais ocorridos em 2005 são de crianças menores de um ano. Porém, cabe ressaltar que a maior parte dessas crianças tinha mais de um mês. Infelizmente, a partir dos dados que possuímos não é possível avaliar até que ponto as causas da mortalidade perinatal e neonatal estão diretamente relacionadas com problemas derivados de partos realizados nas aldeias.



⁵ Os dados usados para a elaboração dos gráficos foram fornecidos pelo DSEI/Alto Juruá.

O gráfico apresentado abaixo evidencia que as principais causas de mortalidade infantil são a diarreia acompanhada de vômito (25%) e as doenças do aparelho respiratório (22,5%).



A mortalidade perinatal e neonatal, que podemos presumir como potencialmente derivadas de problemas ocorridos durante o parto, constituem uma porcentagem muito menor dos óbitos: em torno de 10% em cada caso. Mas, mesmo em relação à mortalidade perinatal e neonatal, os dados não apontam para causas diretamente derivadas do parto, ou pelo menos elas não são especificadas, sendo que quatro das cinco crianças falecidas antes de cumprir sete dias eram prematuras e a causa do falecimento de uma delas aparece como “desconhecida”. Além disso, não sabemos quais os casos de falecimentos que ocorreram com crianças nascidas nas aldeias ou nos hospitais. Encontramos o mesmo tipo de problema ao analisarmos os dados referentes à mortalidade neonatal. Infelizmente a causa de morte de quatro das cinco crianças falecidas entre a primeira semana de vida e o primeiro mês é “desconhecida”.

Embora seja necessário um maior detalhamento dos dados epidemiológicos (se o parto ocorreu na aldeia ou na cidade; quem realizou o parto; as circunstâncias em que ele aconteceu; os problemas associados aos partos e a identificação das causas qualificadas como “desconhecidas”) para poder definir as causas das mortes e as circunstâncias em que elas aconteceram, os dados parecem indicar que a maior parte da mortalidade infantil entre a população indígena do Alto Juruá não está diretamente relacionada com problemas derivados do parto.

A figura da “parteira”

Faz alguns anos que, no Acre, vêm sendo desenvolvidos cursos de capacitação de parteiras⁶. Ações realizadas com as parteiras não-indígenas são aplicadas às populações indígenas sem se levar em conta as suas especificidades. Faz-se necessário, refletir sobre a figura da “parteira” no meio indígena já que, como evidenciam os dados levantados pelo projeto, os sistemas de parto indígenas possuem certas particularidades que, geralmente, não são consideradas.

Em primeiro lugar deve-se problematizar a aplicabilidade do conceito de parteira para as populações indígenas, já que se trata de uma noção alheia e que foi introduzida através do contato com a sociedade envolvente. Como foi detalhado anteriormente, existe uma variedade de situações que vai desde a existência de uma figura mais definida próxima à parteira não-indígena (Nawa, Poyanawa, Nukini e Arara), até sua inexistência total (Ashaninka e Kulina).

Na medida em que o projeto visa propor ações que contribuam para articular o sistema médico indígena ao sistema oficial de saúde, é necessário pretarmos atenção nas relações já existente entre as mulheres indígenas cuidam das gestantes e do parto nas aldeias e os serviços de saúde. Percebemos que essa relação acontece de várias formas por iniciativa, principalmente, das “parteiras”. Em primeiro lugar, elas acompanham os processos de gravidez das mulheres da comunidade, sendo este acompanhamento fundamental já que permite a identificação de sintomas que indicam problemas durante a gravidez ou risco no parto. Muitas dessas mulheres costumam levar as grávidas até o pólo-base para realizar o pré-natal. Embora essa pudesse ser uma função cumprida pelos AIS, as mulheres se sentem mais à vontade sendo assistidas por outra mulher. São também as “parteiras” as que acompanham as parturientes até à maternidade. Finalmente, elas colaboram fazendo o registro dos partos realizados nas aldeias e fornecendo os dados ao pólo-base e aos AIS.

Entretanto, essas funções são obstaculizadas, conforme os depoimentos das participantes, por algumas dificuldades que enfrentam: a falta de reconhecimento pelos profissionais do hospital, que as impedem de permanecer com as parturientes durante o parto ou no pré-natal; e a ausência de ajuda para custear o combustível necessário aos seus deslocamentos.

As informações apresentadas evidenciam que ações como os cursos de capacitação, assim como, o contato com a sociedade envolvente constituem fatores importantes para o surgimento e a concretização da figura da “parteira” entre os grupos indígenas no Acre. Esse fenômeno pode contribuir para a desestruturação dos sistemas indígenas tradicionais, na medida em que o fato de ter feito ou não o curso de capacitação de parteiras passa a ser o critério que define ser ou não “partei-

⁶ Existem, ademais, reivindicações das organizações de parteiras, como a profissionalização e a contratação, que ainda não chegaram a constituir políticas públicas. Entre as participantes indígenas das reuniões percebemos essas mesmas reivindicações, não sendo possível desligar esse fato de sua ocorrência no nível geral entre as organizações de parteiras não-indígenas.

ra”. Mulheres de grande experiência adquirida ao longo da vida são excluídas dessa categoria; enquanto outras que nunca assistiram um parto, mas participaram do curso, ocupam oficialmente esse “cargo” dentro da comunidade. Se no sistema tradicional a experiência adquirida ao longo da vida por meio da prática é o que fornece o prestígio e o reconhecimento; ao se iniciar o treinamento de parteiras a capacidade de ler e escrever, conhecimentos que apenas os mais novos dominam, constitui um fator significativo para definir a pessoa adequada para fazer os cursos. No processo de profissionalização das parteiras, os mais velhos são excluídos.

Resultados do projeto

As atividades realizadas durante a primeira etapa de execução do projeto permitiram obter os seguintes resultados: 1) As informações obtidas constituem uma contribuição importante na construção de um *corpus* de conhecimento sobre as especificidades dos sistemas indígenas de parto, permitindo subsidiar a criação de políticas públicas adequadas as especificidades dos povos indígenas da região do Alto Juruá; 2) As reuniões promovidas permitiram a criação de um espaço de reflexão sobre a necessidade de promover a valorização dos sistemas médicos tradicionais e das práticas relacionadas ao processo de gravidez, parto e pós-parto, em especial entre os setores da população indígena que têm mais contato com a sociedade não-indígena, como os jovens; 3) Incentivar a colaboração entre o AIS, os pajés e as mulheres que realizam os partos nas aldeias; 4) As reuniões também se constituíram em um espaço de reivindicação das mulheres, geralmente excluídas das instâncias de negociação política existentes, onde elas puderam expor seus pontos de vista e suas propostas para a melhoria da situação de saúde das comunidades; 5) Por fim, as atividades realizadas forneceram informações sobre os critérios que determinam o uso indígena dos serviços de saúde, o que permitiu uma reflexão preliminar sobre os possíveis pontos de articulação entre esse sistema e os sistemas médicos tradicionais indígenas.

Bibliografía

- BELAÜNDE, Luisa Elvira. **El recuerdo de Luna. Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos**. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005.
- CORREIA, Cloude de Souza.. “Verbete Nawa”. **Enciclopédia dos Povos Indígenas**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2003. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/pib/epi/nawa/nawa.shtml>>.
- LAGROU, Elsje. **Caminhos, Duplos e Corpos: uma abordagem perspectivista da identidade e a alteridade entre os Kaxinawa**. Tese (Doutorado em Antropologia). São Paulo: EDUSP, 1998.
- LIMA, Edilene Coffaci. **Com os olhos da serpente: homens, animais e espíritos nas concepções katukina sobre a natureza**. Tese (Doutorado em Antropologia). São Paulo: EDUSP, 2000.

GIL, Laura Pérez. **Pelos caminhos de Yuve: cura, poder e conhecimento no xamanismo yawanawa**. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. Laura Pérez. **Relatório Etnográfico Parcial do Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e Sul do Amazonas**. 2 Produto de Consultoria Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II - Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Olhar Etnográfico, 2006.

POLLOCK, Donald. Etnomedicina Kulina. In: VENTURA SANTOS, Ricardo & COIMBRA JR, Carlos (org.), **Saúde & Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa

GRACILIANA SELESTINO WAKANĀ
LAURA PÉREZ GIL

O presente texto tem por objetivo apresentar alguns dos resultados obtidos durante a primeira etapa de execução do projeto “Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco”, realizado em parceria pela Organização Não-Governamental Comitê Inter-tribal de Mulheres Indígenas do Nordeste (COIMI) e a Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa, e financiado por esta última.

Os objetivos do projeto são três: caracterizar os sistemas da medicina tradicional indígena e, especificamente, as práticas e idéias associadas ao processo de gestação, parto e pós-parto entre os povos indígenas envolvidos; descrever as relações entre estes sistemas e o sistema oficial de saúde, definindo ainda a assistência a gestantes, parturientes e recém-nascidos que este proporciona; e, por último, valorizar e incentivar as práticas tradicionais indígenas referentes à saúde e, em particular, à saúde da mulher e da criança. Em última instância, o projeto visa, a partir dos conhecimentos levantados, apresentar propostas de articulação entre o sistema oficial e os sistemas indígenas de cuidados da saúde, com a finalidade de contribuir para um atendimento de saúde de qualidade e diferenciado às populações indígenas.

As atividades previstas pelo projeto incluem a realização de trabalho de campo entre oito grupos indígenas dos Estados de Alagoas e Pernambuco, o levantamento de dados relativos à saúde desses povos e ao atendimento a eles fornecido pelos pólos-base e os DSEI Alagoas/Sergipe e Pernambuco e, finalmente, a organização de encontros de detentores de saberes tradicionais e parteiras, para fomentar e valorizar o trabalho por eles desenvolvido. Estas atividades foram executadas conjuntamente por uma equipe interétnica, formada por cinco indígenas e uma antropóloga não-indígena que os acompanhou.

Durante a primeira etapa de desenvolvimento, o trabalho envolveu três povos indígenas do Estado de Alagoas: Kariri-Xukuru, Geripankó e Karuazu¹. São esses os povos aos quais se referem os dados apresentados no presente texto.

Caracterização do sistema de medicina tradicional indígena

Atualmente observa-se entre os povos Kariri-Xukuru, Geripankó e Karuazu que as pessoas utilizam de forma significativa os recursos da biomedicina. Este fato é interpretado, em ocasiões, tanto pelos profissionais de saúde que atendem a popu-

¹ As lideranças Wassu-Cocal foram convidadas a participar do projeto, mas se recusaram a fazer parte das atividades.

lação nas áreas, como por alguns indígenas, como evidência de que as práticas tradicionais estão caindo em desuso. Entretanto, o trabalho de campo realizado entre esses povos mostra que os sistemas tradicionais de cuidado da saúde continuam plenamente operantes, tanto no que se refere às ações e práticas, quanto ao marco conceitual. Através do trabalho de campo, foram detectadas e delineadas noções de doença e cura específicas, assim como um conjunto amplo de práticas e praticantes que conformam o sistema. O conjunto de práticas relativas ao cuidado da gestação, parto e pós-parto se encontra inserido dentro desses sistemas mais globais de saúde.

Cabe destacar que esses sistemas são, basicamente, similares entre todos os povos indígenas envolvidos na pesquisa realizada durante a primeira etapa de execução do projeto: Kariri-Xukuru, Geripankó e Karuazú. É por isso que, daqui em diante, consideraremos que o conjunto de idéias e práticas forma um único sistema comum a todos esses povos. As diferenças, quando existirem, serão especificadas. É importante também notar que, embora o sistema partilhe algumas características com a medicina popular da população não-indígena da região, possui, igualmente, particularidades que a diferenciam dela, como evidencia a centralidade dos Encantados em certos rituais de cura.

De fato, o sistema encontrado entre estes povos, apesar de seu intenso contato com a sociedade envolvente e da pressão que sofreram para abandonar seus costumes, apresenta características próprias dos sistemas xamânicos existentes entre outros povos indígenas. Não se deve esquecer, a esse respeito, que na própria conformação da “medicina popular” entre a população não-índia, a influência indígena possui um lugar destacado. Em outras palavras, apesar das influências externas ou de certas similaridades com práticas e idéias presentes na sociedade regional não-indígena, o sistema médico dos povos aqui tratados apresenta configurações específicas que o particularizam.

Os detentores de saberes

Um dos primeiros dados mostrados pela pesquisa é a existência de uma multiplicidade de termos que se referem aos praticantes da medicina tradicional entre os povos indígenas aqui tratados: rezadores, curadores, pajés, benzedeiros, ervateiros, parteiras, cantadores de toré.

Cada um desses termos se refere a um tipo de praticante, embora em certas ocasiões existam superposições entre eles pelo fato de uma mesma pessoa conhecer vários tipos de técnicas terapêuticas. Alguns deles, principalmente o termo “rezador”, fazem referência a práticas que existem também entre a população não-indígena da região. Outros, como “curador” ou “pajé”, se referem às práticas especificamente indígenas. Contudo, para fins analíticos, apresentaremos uma classificação entre as diversas técnicas de cura e entre os praticantes, considerando-os como integrantes de um mesmo sistema médico. O uso de uma técnica ou outra por um praticante para tratar determinada doença depende do diagnóstico. Os recursos e serviços de

saúde biomédicos são apropriados pelos povos indígenas se adequando a essa mesma lógica.

O **rezador**, também chamado benzedor², é aquele que utiliza a reza como forma de cura. O poder da reza deriva da fé em Deus. Essa técnica é usada apenas para curar determinado tipo de doenças, como *quebrante* ou *mau-olhado*. Embora o poder de curar derive da fé em Deus, as rezas são aprendidas por meio da observação ou dos ensinamentos de parentes próximos que conhecem essa técnica.

Essa é uma das características que os diferenciam dos **curadores**, os quais recebem seu poder e conhecimentos de Deus, em primeiro lugar, mais especificamente dos Encantados³ aos quais eles estão diretamente ligados. Afirma-se também que o curador recebe seu *dom*, como são denominadas suas capacidades especiais, da *natureza*⁴. Ele cura por meio de cânticos chamados toantes e também usa remédios preparados à base de plantas medicinais, como as *garrafadas*, banhos e outros, conforme lhe é indicado pelos Encantados que ele evoca. Diferentemente da cura realizada pelo rezador, o ritual terapêutico executado pelo curador exige o cumprimento de cuidados prévios e posteriores ao mesmo, tanto por parte do curador quanto por parte da família do paciente. Estes cuidados envolvem principalmente um determinado regime alimentar.

Entre os Kariri-Xukuru, apenas podem se tornar curadores homens pertencentes a determinados clãs familiares. Nesse sentido, essa *missão*, como é chamada, tem certo caráter hereditário. Porém, não todos os homens do clã desenvolvem essas capacidades; somente alguns o fazem. Os futuros curadores manifestam essa capacidade especial desde criança, e quando isso é detectado, os mais velhos começam a repassar os ensinamentos necessários. O curador também pode receber o *dom* dos Encantados por meio de sonhos.

É importante frisar que, diferentemente da técnica da reza, a atuação dos curadores está estreitamente relacionada com o conjunto de práticas rituais tradicionais desses povos praticadas em segredo e que por muito tempo foram reprimidas pelas autoridades (Arruti, 2004; Barbosa, 2003). Esse é o caso do Toré, um dos contextos rituais no qual a atuação dos curadores pode ocorrer. Frequentemente, os curadores são também cantadores de Toré, ou seja, aqueles que “puxam” o canto nos rituais. A participação no Toré associada à valorização da cultura indígena pode

² Para alguns, parece existir certa diferenciação entre benzedor e rezador, mas ela é leve e não obtivemos mais detalhes sobre essa questão.

³ A noção de Encantado é comum entre vários povos indígenas da região do Nordeste. Os Encantados são seres sagrados que possuem um papel central nos rituais. Na sua etnografia sobre os Kariri-Xukuru de Palmeira dos Índios, Clóvis Antunes reproduz as explicações de um dos seus informantes indígenas: eles são “índios bons que já faleceram e que antigamente foram massacrados e perderam as suas terras. Estão sempre ajudando os índios para que façam o bem e afastem-se do mal. (...) Quando estamos reunidos na fumada, o Encantado desce e ninguém o vê, porém, eles são vivos (...) O Encantado tem corpo como nós, dado por Nosso Senhor” (Antunes 1973: 107-108).

⁴ O conceito de “natureza” é também central na espiritualidade dos grupos indígenas nordestinos (Neves 2005: 114-152)

incentivar o desenvolvimento da prática dos curadores. O processo de se tornar curador exige o afastamento de certos aspectos da cultura não-indígena, especialmente do consumo de bebidas alcoólicas, fortalecendo a sua identidade indígena.

Ainda em relação aos curadores é importante mencionar que, em muitos casos, eles conhecem e usam rezas. Nesse sentido, às vezes os termos “rezador” e “curador” são usados de forma indistinta, criando a sensação de se tratar do mesmo tipo de especialista. Isso parece acontecer especialmente entre os Geripankó e os Karuazu, enquanto entre os Kariri-Xukuru a distinção é mais clara.

Estreitamente associada aos curadores está a figura do **pajé**. Os Kariri-Xukuru, por exemplo, são cientes de que a função de “pajé”, da mesma forma que a de “cacique”, foi criada dentro das comunidades indígenas pelos agentes governamentais⁵. Entretanto, esse termo foi aplicado, no seu caso, a uma figura previamente existente. Entre os Kariri-Xukuru o pajé começa sendo um curador, mas por sua evolução espiritual, se destaca entre os outros curadores. O *dom* especial como líder espiritual é reconhecido pela comunidade que convencionou considerá-lo pajé do grupo. Desde o falecimento do último pajé, alguns anos atrás, os Kariri-Xukuru não contam mais com a presença de um pajé. Contudo, isso não é impedimento para que no futuro os Encantados escolham um novo curador que exerça a função de pajé.

No caso de outros povos, como os Karuazu e os Geripankó, o pajé é escolhido pela comunidade por seu saber tradicional sem necessidade dele ser um curador.

As atribuições do pajé não se limitam à cura, embora ele seja conhecedor de todas as técnicas (plantas medicinais, rezas, toantes). De alguma forma, é de sua responsabilidade dirigir a vida ritual e espiritual da comunidade. É ele quem orienta o trabalho dos curadores e pode atuar conjuntamente quando se trata de casos graves. Através dos sonhos, ele pode receber as informações sobre a doença do paciente e o encaminhar para um outro especialista. Ele possui ainda um papel político na medida em que, em determinadas ocasiões, deve tomar decisões junto com o cacique. Porém, enquanto o papel do cacique implica lidar com o mundo exterior dos não-indígenas na defesa dos direitos indígenas, o pajé permanece dentro da comunidade trabalhando para a proteção e orientação da vida espiritual.

Por último, existem os **ervateiros**, cuja prática se baseia na manipulação de plantas medicinais. Embora existam os especialistas, é comum que muitas pessoas, em particular as mais idosas, conheçam determinados remédios preparados à base de plantas. O conhecimento relativo à preparação de remédios é ensinado e transmitido principalmente dentro do grupo familiar. Existe uma grande variedade de formas de preparo dos remédios de plantas medicinais: chá, garrafada, lambedor, defumador, banhos. Cada um desses remédios possui um uso particular. A preparação de remédios caseiros faz parte do que Menéndez (2003) chamou de “formas de auto-atenção”.

⁵ Ver Pacheco de Oliveira Filho, 1998.

O âmbito de atuação dos detentores varia de acordo com os contextos terapêuticos. Alguns deles atendem apenas pessoas do seu entorno familiar, enquanto outros são procurados tanto por pessoas da comunidade indígena, quanto por não-indígenas das cidades e localidades circunvizinhas. Chegam a reclamar, inclusive, que são mais procurados por pessoas de fora do que por seus próprios parentes e vizinhos.

Classificação das doenças

Um aspecto importante para entender o sistema médico indígena aqui tratado é a classificação das doenças, que determina a utilização de uma técnica de cura ou outra. De forma geral, as diversas técnicas não concorrem entre si, cada uma delas é apropriada para curar um tipo específico de doença, embora, várias possam ser usadas durante o percurso terapêutico até se determinar o diagnóstico e o tratamento correto. Algumas das categorias nosológicas também são encontradas entre a população não-indígena.

O *quebrante* é uma doença que afeta, geralmente, as crianças e pode ser provocado pelo olhar involuntário de outra pessoa ou, no caso do “quebrante de mato”, ser causado intencionalmente por seres invisíveis que moram na mata e que se “encostam” na criança. Apesar dos sintomas serem parecidos, o primeiro é curado pelo rezador, enquanto o segundo, apenas pode ser sarado pelo curador.

Outras doenças como *vento-caído* também afetam somente as crianças. O *fogo-selvagem* que se caracteriza pela aparição de muitos carocinhos duros na pele. O *sol-e-sereno* que causa fortes dores de cabeça ocasionadas pela exposição ao sol e ao “sereno”. O *peito-aberto* ou *corpo-aberto* que ocorre quando a pessoa passa muitas vezes embaixo de arames ou de redes. A *espinhela-caída* que afeta pessoas que trabalham na roça. O *mau-olhado* ou *olho-gordo* causados pela inveja e que apenas podem ser curadas por meio da reza.

Um aspecto que todas estas doenças têm em comum é que não podem ser curadas com remédios da farmácia. Caso estes sejam usados as doenças se agravam, chegando a provocar a morte do paciente. Dado que os índios conhecem os sintomas dessas doenças, costumam recorrer, em primeiro lugar, ao rezador. Os rezadores e curadores sabem diferenciar quais são as doenças que devem ser tratadas com recursos da medicina tradicional e quais com remédio da farmácia. Cometer o erro de não saber distingui-las pode provocar o agravamento ou a morte do doente e indica que quem assumiu o tratamento não era um “verdadeiro” curador ou rezador.

Quanto às doenças tratadas especificamente pelos curadores, destacam aquelas provocadas por espíritos – como o “quebrante de mato” que mencionamos anteriormente – ou aquelas resultantes de feitiçaria, geralmente provocada por pessoas externas à comunidade. O pajé também sabe tratar casos de feitiço, mas habitualmente limita-se a orientar o curador, intervindo só nos casos mais graves.

As plantas medicinais são usadas para prevenir várias doenças e tratar diversos tipos de afecções. Muitos dos problemas de saúde podem ser tratados com plantas e

com medicamentos de farmácia. Nesse sentido, ambos os recursos podem ser concorrentes ou se tornarem alternativas para tratamento de várias doenças, tais como: gripe, dor de cabeça, menstruação, disenteria, diabetes, cortes, problemas de pele.

Da mesma forma que existem doenças que apenas podem ser curadas com cada uma das técnicas tradicionais mencionadas, a medicina ocidental também tem seu campo exclusivo de atuação. Determinadas doenças devem ser resolvidas exclusivamente com o médico. Esta distinção entre doenças que devem ser tratadas com práticas indígenas e aquelas que apenas podem ser curadas por meio do tratamento biomédico é central nos grupos aqui tratados.

Caracterização do sistema tradicional de parto indígena

Dentro do conjunto de práticas e praticantes que caracterizamos nos itens anteriores, existem aquelas mulheres que sabem realizar os partos. As práticas referentes ao processo de gravidez, parto e pós-parto entre os povos indígenas aqui estudados estão estreitamente ligadas ao sistema médico indígena. É comum que as mulheres que fazem partos sejam, também, rezadoras ou ervateiras e utilizem esses conhecimentos para prevenir ou tratar afecções próprias das grávidas e parturientes.

Em geral, as mulheres afirmam não ser necessário nenhum cuidado especial durante a gravidez. Atualmente, muitas delas, principalmente as mais novas, apenas realizam o pré-natal e tomam os remédios prescritos pelo médico, como o sulfato ferroso. Contudo, devem cuidar para não ter emoções fortes durante a gravidez, como “susto” ou “raiva”.

Em contraste com o período de gravidez, durante o pós-parto as mães devem fazer o *resguardo* para preservar sua saúde e a do recém-nascido. Entre os cuidados a serem observados, os principais são: o repouso absoluto de três a cinco dias depois do parto; os cuidados com o asseio; as regras alimentares; evitar a exposição ao sol, ao vento e ao sereno; e não pegar peso.

Durante os primeiros dias após o parto, a parturiente deve ficar acamada e só se levantar para fazer o asseio corporal. Nos primeiros quinze dias após o parto, ela pode tomar banho de assento, lavando-se unicamente da cintura para baixo. Deve evitar, sobretudo, molhar a cabeça para que “o sangue não suba” provocando dores de cabeça. Durante um mês ela não deverá realizar esforços físicos.

Quando as mulheres dão à luz no hospital, as enfermeiras insistem para que elas lavem o corpo por inteiro. Esta recomendação é contrária à prática do *resguardo*. O banho de assento feito com plantas medicinais, não é apenas usado no pós-parto, mas para tratar outras afecções genitais.

Além do banho de assento, as parturientes devem cumprir um regime alimentar, eliminando de sua dieta alimentos considerados “carregados” (porco, peixes, carneiro, feijão de corda e vários tipos de fruta) e comer pirão⁶, carne de galinha, de

⁶ O pirão é especialmente importante porque ele ajuda produzir leite.

bode ou de boi sem muita condimentação. Os alimentos são gradualmente reincorporados à dieta, e alguns deles, como o peixe, apenas poderão ser ingeridos passados seis meses. De forma geral, as mulheres mais idosas são unânimes em afirmar que a não observância do resguardo torna as mulheres doentes.

Quando a mulher não cumpre as regras mencionadas adoece do chamado *resguardo-quebrado*, cujo sintoma principal é uma forte dor de cabeça acompanhada de febres e delírios. Se não for tratado, a mulher pode enlouquecer. Para resolver esse tipo de problema deve ser usado as garrafadas, as rezas ou os emplastros de folhas colocados na cabeça, sendo impossível sua cura com remédios alopáticos.

Tradicionalmente o parto era realizado de cócoras na casa da parturiente, com a ajuda de uma ou mais mulheres que a assistiam. Quando a criança estava mal posicionada, as mulheres mais experientes sabiam colocá-la na posição adequada. O corte do cordão e o tratamento do umbigo eram objetos de cuidados. A assepsia usando álcool antes de cortar o umbigo é mencionada em vários depoimentos, o que demonstra a influência das práticas da medicina ocidental no universo da mulher indígena. Depois de cortado, o umbigo era amarrado com um cordão de algodão e tratado com óleos vegetais, pó de cascas vegetais ou sarro de tabaco. Nos dias posteriores ao parto, a *parteira* visitava a parturiente e o nenê para prestar alguma assistência. Os cuidados tradicionais com o umbigo continuam sendo realizados na atualidade, mesmo no caso das mulheres que parem nos hospitais na medida em que, ao voltarem para suas casas, são as mães e as avós que tomam conta do recém-nascido.

Caracterização das parteiras

Até a ampliação da cobertura e do acesso aos serviços oficiais de saúde, os partos indígenas eram realizados na aldeia. Os dados levantados indicam a existência de mulheres que desempenhavam a função de parteiras e que realizavam dezenas de partos; e outras que as auxiliavam em tarefas (cortar o umbigo, esquentar água, segurar a parturiente, acompanhá-la para caminhar, preparar chás, dar massagens etc.) e que, apenas eventualmente, se viam na situação de ter que fazer o parto sozinhas. Salvo em caso de não haver pessoas disponíveis, os partos não eram assistidos por uma única mulher. Muitas delas não se identificam como parteiras, definindo sua atividade como “fazer um benefício” ou “ajudar a pegar menino” (Silva, 2007).

As práticas de assistência ao parto eram aprendidas pelas iniciantes por meio do acompanhamento de mulheres mais experientes, geralmente parentas próximas mais velhas como mães, avós e tias. Outras, entretanto, afirmam que não aprenderam com ninguém e que o conhecimento que elas possuem a esse respeito foi adquirido como um *dom* de Deus. É importante notar que nenhuma das mulheres entrevistadas fez curso de capacitação de parteira, nem fizeram menção a que outras mulheres o tenham feito.

Muitas destas mulheres possuem outros conhecimentos sobre práticas de cura, principalmente a reza ou o uso de remédios caseiros. Normalmente são elas as que

conhecem os tratamentos relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher, como os remédios usados para regularizar a menstruação de forma que esta dure poucos dias e o sangramento não seja abundante, o controle da natalidade, o banho de assento e os remédios para resguardo-quebrado.

Situação atual do sistema de parto: problemáticas levantadas

Em contraste com o passado recente, quando a maior parte dos partos acontecia nas aldeias, hoje as mulheres dão à luz principalmente nos hospitais. Segundo os dados levantados nos pólos-base, entre os Karuazu, os Katokin e os Kariri-Xukuru nenhum dos partos acontecidos em 2006 foi domiciliar. Entre os Geripankó, 45% dos partos foram domiciliares. Atualmente, a maioria dos partos ocorridos na aldeia não é resultado de uma escolha, mas se deve a circunstâncias relacionadas, principalmente, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Contudo, deve se levar em conta que a recorrência aos hospitalais para realização do parto é recente. Das trinta grávidas entrevistadas, dezenove menores de vinte e cinco anos, nunca haviam parido em casa e todas manifestaram intenção de dar à luz no hospital. Enquanto as dez mulheres com mais de cinqüenta e cinco anos, nenhuma fez parto hospitalar. Esses dados indicam que, num período de aproximadamente quize anos, houve uma mudança: os partos domiciliares assistidos por parteiras, passaram a acontecer, quase em sua totalidade, no hospital.

É preciso investigar quais os motivos para uma transformação no que se refere aos cuidados associados com a gravidez, o parto e o pós-parto e suas conseqüências para a saúde da mulher e do recém-nascido. Os dados levantados pela pesquisa indicam que, atualmente, as parteiras não querem mais atuar; e as mulheres, especialmente as mais jovens, preferem o parto hospitalar.

Algumas parteiras afirmam que pararam de atuar porque as mulheres deixaram de procurá-las. Porém, hoje muitas não querem mais prestar esse serviço porque os profissionais de saúde são responsáveis pela assistência à gestante e ao parto. Além disso, as parteiras temem ser responsabilizadas por eventuais complicações associadas a gestação e ao parto. Mesmo sem uma intervenção direta dos profissionais de saúde inibindo a atuação das parteiras, segundo elas, a idéia de que as vidas das crianças e das parturientes é responsabilidade da parteira que assiste o parto, tem criando receio entre as mesmas. Essa reticência é fomentada pelos familiares, principalmente maridos e filhos, que advertem as parteiras sobre o perigo de assumir uma função que pode trazer problemas. Muitas delas, já de idade, alegam que a “falta de vista” e de forças as impedem de continuar atuando.

Contudo, embora muitas delas não estejam mais fazendo partos, desempenham ainda um papel importante na assistência às grávidas, parturientes e crianças, orientando-as quanto aos cuidados a serem observados, especialmente, no período pós-parto e fornecendo remédios tradicionais em casos de infecções leves, resguardo-quebrado ou risco de aborto.

Por último, cabe mencionar que as parteiras não são as únicas pessoas que cuidam das grávidas e parturientes. Quando acontecem determinados distúrbios o curador, o pajé ou o ervateiro podem ser acionados.

Por outro lado, as mulheres mais jovens preferem o parto hospitalar. Algumas explicam que a opção de parir no hospital se deve ao fato das parteiras se recusarem a realizar o parto nas aldeias ou devido à inexistência de parteiras experientes nas comunidades.

As razões para não recorrer ao parto domiciliar aduzidas com mais frequência não são muito elaboradas. Alude-se à periculosidade que implica o parto na aldeia ou se responde, simplesmente, que no hospital “é melhor”. Existe uma percepção de que o parto é um acontecimento de risco, para o qual a parteira não está preparada. Mesmo considerando os aspectos positivos do parto em casa, quando chega o momento de parir, as mulheres são assaltadas pelo receio de haver complicações durante o parto. De alguma forma, o receio das grávidas está ligado ao medo das parteiras: a parteira é desestimulada a fazer partos ao ser projetado sobre ela a responsabilidade sobre a vida e o bem-estar da gestante e do recém-nascido; e a grávida se sente insegura ao perceber o medo da parteira.

Embora não seja muito mencionado, alguns comentários deixam ver que esta atitude é também promovida pelos profissionais de saúde, que incentivam as mulheres a dar à luz no hospital, às vezes alegando que a gravidez é de risco.

De qualquer forma, mesmo que algumas mulheres afirmem que é melhor o parto no hospital, outras não o consideram de forma tão positiva. Nas entrevistas são apontados alguns aspectos negativos do parto hospitalar, como as infecções que as crianças pegam ocasionalmente e a dificuldade de cumprir o resguardo pós-parto. O hospital é considerado como um lugar onde existe uma assistência técnica, as cesáreas podem ser consideradas um exemplo, mas também um descuido com os cuidados que fazem parte do processo geral, especialmente no período pós-parto, como o resguardo ou o cuidado do umbigo da criança.

Entretanto, mesmo que muitas mulheres escolham o hospital para fazer o parto, continuam preservando alguns cuidados, como o uso dos remédios tradicionais para tratar problemas tanto na gravidez quanto no período pós-parto. De outro lado, as parteiras reconhecem que várias mulheres ainda as procuram para fazer o parto, mas são elas que não querem assumir essa responsabilidade.

O desaparecimento de pessoas com capacidade e experiência para realizarem partos dentro das aldeias tem duas implicações: de um lado, elimina a possibilidade do parto domiciliar, que ainda é uma opção de algumas mulheres; de outro, cria uma situação de risco, já que, se por qualquer circunstância for preciso fazer um parto na aldeia, não haverá ninguém preparado para tanto. Deve ser levado em conta, a este respeito, que o acesso aos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) não é sempre possível devido a falta de recursos, de transporte, dificuldade de acesso e de comunicação. A reticência atual das parteiras em assistir partos faz com que, quando se vêm obrigadas pelas circunstâncias a assistir uma parturiente, não se

sintam preparadas para fazê-lo. A desvalorização do trabalho das parteiras torna as mulheres indígenas dependentes do sistema oficial de saúde que, por sua vez, não consegue cobrir satisfatoriamente as suas necessidades de saúde.

Contudo, foi detectado que algumas jovens indígenas apresentam qualidades especiais (definidas como *dom*) e interesse em aprender e retomar práticas tradicionais de cuidado com a gravidez, o parto e o pós-parto. Falta a elas incentivo e apoio para desenvolver essas atividades.

Resultados e propostas

As atividades do projeto constituem-se em um primeiro esforço para valorizar e fortalecer as práticas, os conhecimentos e a atuação dos praticantes das medicinas tradicionais dos povos indígenas na região do Nordeste.

Dentre os resultados alcançados na primeira etapa de execução do Projeto Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais dos Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco estão:

- A caracterização dos sistemas tradicionais indígenas de cuidados da saúde e de assistência à gestação, parto e pós-parto e sua interface com o sistema oficial de saúde;
- O levantamento de dados epidemiológicos dos povos focados pelo Projeto;

A execução da pesquisa por parte de uma ONG indígena teve resultados positivos. Durante o processo de desenvolvimento do projeto a equipe indígena se apropriou de técnicas e metodologias de pesquisa importantes para a realização de trabalhos futuros junto aos povos indígenas no Nordeste. Igualmente, a participação indígena na equipe de trabalho foi decisiva para a obtenção de um conjunto significativo de dados relevantes em pouco tempo de pesquisa.

A partir da pesquisa realizada até o momento, se pode apontar possíveis pontos de articulação entre o sistema oficial de saúde e o sistema médico tradicional indígena:

- Promover uma melhor compreensão das particularidades socioculturais e das práticas terapêuticas indígenas tradicionais, por meio de capacitação em medicina tradicional indígena das EMSI e dos funcionários e gestores dos DSEI e Coordenações Regionais.
- Valorizar as práticas tradicionais indígenas de cuidados com a saúde, incentivando que os AIS e auxiliares de enfermagem indígenas sejam agentes de articulação entre os sistemas médicos indígenas e o sistema oficial de saúde.
- Dar continuidade aos encontros comunitários de detentores de saberes tradicionais para se tratar, registrar e fortalecer a medicina tradicional indígena.
- Facilitar a transmissão de saberes entre os diferentes setores dos povos indígenas referentes às práticas tradicionais de cuidados relacionadas ao sistema de parto, fornecendo apoio as jovens que demonstram interesses em dar continuidade ao trabalho das parteiras tradicionais.

- Fomentar a articulação entre o trabalho das parteiras e os serviços de saúde, permitindo que as primeiras acompanhem as gestantes no pré-natal e nos partos hospitalares quando assim for solicitado pela parturiente.

Bibliografia

- ANTUNES, Clóvis. **Wakona-Kariri-Xukuru. Aspectos Sócio-Antropológicos dos Remanescentes Indígenas de Alagoas.** Maceió, Universidade Federal de Alagoas, 1973.
- ARRUTI, José Maurício. **A produção de alteridade: O toré como código das conversões missionárias e indígenas.** VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra, 2004.
- BARBOSA, Wallace de Deus. **Pedra do encanto: dilemas culturais e disputas políticas entre os Kambiwá e os Pipipã.** Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria / LACED, 2003.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(1):185-207, 2003.
- NEVES, Rita de Cássia. **Dramas e Performances: o processo de reelaboração étnica Xukuru nos rituais, festas e conflitos.** Tese (Doutorado em Antropologia Social). Florianópolis, UFSC, 2005.
- OLIVEIRA FILHO, João Pacheco. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos coloniais. **Mana**, 4(1):47-77, 1998.

Considerações sobre a construção do Projeto de Medicina Tradicional Indígena em Roraima: Convênio CIR - Saúde

ELAINE MOREIRA

“Todo o conhecimento que transmite seus seguidores; ensina-os, assim, o bem viver neste mundo para aceder a vida após a morte. Devo observar que os cantos via de regra, incidem tematicamente sobre as normas da socialidade, propondo basicamente uma ética” (Santilli, 2000:33).

As reflexões que ora apresentamos têm como referência uma série de documentos dos encontros sobre medicina tradicional¹, organizados por lideranças indígenas no Estado de Roraima e de relatórios sobre a discussão de um projeto a ser financiado pela Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI), Projeto Vigisus II/Fundação Nacional de Saúde (Funasa). As lideranças indígenas que participam nesse processo de negociação do projeto são na sua maioria das etnias Macuxi e Wapixana, engajadas no Conselho Indígena de Roraima (CIR). Trata-se de um projeto de Medicina Tradicional Indígena que combina o atendimento da demanda do CIR pela construção de hortos de plantas medicinais em três comunidades indígenas, à reflexão e à produção de conhecimentos etnográficos sobre aspectos do sistema médico tradicional desses povos indígenas. A partir desse exemplo, buscarei compreender o contexto onde ele nasce e destacarei alguns pontos que poderão ser avaliados em outros projetos.

As lideranças do CIR e os técnicos da AMTI vêm negociando as linhas de ação deste projeto desde a 34ª Assembléia dos Povos Indígenas de Roraima, que aconteceu em fevereiro de 2005, na Comunidade de Maturuca, região das Serras, na Terra Indígena Raposa da Serra do Sol. Desde então foram realizadas cinco reuniões de trabalho durante os anos de 2005 e 2006 para se chegar a um consenso quanto às diretrizes e as linhas de ação do referido Projeto.

O CIR, organização indígena com mais de trinta anos de experiência, tem pautado o seu trabalho na luta por direitos indígenas com ênfase nas questões territoriais². Mantém também um convênio com a Funasa para prestar os serviços de atenção básica aos povos indígenas na região conhecida como Leste de Roraima.

¹ 1992 - Encontro medicina tradicional Missão Surumu; 1994 - Criação de uma Cartilha e a formação dos agentes Indígenas de Saúde e chegada dos Médicos Sem Fronteira em Roraima; 1995 - II Encontro Medicina Tradicional; 1997 - Encontro Medicina Tradicional BV; 1997 - Encontro Medicina Tradicional. Cir e Pastoral Indígenista. Palestrante Centro Nordestino de Medicina Popular, com Dr. Celerino; 2001 - Encontro na Raposa Palestrante Irmã Augusta e Clotilde; 2003 - Encontro Bismarck Palestrante Irmã Augusta e Clotilde; 2004 - Encontro Estadual de Medicina Tradicional; 2005 - Início da discussão do projeto sobre Medicina Tradicional Indígena com a AMTI, Projeto Vigisus II/Funasa.

² A luta mais conhecida continua sendo a defesa da TI Raposa Serra do Sol, homologada em 2005 e ameaçada por invasores não indígenas.

Na região de lavrado e de serras vivem os povos Macuxi, Wapixana, Ingarico, Taurepang, Patamona e Sapara e, na região de floresta ao sul do Estado de Roraima, vivem os Wai Wai. Com exceção dos Wapixana, povo da família lingüística Aruak, os demais são falantes de línguas Carib. Estas áreas compõem as regiões atendidas pelo Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Leste de Roraima.

Nos últimos anos, pude acompanhar de perto o processo de organização do CIR na luta pela efetivação dos direitos indígenas à terra e à saúde e educação diferenciada. Quero chamar a atenção para a organização interna do CIR que instituiu centros e coordenações regionais e realiza uma série de reuniões: reuniões nas comunidades; assembléias anuais; e as reuniões de coordenação ampliada que envolvem outras organizações indígenas como a Organização das Mulheres Indígenas de Roraima (OMIR) e a Organização dos Professores Indígenas de Roraima (OPIR).

Essas reuniões tornaram-se, na prática, uma metodologia de trabalho que permitem a construção de espaços e encontros, a troca de informações, a afirmação de autoridades, a tomada de decisões coletivas, as cobranças e as celebrações. Este modo de organização dá o ritmo e determina o espaço das decisões e intervenções, juntamente com seus aliados, em busca de seus objetivos. Ela também celebra suas lideranças, cria novas e dá o tom dos discursos por direitos e reivindicações dos povos indígenas que buscam representar. É um espaço de poder.

Há quinze anos, o CIR realiza Encontros Estaduais sobre Medicina Tradicional. Esses eventos tinham como objetivo incentivar o resgate dos saberes e das práticas de saúde que estariam sendo esquecidas pelas novas gerações.

Os Encontros

Em 1992 aconteceu o 1º Encontro Estadual de Medicina Tradicional na Raposa da Serra do Sol³. Um dos resultados do 2º Encontro Estadual, em 1997, foi a elaboração do “Manual de Receitas de Medicina Tradicional Indígena no Leste de Roraima: povos Macuxi, Wapichana, Taurepang, Saporá, Inguaricó, Patamona e Wai-Wai”. Esse documento foi feito com base em uma pesquisa realizada pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) junto aos pajés, rezadores e parteiras indígenas. O Manual apresenta receitas com “remédios caseiros” feitos à base de plantas e os cânticos utilizados no tratamento das doenças. O que motivou esta tentativa de resgate foi a descontextualização que estas práticas sofreram no decorrer do processo histórico de contato interétnico: certos aspectos dos sistemas médicos indígenas como regras, segredos, restrições, foram colocados de lado na busca de fomentar a medicina tradicional reduzida aqui ao uso de plantas medicinais. Voltaremos a este ponto.

O 3º Encontro Estadual de Medicina Tradicional em 2003 apresenta um quadro mais diverso de lideranças indígenas, passando a ser visto como um momento de intercâmbio e de troca de experiências entre pajés, rezadores, parteiras, AIS e

³ Na prática ocorreram diversos encontros, especialmente na sede conhecida como Missão Surumu. Aqui nos reportamos aos documentos que conseguimos reunir.

professores indígenas. Naquela ocasião, as lideranças apontaram como problema a desvalorização dos saberes e as práticas tradicionais de cuidado com a saúde e dos especialistas de cura indígenas. Nota-se que estas preocupações permanecem nos encontros de 1992 e 1997.

“Antigamente a medicina e o pajé eram muito importantes e respeitados por todos. A criança ao nascer era rezada para não pegar doenças, as mães resguardavam quarenta dias com ajuda de seus esposos. As meninas, em sua primeira menstruação, ficavam trinta dias trancadas em um quarto e só podiam conversar com sua mãe. Depois disso, elas podiam sair. Diferentes das meninas, os meninos sofriam mais, levavam ferradas de Tucandeira e outros insetos perigosos” (CIR, Relatório do 3º Encontro de Medicina Tradicional Indígena, 2003).

A presença quantitativa e qualitativa de lideranças do CIR, assim como dos especialistas em cuidados e cura indígena nos encontros mais recentes trouxeram para o debate a discussão sobre as práticas de cura destes povos como recursos terapêuticos eficazes. Relembrou a vivência do luto; os segredos dos pajés; os pajés do bem e do mal; o dom para se tornar pajé, em suma, falaram de um contexto de práticas na busca do bem estar social, moral e físico.

Esse, a nosso ver, é um aspecto importante para se pensar os projetos de Medicina Tradicional Indígena. No entanto, ainda podemos nos perguntar sobre os motivos pelos quais o projeto apresenta uma proposta de construção de hortos de plantas medicinais já experimentada em momentos anteriores. Uma das razões parece ser o interesse dos diferentes agentes indígenas e não-indígenas em torno da cura. Os hortos podem exibir um conhecimento variado de plantas a ser apresentado de forma visível e concreta, seja no interior das comunidades, seja para os agentes externos. Esta visibilidade pode contribuir para um maior diálogo entre diferentes especialistas acerca das medicinas tradicionais indígenas. Essa parece ter sido a experiência junto às missionárias nos anos 90.

Tradicional e Natural

As missionárias católicas foram e são agentes ativos neste processo. Dedicaram boa parte do seu trabalho na organização de cursos sobre plantas medicinais, oficinas de preparação de remédios caseiros e encontros de medicina tradicional. Nos anos 90, este trabalho conseguiu aglutinar especialistas em plantas e cânticos, reunindo esses conhecimentos em cartilhas de plantas medicinais distribuídas entre as populações indígenas. O contexto do uso das práticas tradicionais pouco foi levado em consideração nas iniciativas de resgatar o que era considerado “medicina tradicional”. Havia uma valorização dos “remédios caseiros” e uso de plantas medicinais. Isto fica claro nas falas das missionárias nos Encontros de Medicina Tradicional, chegando a promover, em 1997, o encontro com um assessor do Centro Nordeste de Medicina Popular. Como se o “natural popular” fosse equivalente ao “natural tradicional indígena”.

Uma primeira observação se refere à aproximação de significados estabelecidos entre a medicina tradicional e a medicina natural ou fitoterapia nos discursos dos participantes proferidos durante os Encontros de Medicina Tradicional.. Essa confusão semântica revela importantes tentativas de troca entre os diferentes agentes (praticantes indígenas da medicina tradicional, missionárias e profissionais de saúde) na promoção da saúde dos povos indígenas de Roraima. Essa confusão ainda permanece, mesmo que hoje se reconheça a medicina tradicional indígena como diferente da “medicina popular natural”.

Ao longo dos últimos dez anos, esse processo foi apropriado pelos especialistas indígenas que encontraram nas reuniões, nos projetos e na luta pelos direitos vinculados à proteção dos conhecimentos tradicionais, maiores espaços dentro das organizações indígenas, permitindo a interação entre os atores que compõe o campo da saúde indígena.

A Escola Indígena de Surumu passou a produzir própolis, pomada de própolis, xaropes de plantas, produtos usados hoje pela Pastoral Indigenista da Cidade e na Pastoral de Criança. O trabalho de atendimento à saúde, prestado pelas missionárias já envolvia a formação de auxiliares indígenas. Esta metodologia teve continuação e foi incrementada nos anos de atuação da Organização Não-Governamental Médicos Sem Fronteira (MSF), na região do Leste de Roraima, durante os anos de 1994 a 1996. Depois, a criação dos DSEI, retomou a figura do AIS. Apesar das mudanças na gestão dos recursos humanos da saúde indígena, o discurso sobre o uso das plantas medicinais como equivalentes à medicina tradicional indígena e a descontextualização de muitas práticas de cuidados com a saúde permaneceram.

Neste período, também aconteceram mudanças nas políticas públicas para a saúde indígena, algumas práticas de cuidado receberam propostas dirigidas, como foi o caso do trabalho das parteiras indígenas e dos AIS, que passam a ter uma relação diferenciada com os DSEI. Há uma demanda para os AIS se aproximarem dos especialistas tradicionais e ao mesmo tempo serem eficazes no atendimento prestado à saúde da população indígena.

Enfim, as experiências dos hortos de plantas medicinais nasceram nesse contexto de emergência de novos atores e novos discursos sobre os recursos e cuidados para com a saúde indígena. As propostas de trabalhos em conjunto entre os praticantes da medicina tradicional, os AIS e professores indígenas e os profissionais de saúde; a criação de um posto e de remuneração para o trabalho dos pajés; os cursos de preparação de remédios caseiros procuram promover a convivência entre diferentes práticas de curas. Para alguns, as plantas medicinais podem também ser uma via de valorização dos especialistas tradicionais, possibilitando a criação de novos contextos e espaços para que estes atores interfiram na oferta de serviços de saúde. Este aspecto parece ser importante na avaliação das propostas sobre medecinas tradicionais.

Saúde como direito

No contexto de conflitos sociais onde atua o CIR, saúde nunca foi um campo separado de outras reivindicações como terra, cidadania e educação. O que contribuiu de forma definitiva, para o engajamento destas lideranças nas esferas institucionais de controle social, incentivando a participação das mesmas na construção do DSEI Leste de Roraima.

Nos últimos anos o tema da saúde passou a fazer parte da pauta das organizações indígenas. Nota-se uma grande preocupação com a mudança de hábitos alimentares; com o surgimento de novas doenças (especialmente DST-AIDS); e com o comportamento dos mais jovens. Essas preocupações trouxeram para a arena do debate a importância da medicina tradicional e as suas relações com as práticas alimentares, com os resguardos, com as relações sociais de confiança e de proteção. Com este diagnóstico, muitas lideranças passaram a discutir a saúde não apenas na avaliação dos serviços oferecidos pelo Estado, mas deram ênfase aos especialistas e práticas de cuidados tradicionais que estavam sendo “esquecidos”.

Outro fator que contribuiu para este processo foi a luta jurídica dos Wapixana para derrubar uma patente internacional. Nos final dos anos 90 um pesquisador que reivindicava uma origem wapixana na Guiana, identificou princípios ativos de plantas usadas por esta etnia e as patenteou. A luta pela defesa dos conhecimentos tradicionais entrou na pauta da organização quando o CIR passou a atuar na derrubada desta patente. Temos de um lado, a medicina tradicional como temática para novos projetos e, por outro lado, a inclusão da defesa aos conhecimentos tradicionais na pauta de reivindicações indígenas.

Nos diversos encontros sobre medicina tradicional, as lideranças do CIR inseriram em seus discursos a necessidade de valorização dos pajés, rezadores, parteiras e dos recursos tradicionais disponíveis que compõem o sistema de cuidados com os seres humanos e as suas relações sociais. Esta valorização se faz necessária diante da concorrência com outros serviços e recursos disponíveis legitimados por saberes populares e científicos. Como consequência, o abandono de certas práticas colaborou para que os conhecimentos tradicionais não fossem difundidos, praticados e transmitidos para as gerações mais novas.

O diálogo possível

A construção de hortos de plantas medicinais busca assim revitalizar o uso de algumas plantas, constituírem espaços para a transmissão de conhecimentos entre as gerações e dar maior visibilidade às práticas indígenas de cuidados com a saúde. Esta visibilidade visa, de um lado, a valorização interna destas mesmas práticas, especialmente entre os mais jovens. Por outro lado, busca favorecer o diálogo entre os especialistas indígenas e os profissionais da saúde, contribuindo para a construção de um atendimento diferenciado à saúde indígena. Quando os indígenas se apropriam desses espaços, nota-se uma presença maior de parteiras, rezadores e pajés junto às lideranças políticas do CIR. Eles passam a falar dos resguardos, da alimen-

tação, dos rituais, das mudanças de comportamentos. Como nos lembra Santilli (2000), eles nos falam de uma ética. Os trabalhos etnográficos (Farage, 1997) atestam um conhecimento vivo e presente relativo aos cuidados, à compreensão dos estados mórbidos e à prevenção de doenças que, muitas vezes, permanecem invisíveis para os serviços de saúde prestados a estas populações.

Os atores desse processo têm clara a importância dos serviços biomédicos e buscam criar estratégias para que os profissionais de saúde possam realizar o seu trabalho, pautando-se no respeito às especificidades dos povos indígenas. Eles apontam como problema não apenas a hipermedicalização, mas também a necessidade de promover o respeito às diferenças, seja na aldeia, seja nos serviços médico-hospitalar realizados nos municípios.

Em suma, o projeto procura responder a dois problemas: o primeiro seria a necessidade de valorizar os conhecimentos tradicionais e as suas formas de transmissão; em segundo lugar, promover estratégias para preparar os serviços de saúde para a convivência com a diferença cultural. Neste sentido, os hortos medicinais devem ser considerados como um meio de instaurar novos espaços de diálogos entre saberes.

O projeto pretende ainda envolver estudantes indígenas do ensino médio e universitário na equipe de pesquisa, coordenada por antropólogos. Eles usarão ferramentas metodológicas como o acompanhamento de itinerários terapêuticos, coleta de histórias de vida e técnicas de Diagnóstico Rápido Participativo. O processo de implementação dos hortos, assim como, a circulação de plantas e de medicamentos remédios deverão ser registrados pela equipe. O tempo para a execução deste projeto que é de um ano, impõe um limite a sua realização, na medida em que temas relevantes a serem abordados, como a apropriação, uso e circulação das plantas e medicamentos, correm o risco de não serem aprofundados. O lado prático do projeto relativo a implementação de hortos de plantas medicinais não deve ser o único a ser considerado. As dinâmicas sociais envolvidas nestas propostas devem ser valorizadas, redirecionando o olhar para o impacto das atividades sobre as relações socioculturais comunitárias.

O Dilema entre Tradição e Mudança

A invisibilidade das práticas tradicionais de saúde indígena para as agências ocidentais que trabalham junto a estas populações é, até os dias de hoje, um entrave ao diálogo e à construção do respeito dos serviços de saúde para com os povos indígenas.

Existem várias expectativas por parte dos diferentes atores envolvidos neste processo, variando do resgate da “medicina tradicional perdida” à diminuição do uso e dos medicamentos alopáticos. Pensar a construção dos hortos de plantas medicinais como **um meio** para se falar e se conhecer mais sobre o uso dos recursos de saúde disponíveis nas aldeias para uma vida feliz, pode apoiar a participação mais ativa dos praticantes das medicinas tradicionais. Nesse con-

texto, a interlocução dos diferentes especialistas indígenas e não-indígenas passa a ter um valor imensurável.

É inquestionável que existe uma pressão externa sobre os significados do tradicional. Esse é um outro aspecto a ser aprofundado. Este tipo de projeto tem na pesquisa e na documentação ações primordiais, onde o trabalho de campo se torna importante para o entendimento das práticas e do gerenciamento indígena dos recursos terapêuticos que estão à sua disposição. Isso nos permitirá romper com os entraves que a dualidade entre tradicional e não-tradicional apresenta. Não seria, portanto, apenas identificar o que é ou não tradicional, mas conhecer os recursos e seus usos feitos pelos atores na busca pela melhoria da saúde. Em outras palavras, seria compreender como os sistemas médicos se comunicam e interagem.

A presença dos serviços de saúde organizados no território destas populações indígenas facilita o acesso. Entretanto, estas populações observaram dois problemas advindos desta situação: de um lado, a hipermedicalização; e do outro, o comprometimento das formas de transmissão dos conhecimentos relacionados aos cuidados para com a saúde.

A valorização dos especialistas e dos recursos de cuidados terapêuticos está inserida num contexto de luta por direitos e dignidade destas populações. Este processo está presente na defesa dos recursos naturais, na construção de uma educação diferenciada e na luta contra o racismo. Esta motivação fez com que ao longo desses anos o tema da medicina tradicional adquirisse cada vez mais espaço entre as lideranças.

O projeto de Medicina Tradicional Indígena e a construção dos hortos de plantas medicinais vêm responder às demandas do CIR: de um lado, valorizar seus especialistas indígenas; por outro, incentivar o uso das plantas medicinais como recursos terapêuticos e assim promover a circulação destes conhecimentos e práticas tradicionais de cuidado com a saúde. Chamamos a atenção para o fato de que tudo aquilo que acontece no entorno do horto é tão importante quanto viabilizar o acesso às plantas e ao plantar, pois criam dinâmicas socioculturais que devem ser consideradas nos Projetos de Medicina Tradicional Indígena.

Bibliografia

- FARAGE, Nadia. **As Flores da Fala: Práticas Retóricas entre os Wapishana**. Tese de Doutorado, Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 1997.
- SANTILLI, Paulo. **Pemomngon Pata: Território Macuxi, rotas de conflito**. São Paulo, Editora Unesp, 2000.

Remédios do Mato e Remédios de Farmácia: relações entre o sistema médico Fulni-ô e o sistema oficial de saúde

LILIANE CUNHA DE SOUZA

O presente texto objetiva refletir sobre as relações estabelecidas entre o sistema médico Fulni-ô e o sistema oficial de saúde, a partir das interações entre os *remédios do mato* e os *remédios de farmácia*¹, no processo saúde/doença/tratamento. A pesquisa realizada² se insere no âmbito do Projeto Estudos para Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação Fulni-ô de Plantas de Uso Medicinal³.

Esse Projeto tem como antecedente um conjunto de iniciativas que vem sendo realizadas desde 2001, pela Associação Mista Cacique Procópio Sarapó, no sentido de estimular os saberes e os usos tradicionais das plantas medicinais⁴. Para tanto foi construído um horto de plantas medicinais objetivando a distribuição de mudas entre as famílias Fulni-ô para criação de hortas domiciliares, bem como, implantou-se um processo de divulgação dos saberes relativos ao uso dessas plantas entre a população, sobretudo entre crianças em idade escolar. Como desdobramento dessas atividades criou-se a Oficina de Manipulação de Plantas de Uso Medicinal⁵ para a produção de fitoterápicos.

A fim de discutir como se dá a lógica de apropriação de elementos do sistema oficial de saúde pelo sistema médico indígena, esse artigo se divide em três partes: na primeira há uma apresentação dos Fulni-ô, de seu perfil epidemiológico e da situação dos serviços prestados pelo sistema oficial de saúde; na segunda, apresenta alguns aspectos do sistema médico Fulni-ô; e na terceira parte, é realizada uma discussão sobre as relações entre os *remédios do mato* e os *remédios de farmácia*.

¹ Entre os Fulni-ô, a denominação *remédio de mato* se refere aos remédios feitos com plantas de uso medicinal, sob diversas formas, tais como: mascar sementes, cascas e folhas; deixar cascas em repouso na água; chás; defumadores; banhos; banhos de assento; lambedores e garrafadas. O termo *remédio de farmácia* diz respeito aos medicamentos distribuídos pela Farmácia Básica do Pólo-Base Fulni-ô, como também comprados em farmácias e vendas de Águas Belas (PE).

² Esse artigo está baseado na pesquisa-ação antropológica iniciada em outubro de 2005 pela antropóloga consultora da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II, Funasa.

³ Os objetivos desse projeto consistem na realização de um estudo etnobotânico, na organização da produção de fitoterápicos na Oficina de Manipulação, na valorização dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde, na pesquisa antropológica sobre o sistema médico Fulni-ô e suas relações com o sistema oficial de saúde e no registro etnográfico do desenvolvimento do Projeto. Esse projeto é financiado pela Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa.

⁴ As atividades da primeira fase desse projeto foram financiadas pelo Projeto Vigisus I/Funasa.

⁵ Para que a Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária (APEVISA) liberasse o funcionamento da Oficina de Manipulação Fulni-ô foi necessário uma readequação da obra para contemplar as exigências sanitárias estabelecidas por essa instituição. O processo de adequação da obra foi iniciado em novembro de 2006 com previsão de ser concluído em abril de 2007.

Os Fulni-ô

Os Fulni-ô constituem uma população de 3.657 indivíduos (Funasa, 2006) que habitam um território de 11.506 ha, situado no vale do rio Ipanema, região de serras compreendida na fronteira entre o agreste e o sertão de Pernambuco, nordeste brasileiro.

Na TI Fulni-ô, existem três núcleos populacionais: a aldeia sede, a aldeia Xixiaklá e a aldeia Ouricuri, habitada apenas durante o período de ritual. De um total de 896 famílias, 871 vivem na aldeia sede e 25 na aldeia do Xixaklá (Funasa, 2006). A aldeia do Ouricuri, considerada um local sagrado, é habitada somente no período ritual que ocorre anualmente entre os meses de setembro e dezembro. Nela se localiza uma mata que constitui em um importante ponto de coleta de plantas de uso medicinal e de matéria prima para a elaboração do artesanato.

Os Fulni-ô são o único grupo indígena bilíngüe em Pernambuco, falam *yaathê* além do português, língua pertencente ao tronco lingüístico Macro-Gê. Apenas aos Fulni-ô é permitido se ensinar o *yaathê*, participar do ritual do Ouricuri, ter acesso à cosmologia e a aspectos de sua organização social, a exemplo da divisão clânica. Tais aspectos são protegidos pela fronteira simbólica do segredo que aos não-Fulni-ô é estabelecida.

A organização social Fulni-ô é caracterizada pela existência de cinco clãs, com descendência patrilinear. A organização política Fulni-ô é composta pelo cacique, pelo pajé e um conselho de lideranças político-religiosas formado por dezessete representantes dos cinco clãs. No ritual Ouricuri, o pajé é a principal liderança, fora dele ambos desempenham papel semelhante no que diz respeito às questões que envolvem essa comunidade.

Segundo Xyce, existem doze associações Fulni-ô, comumente constituídas pelos grupos familiares que compõem os cinco clãs. Essas associações são geralmente regidas pela lógica de parentesco, elas se caracterizam por empreenderem projetos de desenvolvimento que contemplam especialmente as famílias que compõem seus respectivos clãs. Nesse contexto, está situada a Associação Mista Cacique Procópio Sarapó, fundada em 1991, considerada a mais antiga associação Fulni-ô com aproximadamente 160 associados.

No que diz respeito à saúde dos Fulni-ô, de acordo com dados relativos às morbidades sofridas por essa população (Funasa, 2004), verifica-se que a maioria delas faz parte do grupo de doenças carenciais⁷, ou seja, doenças que refletem uma situação sanitária caracterizada pela precariedade nas condições de vida, causada por: invasão de terras; falta de saneamento básico e de condições adequadas para

⁶ Em *yaathê*, Fulni-ô significa “*nós somos do rio*”, referindo-se ao rio Ipanema, situado ao sul do território indígena.

⁷ Em 2003, observou-se que os mais elevados índices de demanda dos serviços de saúde foram relacionados a: doenças do aparelho respiratório com 32,15%; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório com 18,56%; doenças infecciosas e parasitárias apresentando 17,98% e ao aparelho circulatório (basicamente hipertensão) com 7,69%.

sobrevivência; desnutrição; mudanças ambientais causadas pela degradação ambiental; marginalização e preconceito.

Nos últimos seis anos, com a transferência da responsabilidade pela atenção à saúde indígena da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para a Funasa, e paulatinamente com a implantação do Subsistema de Saúde Indígena, os serviços de atenção à saúde Fulni-ô passaram a ser prestados no Posto de Saúde e no Pólo-Base, ambos situados na aldeia sede.

No Posto de Saúde realizam-se os atendimentos médicos e odontológicos, vacinação, pré-natal, aplicação de injeções, entre outros cuidados de atenção básica à saúde prestados pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI). A EMSI é composta por um médico, dois odontólogos, um auxiliar de odontologia, um auxiliar de enfermagem, onze Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e quatro agentes indígenas de saneamento (AISAM).

A Farmácia Básica localizada no Pólo-Base tem a incumbência de distribuir os medicamentos à população conforme as prescrições dos profissionais de saúde. Ao Pólo-Base cabe também a marcação de consultas em serviços de média e alta complexidade e a organização do transporte para deslocamentos dos pacientes indígenas. Os Fulni-ô também procuram serviços de atenção à saúde na maternidade municipal de Águas Belas (PE) que consiste em um pequeno hospital, onde se efetuam consultas médicas, cirurgias simples e partos.

Sistema Médico Fulni-ô

O sistema médico (Kleinman, 1978) Fulni-ô pode ser compreendido como um sistema xamânico (Langdon, 1996). Para compreender esse sistema médico é necessário considerarmos a importância do ritual do Ouricuri na manutenção do bem-estar do grupo. Esse ritual além de demarcar a temporalidade e espacialidade Fulni-ô, pois durante três meses - de setembro a dezembro - a população se transfere para a aldeia do Ouricuri, se configura em um momento onde os mais velhos falam sobre a origem do mundo e dos Fulni-ô; sobre a natureza de *Eedjadwà* (Deus); sobre as regras de conduta adequadas aos Fulni-ô; sobre o modo de agir no ritual e na aldeia sagrada⁸. É também neste momento que acontecem os processos iniciáticos e a transmissão dos saberes tradicionais sobre a natureza, o corpo e a saúde.

A participação no ritual do Ouricuri, bem como a obediência às normas prescritas⁹, garantem ao índio a proteção de *Eedjadwà* que o fortalece, tornando seu *corpo fechado* na luta contra *espíritos maus*, causadores de infortúnios e doenças.

⁸ Para os Fulni-ô, a aldeia do Ouricuri, onde está situado o Juazeiro sagrado é considerado um local puro, protegido e sagrado, enquanto a aldeia sede por estar próxima dos não-índios, da “cachaça” e da violência, é considerada um local impuro e perigoso.

⁹ Dentre as normas prescritas podemos nos referir ao não consumir bebidas alcoólicas; não praticar sexo na aldeia sagrada; manter absoluto segredo sobre o ritual para os não-índios e pedir permissão ao pajé ao sair da aldeia durante o ritual.

Podemos classificar os detentores de saberes tradicionais Fulni-ô conforme as seguintes categorias: pajé, mais velhos, rezadeiras, rezadores, parteiras, garrafeiro e conhecedor de plantas medicinais. Os mais velhos, incluindo o pajé, são geralmente lideranças religiosas e políticas que possuem conhecimento sobre a cosmologia, o ritual do Ouricuri e a natureza, concentrando saberes relativos às plantas de uso medicinal. O garrafeiro é o especialista na produção de garrafadas¹⁰ à base de plantas. Ele diagnostica a doença e produz as garrafadas. Já o conhecedor de plantas medicinais prepara *remédios do mato*, bem como ensina às pessoas que o procuram, geralmente com um diagnóstico prévio efetuado, a elaborá-los. As rezadeiras e os rezadores curam através de rezas recitadas em português e em *yaathe* e também utilizam como recurso terapêutico os *remédios do mato*.

O aparecimento da doença muitas vezes é concebido como uma ruptura do curso normal da vida cotidiana em questões relativas ao trabalho, lazer, cuidado com a família e vida ritual. Ao definir a doença, Txlehká, detentor de saber tradicional, afirmou o seguinte:

“A doença é um espírito mau que anda no ar. Você tem que ser bem forte para seu espírito lutar contra aquele espírito mau. Como é que você sente uma febre sem levar uma topada? Às vezes, a pessoa não comeu nada, dormiu bem, mas se acordou com uma febre. É o dono do mal! A pessoa tem que adquirir uma força além dele, superior que possa dominar.”

Segundo ele, a doença que não possui uma causa aparente é interpretada como fruto do conflito entre um *espírito mau* e o espírito do doente. A cura, por sua vez, resulta da vitória conquistada pelo doente através do apelo à força de *Eedjadwà*. Em um sentido amplo, a saúde é conservada a partir de uma postura que esteja em consonância com os preceitos do ritual do Ouricuri e da cosmologia Fulni-ô.

As doenças são identificadas a partir de uma pluralidade causal, resultando geralmente da conjunção de fatores que possibilitam seu aparecimento, tais como: condições climáticas (frio, calor e ventos); acidentes; picadas de insetos; desgaste físico, resultante de esforços realizados no trabalho; quebra de regras alimentares¹¹; não observância das regras ligadas ao ritual do Ouricuri; sentimentos negativos como raiva, medo, ciúme e inveja; e ataque dos *espíritos maus*.

É na arena familiar que se inicia a busca pela origem das doenças. Mas, os detentores de saberes tradicionais são considerados os mais indicados a estabelecer a causa última e o tratamento de uma doença, por dominarem em profundidade os saberes e as práticas tradicionais ligados ao processo saúde/doença/tratamento. Em

¹⁰ A garrafada é produzida a partir do cozimento de cascas, folhas, frutos e sementes de plantas, adicionando um pouco de açúcar ou mel, como também através do curtimento das plantas na cachaça.

¹¹ As *comidas carregadas*, denominação de alimentos considerados fortes e que aquecem o corpo, não devem ser ingeridos em situações de vulnerabilidade, tais como: menstruação, gravidez, pós-parto (resguardo) e adoecimento. São exemplos de *comidas carregadas* a carne de animais como peru, tiú (lagarto) e bambá (peixe).

especial quando as causas de uma doença estão relacionadas à esfera humana, fruto de conflitos nas relações sociais, e à esfera extra-humana, a exemplo dos *espíritos maus*.

A partir das narrativas, verifica-se que o doente e seu grupo familiar interpretam a origem da doença utilizando categorias da medicina tradicional. Por outro lado, na forma de rotular a doença e descrever seus sintomas se apropriam, algumas vezes, de termos da medicina ocidental, aos quais atribuem novos significados informados pela lógica tradicional.

Nesse sentido, é importante considerarmos as características estruturais presentes na zona de intermedicalidade (Fóller, 2004), produzida pelo encontro de diferentes tradições médicas – nesse caso entre o sistema médico Fulni-ô e a biomedicina – em um espaço determinado. Para tanto, determinados aspectos que compõem essa zona de intermedicalidade serão discutidos a partir do estudo das práticas de auto-atenção empreendidas por essa população no que se relaciona ao uso dos remédios e dos medicamentos.

A relação entre os *remédios do mato* e os *remédios de farmácia*

Em contextos de intermedicalidade, para compreender como os medicamentos¹² são concebidos, trocados/comprados e consumidos, faz-se mister trazer à luz as concepções de etiologia, as noções de terapia, as interações entre curadores e pacientes, e as maneiras pelas quais um conjunto de tradições e instituições médicas se relacionam, pois nessas situações, os medicamentos e os remédios indígenas transferem contextos de um para o outro, enfatizando similaridades e/ou contrastes (Diehl, 2001 *apud* Whyte & Van der Geest, 1988).

As práticas de auto-atenção se configuram no principal núcleo de articulação das diferentes formas de atenção. Elas são consideradas como um processo cultural em constante e contínua modificação. Seu caráter estruturante implica que elas se constituem em um processo necessário que se dá através de ações empreendidas pelos pequenos grupos para assegurar o processo de reprodução biossocial, bem como as práticas restritas ao processo saúde/doença/tratamento (Menéndez, 2003).

Nesse sentido, a automedicação pode ser pensada como uma prática de auto-atenção. Os medicamentos são concebidos aqui como objetos sociais, que são apropriados pelos Fulni-ô e que passam a ser usados conforme os significados que os mesmos adquirem nos contextos cotidianos em que são experienciados os episódios de doença¹³.

¹² Os medicamentos são compreendidos aqui como uma substância ou preparação que se utiliza como remédio, elaborado em farmácia ou indústria farmacêutica e que obedece a exigências técnicas e legais. Por sua vez, o termo remédio é aplicado a todos os recursos terapêuticos utilizados para combater e/ou prevenir doenças ou sintomas, tais como: plantas *in natura*, repouso, benzeduras, rituais de cura etc. (Diehl, 2001).

¹³ Sobre os usos e significados que as populações atribuem aos fármacos em contextos de intermedicalidade, Diehl (2004:149 *apud* Nitcher, 1996:275) afirma que “o apelo às populações indígenas está mais nos medicamentos ocidentais do que na medicina ocidental, pois são os medicamentos que prometem controlar a febre e dor, reduzir a ansiedade e aumentar a confiança, e não um sistema médico per se.”

Entre os Fulni-ô, quando os primeiros sintomas são identificados, a busca de explicação e tratamento terapêutico adequado é frequentemente realizada pelo grupo familiar do doente. Muitas vezes, a mulher, como esposa e mãe, tem um papel fundamental nos cuidados primários com a saúde da família. No âmbito familiar os saberes sobre o processo saúde/doença/tratamento são construídos a partir das experiências com episódios de adoecimento.

Nos domicílios Fulni-ô, frequentemente se encontra cascas e folhas secas¹⁴ de plantas medicinais acondicionadas em sacolas plásticas que são guardadas nos armários ou penduradas em nas paredes das cozinhas. Algumas espécies são cultivadas nos quintais¹⁵. As plantas usadas na elaboração dos *remédios do mato* são coletadas na mata do Ouricuri; na Serra do Comunaty; na região de caatinga que ocupa grande parte da TI; nos quintais domiciliares da aldeia sede e do Xixiaklá; em locais ermos dessas aldeias e, mais recentemente, no horto da Oficina de Manipulação Fulni-ô.

Os *remédios de farmácia* são geralmente armazenados no guarda-roupa ou no armário da cozinha. Os medicamentos em uso encontram-se em locais visíveis. Após o uso, os medicamentos são guardados junto às embalagens a fim de servirem como referência em casos de novos adoecimentos.

É comum o doente recorrer ao uso dos *remédios do mato* e/ou de medicamentos que já foram usados em casos de adoecimentos anteriormente vivenciados pelo grupo familiar e que apresentam sintomas semelhantes. No entanto, observa-se que os recursos terapêuticos mais usados provêm do sistema médico Fulni-ô, cujos saberes e práticas, que vão além dos *remédios do mato*, incluindo as rezas e outros rituais de cura, são compartilhados entre a comunidade.

Os *remédios do mato* são considerados provenientes de um saber sagrado que vem da *natureza*, estando intimamente relacionado à *Eedjadwà* e ao ritual do Ouricuri. Eles são preparados obedecendo à normas rituais específicas, muitas vezes situadas na dimensão do segredo, e utilizados sob diversas formas que vai desde o uso da planta *in natura*, a preparação de banhos, de defumadores, lambedores e garrafadas.

Entre os Fulni-ô, os medicamentos possuem tanto o poder de curar quanto o de causar adoecimento. A visão positiva sobre esses objetos está baseada nos atributos de força e maior rapidez com que os fármacos atuam para eliminar os sintomas. A visão negativa sobre eles está relacionada ao perigo que representa o uso de vários medicamentos simultaneamente. Foi observado que, mesmo prescritos pelo médico, os Fulni-ô evitam consumir dois ou mais medicamentos ao mesmo tempo devido ao medo de seus efeitos colaterais e de sofrerem alergias ou intoxicação.

¹⁴ Tais como: a casca da aroeira usada em repouso na água para lavar ferimentos e fazer banho de assento, em caso de problema ginecológico; a casca da quixabeira usada no lambedor para problemas estomacais e gripe, e a casca do basmo usada como defumador para afastar os *maus espíritos*.

¹⁵ A exemplo do samba-caitá, que da folha fervida na água se prepara o banho de assento para sanar problemas ginecológicos; do mastruz, cujo sumo da folha adicionado ao leite é usado para curar a tosse, e do capim santo, que o chá da folha é utilizado como calmante.

Apesar do efeito rápido dos medicamentos no controle dos sintomas, são os *remédios do mato* que atuam na causa última da doença. Os *remédios do mato* assim como os medicamentos podem intoxicar, mas eles não são considerados tão perigosos comparados a esses últimos. Outra diferença entre ambos, consiste em que os remédios do mato são utilizados para prevenir o aparecimento de doenças, dessa forma seu uso é considerado mantenedor da saúde. É comum o ato de se beber chás e garrafadas para prevenir inflamações, tumores, câncer e derrame. No entanto, os medicamentos são usados apenas quando uma doença é identificada.

Como os medicamentos são adquiridos com dificuldade, a possibilidade de interromper o seu uso no momento em que desaparecem os sintomas é justificada como uma maneira de economizá-los para serem reutilizados no futuro.

A maioria dos medicamentos usados pelas famílias, foram fornecidos gratuitamente pela Farmácia do Pólo-Base Fulni-ô. Alguns medicamentos são comprados em farmácias, mercados e vendas do município de Águas Belas; outros são adquiridos na maternidade municipal, podendo ainda serem cedidos por parentes e vizinhos.

O uso de medicamentos não exclui o de remédios e vice-versa, no entanto, observa-se que não é indicado usá-los simultaneamente, pois acreditam que a mistura deles pode ser perigosa, na medida em que um pode anular o efeito do outro, como também a pessoa pode se intoxicar.

Verificou-se ainda que os fatores como horário e local em que doente está no momento de identificação da aflição, influenciam o processo de articulação entre o uso de remédios e medicamentos. Quando estão no ritual do Ouricuri, por exemplo, recorrem ainda mais aos *remédios do mato* que aos medicamentos. Isso se deve à facilidade de coletá-los na mata do Ouricuri, bem como ao caráter sagrado que atribuem a essa mata. Durante esse período, os Fulni-ô evitam sair da aldeia do Ouricuri para ir à procura de atendimento médico no Posto de Saúde e na maternidade de Águas Belas, exceto em situações de adoecimentos considerados graves.

Nesse sentido, constata-se a importância do fato de se possuir um conjunto de plantas de uso medicinal, bem como de medicamentos destinados a sanar males possíveis de ocorrer, principalmente no período do Ouricuri. O fato de possuir medicamentos e plantas medicinais nos domicílios significa estar prevenido do sofrimento provocado por padecimentos.

Enfim, a relação que os Fulni-ô estabelecem com os medicamentos apontam para processos de re-elaboração de saberes e práticas ligados aos fármacos baseadas na lógica da medicina tradicional instituindo contextos intermédicos. As inúmeras articulações empreendidas entre o sistema médico tradicional e a medicina ocidental são frutos do contato interétnico estabelecido historicamente entre distintas tradições médicas.

A iniciativa de implementação de uma Oficina de Manipulação de Plantas de Uso Medicinal Fulni-ô vem incrementar as alternativas disponíveis de acesso aos medicamentos. Nesse sentido, é importante acompanharmos o desenvolvimento

desta ação e os possíveis impactos sobre a organização do sistema médico tradicional, bem como, estarmos atentos às formas de apropriação que os Fulni-ô farão dos medicamentos fitoterápicos e sua relação com as demais práticas de auto-atenção indígenas.

Bibliografia

- DIEHL, Eliana. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingang** (Terra Indígena Xaçepó, Santa Catarina, Brasil). Tese de Doutorado, Coordenação de Pós-Graduação da Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.
- DIEHL, Eliana & RECH, Nádia. Subsídios para uma assistência farmacêutica no contexto da atenção à saúde indígena: contribuições da antropologia. In: LANGDON, & GARNELO, L (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/Contra Capa Livraria, 2004.
- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia/Contra Capa Livraria, 2004.
- KLEINMAN, Arthur. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**. Great Britain: Pergamon Press. Vol. 12, 1978.
- LANGDON, Esther Jean. **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.

Contextualização do Projeto Estudos para Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais (PE)

ÁREA DE MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA
PROJETO VIGISUS II / FUNASA

A partir de 1999, com a implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), observou-se um alto nível de medicalização dessas populações, principalmente pela grande distribuição de medicamentos. No que diz respeito à atual política de atenção à saúde das populações indígenas brasileiras, a promoção do uso racional de medicamento industrializado e o incentivo e a valorização das farmacopéias tradicionais se constituem nos pressupostos fundamentais orientadores das ações e diretrizes da assistência farmacêutica a esses povos. A melhoria nos suprimentos de insumos, sobretudo dos medicamentos, constitui-se em uma condição básica para a assistência à saúde indígena. Tal aspecto foi considerado um dos objetivos alcançados na fase inicial de implantação dos DSEI.

Diante de um contexto de crescente medicalização e desvalorização dos sistemas médicos tradicionais, os Fulni-ô, motivados pelos membros da Associação Mista Cacique Procópio Sarapó, vem realizando, desde o ano de 2001, uma experiência de recuperação dos saberes e usos tradicionais das plantas medicinais. O Projeto Vigisus I apoiou essa iniciativa e o desenvolvimento das atividades propostas pelas lideranças Fulni-ô, que foram realizadas em diferentes etapas:

- Primeira etapa: construção de canteiros de plantas de uso medicinal e divulgação dos saberes tradicionais entre a população em geral e as crianças em idade escolar. Com isso, cresceu a demanda comunitária pelas plantas medicinais incrementando o consumo tradicional feito pelas famílias indígenas. Essa iniciativa se constituiu em uma alternativa ao alto consumo de fármacos industrializados pela população Fulni-ô.

- Segunda etapa: construção de um viveiro de plantas de uso medicinal para a distribuição de mudas às famílias indígenas, visando incentivar a criação de hortas domiciliares.

- Terceira etapa: com o desenvolvimento das atividades nas etapas anteriores, a comunidade Fulni-ô passou a reivindicar a construção de uma Oficina de Manipulação de Plantas de Uso Medicinal para a produção de remédios. A contrapartida comunitária foi disponibilizar uma área de terreno de dois hectares para cultivo de plantas medicinais e para a construção do prédio da Oficina.

Em 2003, o DSEI Pernambuco – Funasa construiu o prédio, comprou equipamentos e edificou um poço para o abastecimento de água. Nesse mesmo período, ocorreu o treinamento de dez jovens indígenas em manipulação de plantas medicinais para elaboração de fitoterápicos, realizado pelo Instituto de Pesquisa Agrícola

(IPA) de Pernambuco. No treinamento, foram elaborados trinta e três produtos sob a forma de chás, pomadas, tinturas, xaropes e cápsulas. Esses remédios foram distribuídos à população gratuitamente.

Em 2005, a Associação Mista Cacique Procópio Sarapó e a Área de Medicina Tradicional Indígena – Projeto Vigisus II/Funasa constróem o Projeto “Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: a Oficina de Manipulação de Plantas de Uso Medicinal”. O Projeto visa a partir da realização do estudo etnobotânico, da ação farmacêutica e do acompanhamento antropológico, estabelecer estratégias que promovam a sustentabilidade ambiental e cultural da Oficina, bem como garantir a estruturação da produção de fitoterápicos em consonância com os saberes e práticas tradicionais Fulni-ô. Por ser um projeto interdisciplinar, a equipe de trabalho é composta por etnobotânico, farmacêutica, técnicos de manipulação fitoterápica e técnicos agrícolas indígenas. Ainda compõem a equipe do projeto os profissionais da assistência farmacêutica do DSEI Pernambuco e uma antropóloga consultora da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa.

Na área de etnobotânica, o plano de trabalho prevê as seguintes atividades: a realização de um diagnóstico da Terra Indígena Fulni-ô; o levantamento das formas tradicionais de manejos utilizadas; o estudo das transformações no ambiente natural da região e o seu impacto no acesso às plantas de uso medicinal; o mapeamento das zonas ambientais utilizadas pelos Fulni-ô para a coleta das plantas medicinais; a elaboração de mapas e desenhos que reflitam o ponto de vista nativo sobre o espaço; a avaliação da capacidade de suporte ambiental das matas localizadas na TI Fulni-ô; e a elaboração dos relatórios trimestrais, semestral e final.

Na ação farmacêutica, o plano de atividades consiste: na realização de estudo para identificar e catalogar as espécies vegetais utilizadas na produção de fitoterápicos e compreender os procedimentos e as rotinas comunitárias de manipulação dos remédios. As atividades de produção e monitoramento da Oficina de Manipulação serão planejadas de modo a permitir a construção dialógica de estratégias de articulação entre as práticas tradicionais Fulni-ô e o modelo fitoterápico..

Com o objetivo de contribuir para o fortalecimento, valorização e atualização das práticas tradicionais do sistema médico Fulni-ô, será instaurado um processo participativo junto aos detentores de saberes tradicionais, às lideranças políticas e à comunidade Fulni-ô para o desenvolvimento do projeto.

Debate sobre Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais Fulni-ô*

Marina Cardoso: Levanto uma inquietação referente à experiência da Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais, no âmbito do Projeto Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô. Esta iniciativa envolve questões que precisam ser debatidas no que toca à apropriação do conhecimento dos povos indígenas sobre plantas medicinais, sua transformação em medicamentos e, conseqüentemente, o controle sobre o uso desses medicamentos pelos especialistas do sistema médico oficial de saúde, por exemplo, médicos e farmacêuticos. Se o objetivo do Projeto é empreender um resgate do saber tradicional sobre plantas medicinais, a iniciativa de construção da Oficina não poderia se constituir numa apropriação desse conhecimento pelo sistema de saúde oficial que passaria a não só produzir remédios, mas também controlar o seu uso pela própria população? Esta é uma questão altamente problemática, envolvendo dimensões éticas que dizem respeito ao direito dos povos indígenas e ao conhecimento tradicional. Quero solicitar um esclarecimento inicial a respeito de como se dá esse processo de apropriação por uma agência institucional, no caso a Funasa, de um conhecimento dos povos indígenas?

Elaine Moreira: Eu gostaria de fazer menção às legislações referentes ao acesso aos conhecimentos tradicionais. Como esta questão está sendo tratada dentro da proposta da Oficina de Manipulação? Existe todo um procedimento legal concernente à realização de pesquisas envolvendo acesso ao conhecimento tradicional associado. Nós até podemos discutir sobre seus limites, mas a cobertura legal já está definida. Existe todo um procedimento que regula estes tipos de pesquisa. Por exemplo, vários pesquisadores têm seus projetos de pesquisa aguardando a autorização do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN)¹ para serem executados. Como o Projeto “Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô” está lidando com a questão legal do acesso ao conhecimento tradicional associado?

Ângelo Rodrigues: A apresentação dos Projetos demonstra que existem duas lógicas operando: por um lado, a lógica do mercado, do “branco”, das indústrias de produção de medicamentos; e por outro lado, a lógica do conhecimento tradicional indígena. Quais os limites de nossas ações neste trânsito entre lógicas diferenciadas? Por exemplo, o conhecimento tradicional sobre plantas medicinais é fonte impor-

* Debate editado por Patrícia Osório, Consultora da AMTI, Projeto Vigisus II, Funasa.

¹ O CGEN é um órgão de caráter deliberativo e normativo, criado pela Medida Provisória (MP) 2.186-16, no âmbito do Ministério do Meio Ambiente que regula o acesso ao conhecimento tradicional associado quando utilizado para quaisquer finalidades previstas na MP: o uso da informação com fins comerciais; e pesquisas científicas acerca da biodiversidade associada ao patrimônio genético nacional.

tante para descoberta de novos medicamentos a serem utilizados pelo sistema oficial de saúde. Por outro lado, se uma comunidade pretende dialogar com a lógica da produção de medicamentos, ela terá que seguir a lógica da regulamentação sanitária. Não podemos menosprezar essa questão que não diz respeito apenas ao contexto indígena. Algumas propostas de criação de farmácias ou oficinas de manipulação existentes têm essa idéia: “Nós distribuímos no Sistema Único de Saúde (SUS) gratuitamente, conseqüentemente, não precisamos seguir as normas de produção”. A própria legislação apresenta brechas: se atendemos a um fim social é permitida certa liberdade quanto aos padrões de produção a serem observados. É por isso que atualmente existem várias iniciativas que não seguem a regulamentação específica para o seu funcionamento.

Uma outra questão que precisa ficar clara é que a Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais, baseada no conhecimento da fitoterapia, não se constitui numa ação de valorização do conhecimento tradicional. Porque fitoterapia não é tradicional. A alopatia vê o ser humano e diz: “Olha, se você está com dor de barriga, então, você toma este medicamento”. O contexto indígena apresenta outros ingredientes: o social, o espiritual, o físico, a lógica da coleta e seleção das plantas. A Oficina de Manipulação Fulni-ô diz respeito a uma nova lógica que está sendo introduzida nesta comunidade. Não estou avaliando a experiência como boa ou ruim, o que enfatizo é a introdução de uma nova lógica no contexto tradicional.

Finalmente, destaco um último ponto referente a um dos problemas de saúde atuais: a medicalização da população indígena. Será que a Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais contribuirá para a desmedicalização, ou estaríamos oferecendo à população indígena mais uma opção de medicamento?

Graciliana Wakanã: Gostaria de levantar uma questão para a reflexão. Os saberes indígenas fazem parte do cotidiano e da espiritualidade dos povos indígenas. Nós sabemos que em um povo indígena existem vários grupos que têm formas específicas de exercer e atualizar a prática tradicional. Por exemplo, existem casos onde o conhecimento sobre o uso medicinal de uma erva é compartilhado por todos; em outros casos, só uma ou algumas pessoas detêm o conhecimento sobre o uso e sobre as formas de preparo daquele remédio tradicional. Neste sentido, como e quem vai fazer a seleção das plantas a serem produzidas no horto? Quais serão os medicamentos a serem manipulados na Oficina de Manipulação Fulni-ô?

Um outro ponto chamou minha atenção no âmbito da experiência da construção da Oficina: será que ela está de acordo com a proposta original dos Fulni-ô? Ou será que esta experiência constitui-se num processo de transformação da proposta indígena? Uma segunda questão também precisa ser levada em consideração: mesmo que a Oficina de Manipulação seja uma proposta indígena, precisamos ter noção do que significa colocá-la em prática. Muitas vezes, os povos indígenas não conseguem dimensionar os impactos de uma ação: os riscos e as apropriações indevidas dos

conhecimentos tradicionais. Esse é o momento de refletirmos sobre estas questões para que articulados, indígenas e não-indígenas, possamos melhorar e garantir a implementação de um sistema diferenciado de atenção à saúde dos povos indígenas.

Gilton Mendes: Eu quero levantar uma problemática em torno do empreendimento “horto”. Os Projetos de “Medicina Tradicional Indígena do Leste de Roraima” e “Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô” apontam o horto como uma atividade importante, na medida em que se constitui na produção de matéria-prima para o desenvolvimento de outras ações. Nós sabemos que as ontologias ameríndias não são exatamente coincidentes com a tradição ocidental científica. Sabemos também que a tradição ocidental científica relega os ameríndios, ou seja, os Outros, ao campo da natureza, campo este caracterizado por ser desprovido de alma, de consciência, de razão, de filosofia e de instituições jurídicas. No entanto, para as cosmologias ameríndias esta caracterização não é verdadeira. Esses outros seres, que nós legamos ao universo da natureza, têm alma, pensam, conversam, têm poderes, têm *status* de sujeitos.

Neste sentido, acredito que todas as atividades que, do nosso ponto de vista, dotam esse universo da objetividade que nós acreditamos, precisam ser problematizadas. Nesta problematização, o horto ao invés de ser uma coleção de plantas medicinais, pode ser pensado como um “exército de sujeitos”. O que sublinho é que a segmentação que nós fazemos entre o campo do humano e do não-humano não é característica das ontologias ameríndias. Então, em uma atividade que parece aparentemente simples, como a construção de um horto ou de um viveiro, podemos estar acionando um “batalhão de sujeitos”. Isto deve ser problematizado na medida em que as plantas que serão reproduzidas nos hortos são historicamente manejadas por essa medicina tradicional. A experiência dos hortos pode fracassar se não pensarmos esta atividade como espaço de sociabilidade, ou seja, o horto é apenas um artifício para discutirmos as ontologias indígenas.

Denise Wolf²: Quero colocar um ponto de reflexão sobre a questão da sustentabilidade. O que estamos entendendo por sustentabilidade? Tendo como enfoque a questão ambiental, podemos perguntar: como apoiamos a construção de hortos, sem antes garantirmos a sustentabilidade ambiental? Isso precisa ser aprofundado de forma a criarmos estratégias para garantir a sustentabilidade das espécies de plantas medicinais e de seus respectivos ecossistemas. Só assim se pode pensar em se manipular com essas plantas. Como é que vai começar a manipular se não tem as plantas disponíveis? Hoje está cada vez mais difícil o acesso a determinadas plantas. Depois de garantir a sustentabilidade ambiental, por que não incenti-

² Presidente do Instituto de Estudos Culturais e Ambientais (IECAM), Rio Grande do Sul.

var o uso da planta *in natura*? Não estaria mais próximo das formas tradicionais utilizadas pelos indígenas? Por que fitoterapia?

Luciane Ferreira: Acredito que devemos encaminhar determinadas questões referentes ao Projeto “Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais”. Para que possamos avançar na construção de políticas públicas voltadas às medicinas tradicionais, precisamos retomar junto aos Fulni-ô a proposta original da ação. Por exemplo, o Projeto de Medicina Tradicional dos Povos Indígenas do Leste de Roraima aponta para uma preocupação com a transmissão dos conhecimentos tradicionais. Neste sentido, podemos pensar as plantas como um tema gerador a partir do qual os povos indígenas podem abordar diferentes aspectos relacionados à saúde. Na discussão sobre a construção do Projeto, os povos indígenas de Roraima propuseram a construção de hortos. Eu os questioneei: “No passado, as famílias tinham horto? O horto é uma prática tradicional?” Esta pergunta gerou uma discussão. O filho de um pajé em determinada ocasião deixou claro que: o pajé não vai usar a planta do horto, porque ele tem que buscar a planta no mato. A planta cultivada por outros não pode ser usada de qualquer forma, porque não se sabe como esta planta está sendo cuidada. Neste caso, o uso da planta pode causar doenças. De qualquer forma, as lideranças indígenas envolvidas com a negociação do projeto mantiveram a proposta de criação do horto que se instituiu enquanto *lôcus* para a construção de reflexões e conhecimentos sobre a medicina tradicional indígena.

Um outro ponto importante para a reflexão se refere às formas com as quais os povos indígenas vêm se apropriando de atividades que não fazem parte de seus sistemas médicos tradicionais. Eles vão ou não se apropriar destas experiências? Como esta apropriação se dá no âmbito familiar dos cuidados com a saúde? Não estou me referindo apenas aos cuidados com a saúde que envolvem o uso de plantas, mas às práticas de auto-atenção empregadas pelas famílias indígenas. Quais são essas práticas? A idéia destes Projetos é a de identificar como as plantas se inserem nos processos de cuidados com a saúde. Neste sentido, as plantas não são entendidas simplesmente como remédios, mas como recursos utilizados inclusive na construção de pessoas e fabricação de corpos.

Mônica Santos: Um esclarecimento sobre a Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais Fulni-ô precisa ser feito. Eu sou a técnica do DSEI que acompanha as atividades da Oficina. No meu ponto de vista, esta deveria ser uma ação de assistência farmacêutica, já que fitoterapia não é medicina tradicional, mas sim medicamento. Fui eu que levei a Vigilância Sanitária para avaliar o empreendimento da Oficina, visando adequá-las às normas da Anvisa. Neste momento, definimos que não seria um laboratório de fitoterápicos, mas sim uma oficina de manipulação. A questão da legislação ao acesso aos conhecimentos tradicionais da medicina tradicional é novidade para mim. Não conheço essa legislação. Assim, a discussão

interdisciplinar está contribuindo para o meu crescimento. Agora, temos que saber qual o limite entre os campos da assistência farmacêutica e da medicina tradicional. É preciso instaurar um processo de discussão envolvendo todos os atores concernidos.

Liliane Souza: Esse projeto é fruto de um processo de negociações políticas porque, como a Graciliana falou, a idéia inicial dos Fulni-ô era a implementação de um horto. Entretanto, para a Associação Indígena Cacique Procópio Sarapó construir um “laboratório”, significa ter meios para empregar pessoas. Essa é a dimensão econômica do empreendimento. Eles querem esse “laboratório”! Eles estão ansiosos por esse “laboratório”! A comunidade vem demonstrando interesse nos remédios e nas mudas de plantas produzidas pelo “laboratório”. Realmente o projeto precisa ser repensado, redimensionado para ser bem conduzido. No discurso da liderança Fulni-ô, diferente do que Mônica falou, aparece o entendimento de que o “laboratório” contribuirá para a medicina tradicional, na medida em que haveriam práticas de medicina tradicional usadas neste contexto. Nesse ponto de vista, os remédios produzidos no “laboratório” fazem parte da sua cultura, orientados pela forma como eles concebem as plantas, os remédios e os tratamentos terapêuticos.

Oficinas de Medicina Tradicional entre os Manoki

LEDSON KURTZ DE ALMEIDA

O Projeto de Medicina Tradicional Indígena Manoki, Nambikwara e Enawene-Nawe tem como proponente a Organização Não-Governamental Operação Amazônia Nativa (OPAN), tendo sido construído conjuntamente pelos povos indígenas e pela Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. O Projeto abrange três populações indígenas, localizadas no Estado de Mato Grosso: Manoki, Nambikwara e Enawene-Nawe. Nesse sentido, promove atividades diferenciadas condizentes com as realidades sociais de cada um destes povos. A metodologia utilizada é participativa e combina ação e pesquisa. Essas experiências permitem a elaboração de conhecimentos sobre os sistemas médicos indígenas e a promoção de atividades voltadas à manutenção da saúde junto ao público alvo do Projeto.

O Subprograma Manoki tem como eixo temático as plantas medicinais. Pautando-se nos princípios do conhecimento e reconhecimento das medicinas tradicionais indígenas, as ações voltadas às plantas medicinais são fomentadas a partir de uma perspectiva que as entende recursos terapêuticos inscritos em contextos socioculturais específicos, estando associadas a uma série de saberes e práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Informações gerais sobre os Manoki

Os Manoki habitam a Terra Indígena Irantxe com 45.555 ha, localizada no município de Brasnorte, região noroeste do estado do Mato Grosso. Com uma população de cerca de trezentas e cinquenta pessoas, eles estão distribuídos em sete aldeias: Paredão, Recanto do Alípio, Asa Branca, Doze de Outubro, Perdiz, Cravari e Treze de Maio.

A cultura tradicional desta etnia sofreu várias transformações em curto espaço de tempo. Processo este marcado por inúmeros conflitos com outras etnias e com os *brancos*. Além disso, grandes epidemias acometeram a população Manoki, como sarampo e gripe, reduzindo-a bruscamente. Dos trezentos indivíduos estimados no início dos contatos em 1947, restaram por volta de noventa sobreviventes no encerramento desta mesma década (Arruda, 2001). As famílias sobreviventes foram reduzidas à Missão de Utiariti administrada pela ordem jesuítica, o que as afastou cada vez mais do idioma e dos costumes tradicionais. A partir de 1970, os Manoki saíram da Missão e obtiveram o território onde se encontram, reconhecido oficialmente através da demarcação retificada e homologada em 1990.

Hoje podemos observar a tentativa dos mais velhos de valorizar aquilo que entendem ser a tradição: língua, território, ritual do *yetá*¹, narrativas míticas, roça

¹ Esta expressão cultural é central para a vida social dos Manoki, envolvendo relações de parentesco, rituais de iniciação masculina, articulação entre produção agrícola e cosmologia, além de aspectos ligados à arte e à filosofia.

de toco, artesanato e conhecimento das plantas. Progressivamente, a perseverança dos anciões influenciou outros membros da comunidade que têm se voltado para a valorização dos conhecimentos e práticas tradicionais. Neste sentido, parte da população passou a se articular, reforçando o interesse pelo resgate dos saberes em torno do uso de plantas medicinais, da realização dos rituais e da atualização dos costumes tradicionais.

É neste contexto que se inserem as Oficinas de Transmissão de Saberes sobre Plantas Medicinais Manoki, uma das atividades do Projeto Medicina Tradicional Indígena proposto pela OPAN. Estas Oficinas fomentaram o acesso aos saberes e práticas tradicionais nos processos cotidianos que envolvem saúde e doença e contribuíram para melhorar o diálogo intracultural através da aproximação entre anciões e jovens. Além de motivar o uso de plantas medicinais, foram atualizadas práticas rituais e valores fundamentais desta sociedade. Outro aspecto inovador de tal iniciativa foi o incentivo à participação de indígenas na pesquisa, organização e coordenação das Oficinas.

As Oficinas de Transmissão de Saberes sobre Plantas Medicinais Manoki

Foram realizadas quatro Oficinas, duas na aldeia do Cravari e duas na aldeia do Paredão, que mobilizaram dois atores sociais imprescindíveis à valorização e atualização da medicina tradicional: os velhos e os alunos de 4^a a 6^a séries, com idade entre 10 e 14 anos, das Escolas Indígenas localizadas na TI Irantxe. Participaram também professores, profissionais indígenas de saúde e lideranças perfazendo um total de 61 participantes².

A organização das Oficinas se deu da seguinte forma: os indígenas interessados na reflexão sobre os saberes tradicionais escolheram um integrante para coordenar os trabalhos e dois para atuar como investigadores indígenas e assim contribuir no registro do processo de realização das Oficinas; e selecionaram os anciões para orientar a coleta das plantas e abordar questões relativas ao seus usos terapêuticos. As Oficinas foram realizadas em duas etapas: trabalho de campo, envolvendo a transmissão de saberes acerca das plantas medicinais nos ambientes de coleta; e os debates em sala de aula, momento em que foi enfocado o uso das plantas, concepções de saúde, doença e formas de tratamento tratando, inclusive, de valores relacionados ao universo da saúde .

Durante os eventos predominou o português pelo fato dos jovens não falarem a língua manoki, o que exigiu esforço dos anciões para traduzir as narrativas cosmológicas relacionadas às plantas. Certamente, durante este processo, muitas partes do conteúdo narrativo e das performances foram sacrificadas. Este fato demonstrou a profunda vontade dos anciões em interagir com os novos e passar adiante seus valores e conhecimentos.

² Dentre os participantes 9 foram anciões; 37 alunos; 3 professores; 2 profissionais indígenas de saúde; 10 lideranças.

As espécies foram coletadas em cinco ambientes, de acordo com a classificação indígena: campo sujo, campo limpo, brejo, mata alta e capoeira. Em seguida, foram fotografadas, numeradas, coletadas e suas amostras levadas para a escola, onde aconteceram as reuniões. Enquanto os anciões discorriam sobre a denominação indígena das plantas e seus respectivos usos; os estudantes elaboravam desenhos tomando como referência as plantas e as histórias narradas.

Durante as Oficinas procurou-se não reduzir os conhecimentos apresentados a um compêndio sobre as plantas e seus usos. A partir da abordagem dos anciões sobre as plantas emergiram, paulatinamente, narrativas sobre temas variados, vinculando o uso das mesmas às regras socioculturais (tabus e dietas). Por outro lado, não foram descartadas as noções pragmáticas acessadas pelos Manoki sobre o uso das plantas, devido ao processo de contato interétnico. Ou seja, embora as causas de doenças se remetam a uma justificativa mediada pelo ponto de vista da medicina tradicional – quebra de uma regra, não cumprimento de uma dieta ou falta de realização de determinado ritual - no decorrer das explicações sobre o uso das plantas evocava-se à associação entre doença, sintoma e remédio.

Coordenação indígena, caminhos da autonomia

Cada encontro contou com a total coordenação indígena nos eventos, dirigindo e organizando a atividade pedagógica dos anciões, bem como, os trabalhos de coleta das plantas. As oficinas foram coordenadas por Manoel Kanuxi, que foi criado na Missão de Utiariti, vindo a aprender a língua manoki somente depois de adulto, quando se mudou para a aldeia da Asa Branca onde reside e é o chefe. Juntamente com o idioma intensificou seu conhecimento sobre os aspectos da sociedade e da cosmologia manoki. Além da intensa atuação nos processos internos da sua sociedade, ele é um articulador com universo exterior. Neste sentido, acompanha a OPAN desde o início de suas atividades entre os Manoki e participou de forma ativa em diferentes projetos comunitários e do processo de identificação do território reivindicado atualmente.

Manuel possui profunda consideração pelo conhecimento dos anciões, estabelecendo com eles um respeito e uma troca recíproca. Por exemplo, ao se discutir sobre o nome de determinadas plantas ou seu uso, a consulta ao ancião era imediata durante as Oficinas. Caso o coordenador discordasse da visão apresentada, estabelecia-se um debate até chegarem a um consenso.

Em sua função de coordenação Manuel Kañuxi sempre procurou ser sistemático e organizado. Diferentemente dos anciões, fez uma seleção didática daquilo que podia ou não ser ensinado. Os anciões durante a coleta das plantas não impuseram restrições aos conhecimentos transmitidos, mas o coordenador procurou classificar os saberes para não influenciar “negativamente” os jovens, como no caso do domínio sobre os venenos e seus usos. Além disso, organizou os conteúdos da Oficina em uma espécie programa e a forma de transmiti-los. À medida que as reuniões se desenvolviam e novas demandas surgiam, adaptações na forma de con-

duzir os trabalhos eram efetivadas. Por isto, pode-se afirmar que a presença do coordenador indígena tornou as Oficinas um trabalho dinâmico de acordo com os interesses em jogo e com os objetivos a serem alcançados.

Temas Destacados nas Oficinas

Regras de coleta das plantas

No decorrer das Oficinas os especialistas indígenas indicaram várias regras que devem ser obedecidas para a eficácia da cura através dos remédios com plantas medicinais. Caso essas regras sejam ignoradas, ao invés de trazer benefício, a planta pode prejudicar a saúde.

Segundo os especialistas, para a planta preservar o poder de cura, a coleta não deve ser iniciada onde se localiza o limite do ambiente no qual elas estão situadas. Os Manoki estabelecem uma continuidade entre a doença e o ato de colher a planta. Doença e cura pertencem a um mesmo campo de influência. Se a pessoa inicia colhendo de “fora” para “dentro” do ambiente, a doença tende a piorar, como afirmaram os especialistas: “a doença da pessoa vai afundando até ela morrer”. Por isto, o correto é caminhar até o interior do ambiente e coletar as plantas de dentro para fora. Assim, é possível perceber que o processo de cura envolvendo as plantas, inicia-se durante a própria coleta das mesmas. As plantas não devem ser extraídas onde as pessoas circulam, pois isso enfraquece o poder de cura das mesmas. Aqui a noção de espaço se conjuga com a de substância.

Outra regra levanta questões sobre as noções de tempo. Há plantas que devem ser colhidas pela manhã; outras só podem ser colhidas durante o período de seca. Para a confecção de remédios, as plantas não podem ser colhidas em dias chuvosos ou em ambientes molhados. Como afirmam os especialistas: “é preciso deixar secar”.

Outra regra refere-se ao fato das plantas não poderem ser cheiradas durante a coleta. É como se cada vez que a pessoa inspira o odor da planta, subtraísse um pouco do poder de cura inerente a ela. Esta, por sua vez, enfraquece progressivamente e não produz o efeito esperado durante o tratamento. Além disso, quando os especialistas referem-se a tal regra explicitam um processo de classificação das plantas medicinais através do odor: “é considerado gostoso (...) é todo cheiro bonito”. Em acréscimo, a fragrância da planta está associada a sua capacidade de extrair a dor.

Após a coleta, a planta não deve ser transportada em contato direto com as mãos. Como afirma Alípio “não pode pegar medicina e trazer na mão”. Após ser colhida, a planta deve ser embrulhada. E assim que chegar à casa deve ser preparado o remédio imediatamente. Se for uma folha, ela deve ser colocada na água assim que colhida. Entre o momento da coleta e a medicação do doente não deve passar muito tempo. Produzir o remédio logo após a coleta é uma forma de manter as propriedades curativas da planta, isto demonstra que a mesma carrega consigo o poder de cura do ambiente de origem.

Reprodução e Saúde da Criança

Os temas envolvendo casamento, reprodução e família foram recorrentes no diálogo estabelecido entre os anciões e os jovens que logo estarão constituindo suas famílias. Em vários momentos das reuniões, ao abordar determinada planta, vinha à tona questões concernentes ao casamento e a vida reprodutiva. Com relação à concepção, os anciões enfatizaram a importância masculina na construção do feto, na medida em que o homem é o principal responsável por sua formação durante os três meses de gravidez, enquanto a mulher se constitui apenas em uma espécie de receptáculo. Além disso, esta produção é vista como um processo contínuo através das repetidas cópulas, tendo como matéria-prima o esperma de seu genitor.

Geralmente, os anciões comparavam as relações familiares estabelecidas no passado com as do presente, apontando para o fato das regras de convivência tradicionais não estarem sendo observadas na atualidade, causando prejuízos à saúde. Chamaram atenção para a importância do casal esperar de dois a três anos para ter outra criança, caso contrário as crianças podem adoecer. De forma pedagógica remetiam-se à tradição ensinando os jovens sobre a importância do planejamento familiar.

Questões relativas à saúde da criança também foram abordadas nas Oficinas. Doenças que acometem a criança, desde o período fetal até os primeiros anos da infância, estão associadas, de forma geral, com a quebra de alguma regra social por parte dos pais. Inicialmente, os anciões apontam para a importância das regras de abstinência sexual que devem iniciar antes dos três meses de gestação, a partir da décima segunda semana de gravidez, persistindo após a criança nascer até aproximadamente noventa dias. O indivíduo não deve estabelecer relação sexual tanto com sua esposa/marido quanto com outras pessoas, pois de qualquer forma “a doença é transmitida para a criança”. Quando é identificada, conseqüentemente, se deduz que o homem ou a mulher descumpriu a *dieta* (**maypá**). Ou seja, o casal manteve relações sexuais; ou o homem ou a mulher manteve relações extraconjugais. Os anciões atribuem muitas doenças infantis ao não cumprimento desta norma: “é uma regra muito pesada que hoje nós estamos perdendo esse valor”.

Durante as Oficinas os anciões identificaram as plantas usadas para tratar doenças promovidas por tais situações. A planta, denominada **xiwã**, significa *aniquilação*. O remédio é **xiwapini**, *remédio de aniquilação*, de forma mais ampla, *remédio de aniquilação do pai e da mãe*. A doença refere-se a uma noção geral que significa *criança aniquilada* ou *febre da doença do pai e da mãe*. Portanto, é um tipo de doença cujas causas remetem à quebra das regras de abstinência sexual.

Os anciões também aproveitaram para criar espaços para a sua atuação dentro da organização atual dos serviços de saúde. Indicaram que, quando se está diante deste tipo de doença, os médicos do sistema oficial de saúde oferecem um diagnóstico vago. Assim, o especialista em plantas deve ser procurado. Segundo os anciões, esse especialista verifica se a criança está com a *febre da doença do pai e da mãe*, analisando os sintomas: elevação da temperatura do corpo e redução, simultânea,

da temperatura nas extremidades, como os pés e as mãos. Esta febre é reconhecida por eles como de um tipo diferente que não é identificável pelo médico não-indígena. Afirmam ainda que “não adianta dar um remedinho de paracetamol ou dipirona ela passa, mas ela volta de novo”.

Outras doenças de crianças são causadas pelo descumprimento de diferentes regras de resguardo masculino ou feminino após o nascimento. No “modo” dos antigos, de acordo com a tradição, os pais não podiam fazer esforços físicos, atividades bruscas, nem mesmo comer alimentos considerados pesados, como carne de caça. O alimento consumido pelo pai da criança quando a mulher estava para dar à luz e durante o período pós-parto deveria ser feijão cozido (feijão fava e feijão costela) e socado de milho com amendoim. Tais cuidados, assim como a realização de banhos com plantas medicinais, deveriam ser observados durante todo o primeiro ano de vida da criança.

Estas concepções expressam a continuidade das relações de substância entre pais e filhos recém-nascidos. O controle das atitudes do pai neste sentido é marcante. Isto pode ser ilustrado de forma mais clara através do exemplo de que o homem não poderia atravessar o rio, pois a criança estaria acompanhando-o e poderia se afogar. Por isto, os anciões afirmam ser necessário deixar um feixe pequeno de buriti na margem do rio para a criança atravessar atrás do pai já que ela acompanha seus passos. Na realidade, nesta concepção não é o corpo físico que está junto ao pai, mas uma parte vital da criança conhecida como **lapataloko**. A criança está no colo da mãe, por exemplo, e ao mesmo tempo, acompanha o pai.

Caso o homem precise trabalhar há um tipo de remédio usado para purificar a criança. Esta planta chamada **japalujáwali** permite a quebra da dieta. Na concepção dos Manoki esta planta retira os *espíritos maus* que ameaçam a criança. Ela deve ser queimada e seu vapor passado no pai, na mãe e na criança.

O homem mantém um vínculo corporal com o seu filho, por isso a criança pode sofrer devido a quebra do resguardo. Por exemplo, quando a criança chora durante uma noite inteira pode ser devido ao fato do pai ter caminhado muito até chegar em casa. Então, neste caso a criança ficou cansada. Para solucionar o problema, o pai deve pegar os pelos, preferencialmente da canela, queimar e passar nas pernas da criança para aliviar a sua dor. Tais concepções influenciam no cuidado que o homem deve ter com o seu próprio corpo. Por exemplo, se ele tomar uma chuva e se resfriar, a criança também pode ficar doente.

Estas situações extraídas das narrativas expostas nas Oficinas, demonstram relações de intensa proximidade do homem com seu filho, com a sociedade e com o meio ambiente que o cerca. Passando este período, o duplo da criança permanece o mesmo, mas não necessita mais da ajuda do pai. Como afirma o ancião: “ele pode sair do corpo dela e voltar, pode caminhar, andar, mas o espírito já agüenta sem a força do pai”.

Explicações sobre causas de doenças

Os Manoki explicam as causas das doenças atuais como resultantes das mudanças nos hábitos alimentares por meio do abandono dos produtos tradicionais e da adoção de alimentos como o arroz, o açúcar e o óleo, assim como a ingestão de bebidas alcoólicas, refrigerantes e café. Os Manoki também associam as causas de problemas de saúde ao envenenamento dos animais de caça e de pesca pelos agrotóxicos colocados nas lavouras da região. Doenças trazidas pelo contato com o *branco*. Esta concepção leva a uma idealização do passado, tendo como marco divisor entre passado e o presente o momento do contato interétnico. Como eles afirmam:

“Tá tudo envenenado. Até o ar também, nós não estamos respirando puro também. Até a água que nós bebemos, nós não estamos mais bebendo água boa. Até a caça que a gente comia que era a caça natural não é mais a caça como tinha antigamente”.

Estas causas, embora de níveis diferenciados, estão lado a lado com aquelas relativas ao não cumprimento das regras sociais. Os anciões situam as causas decorrentes de quebra de *dieta* como um dos problemas da desordem vivida atualmente.

A morte por “malvadeza” é comum nos dias de hoje e aflige a comunidade. Esta causa de doença foi pouco abordado nas Oficinas pelo fato de colocar em cena conflitos sociais entre indivíduos ou famílias. Os anciões apontam que “malvadeza” pode ser curada através de remédio de plantas.

Outro forte argumento para o aumento de doenças entre os Manoki é a falta de *oferimento*. Esta é uma categoria importante da vida ritual desse povo e atualmente está articulada com certas concepções cristãs. Eles chamam Deus de *Ínuli* e afirmam que este fica *muito triste* quando não acontece divisão do alimento obtido em uma caçada ou pescaria. Esses valores levam a um outro tipo de idealização do passado que envolve a coletividade através de argumentos como: os antepassados viviam uma vida de harmonia, alegria e paz. A não realização do ritual de oferecimento justifica a desarmonia familiar existente na comunidade. Essa desarmonia também causa doenças. Por exemplo, se um parente maltrata o outro, principalmente no caso da unidade familiar, quando um homem bate na mulher ou nos filhos, *Inulí* causa doença e leva os entes queridos embora, pois significa que o marido não gosta de sua família.

Formas de promoção da saúde

A partir do relato dos anciões é possível destacar aspectos importantes para a manutenção da saúde da comunidade e dos indivíduos. Em primeiro lugar, eles consideram a bebida fermentada como fonte saúde. Segundo eles, os antigos tinham saúde porque sempre havia chicha de milho, de mandioca e de mel. Enfatizaram também a alimentação tradicional (cará do mato, batata, araruta, carne de caça -

macaco, porco- biju sem sal e sem fritar) como importante para a conservação da saúde.

Furar o nariz era um momento importante da vida masculina, que ocorria na faixa de doze a quinze anos da idade. Segundo os anciões, o ato de furar o nariz está associado com a vida reprodutiva, dando capacidade aos homens de gerarem filhos fortes e gordos. Além disso, este ritual relaciona-se com a virilidade e beleza masculina, juntamente com as pinturas corporais e com a capacidade de tocar flauta e dançar.

Os ritos de menarca também foram apontados como essenciais à saúde das mulheres. Os anciões se ressentem pela inexistência da casa de reclusão feminina. Além disso, alegam que as mulheres jovens não seguem as regras. Segundo eles, na primeira menstruação a mulher não poderia ficar expor ao sol, tomar banho no córrego, sair no frio e soprar o fogo. Deveria ficar por dez dias na casa de reclusão, seguindo uma dieta a base chicha levada por sua mãe, única pessoa que poderia visitá-la.

O equilíbrio comunitário está associado de forma mais ampla à realização do **ritual do vizinho**. É um rito complexo envolvendo aproximadamente um ano de atividades e mobilizando toda a comunidade. Dentre estas atividades, estão a produção da roça coletiva, rituais de iniciação por meio da perfuração do nariz dos meninos, jogos de cabeça, caçadas e pescarias. Permeando essas ações, estão os ritos de *oferimento* com a divisão de chicha e de produtos obtidos durante as caçadas e pescarias.

Considerações Finais

Durante o período em que estiveram na Missão de Utiariti, os Manoki foram impedidos de praticarem suas tradições e de se expressarem na língua indígena. Por gerações, assuntos relacionados à prática do xamanismo, aos rituais e à cosmologia foram silenciados.

As quatro Oficinas realizadas através deste Projeto constituíram-se em espaços de escuta dos anciões. A metodologia utilizada permitiu a valorização do saber dos anciões sobre o meio ambiente e sobre as plantas medicinais. Após a coleta das amostras das plantas, ao retornar para as reuniões, os anciões incorporavam a função de mestres. Isto refletiu sobre a educação formal. Os anciões, motivados, passaram a se dispor a falar nas salas de aula quando convidados. E posteriormente, de forma concreta, o conhecimento sobre medicina tradicional foi incluído no Plano Pedagógico da Terra Indígena, dentro do calendário escolar.

Bibliografia

ALVES, Paulo Cesar & MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

Esboço sobre cosmologia, doença, cura e cuidados nos Enawene-Nawe¹

GILTON MENDES DOS SANTOS

Este artigo focaliza um assunto explorado no âmbito da assessoria ao Projeto de Medicina Tradicional Indígena - Subprograma Enawene-Nawe, executado pela Organização Não-Governamental indigenista Operação Amazônia Nativa (OPAN), que contou com o financiamento da Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II/Funasa².

Centrado no corpo enquanto unidade total, *nosso* sistema médico concebe o circuito saúde-doença-tratamento em termos estritamente biológicos. Ancorada objetivamente nos princípios da ciência, tal concepção contrasta com aquelas cujo campo focal encontra-se direcionado para as forças imateriais, da natureza e da extra (ou sobre) natureza. Para a primeira, os agentes promotores da doença são organismos biológicos, que precisam ser extirpados e o corpo hospedeiro medicado; já para a segunda concepção, os agentes etiológicos são manifestações espirituais, cujas substâncias introduzidas no corpo são a revelação material da ação de criaturas espirituais.

Assim, enquanto *nós* postulamos uma irredutibilidade radical entre o organismo e o espírito, a tradição indígena chama a atenção para uma continuidade entre corpo e alma, substância e imaterialidade (Garnelo e Wright, 2001). É isto o que propõe a sociedade indígena Enawene-Nawe³, exemplo etnográfico e conceitual aqui em questão, que arrola e mobiliza os mais diferentes seres do cosmos para explicar e intervir nos processos vinculados ao ciclo de vida; sustentando uma contigüidade entre corpo e alma, em que os ingredientes imateriais da pessoa manifestam-se nas expressões vitais, como a respiração, a pulsação cardíaca atestada em diferentes regiões do corpo, a vividez dos olhos, a linguagem articulada etc.

A dimensão cosmológica aqui focalizada pretende projetar luz sobre as noções e práticas envolvidas no complexo saúde-doença-tratamento-morte, tal como perpetradas pelos Enawene-Nawe. Este processo, por conseguinte, define e articula especialistas que aproximam mais a “diplomatas do cosmos” que aos profissionais de um “sistema indígena de saúde” aos moldes do SUS. Além disso, seus canais de

¹ Agradeço à Luiza Garnelo pela leitura e generosas sugestões ao texto.

² Uma reflexão mais ampla e formadora de base do tema aqui explorado encontra-se desenvolvida em trabalhos anteriores (Mendes dos Santos, 2006a e 2006b).

³ Os Enawene-Nawe são habitantes da Amazônia Meridional, uma região de transição entre o Cerrado e a Floresta Tropical, num território de aproximadamente 742.000 ha. Sua única aldeia está localizada na microbacia do rio Iquê (tributário do rio Juruena, um dos formadores do Rio Tapajós), de formato circular, constituída por dez residências comunais. Com uma população atual em torno de 500 pessoas, os Enawene se organizam em nove patri-clãs (*yãkwa*), nomeados e dispersos entre as residências.

comunicação se projetam para dimensões inextricavelmente imbricadas – que no *nosso* modelo interpretativo são tratadas como fatores independentes – aos domínios do social, do político, do econômico, do religioso, do técnico e do jurídico. Sob esta dimensão, a doença é concebida não apenas como uma disfunção orgânica, biológica, mas como um distúrbio das forças de natureza social, física e cósmica.

O que se segue é uma tentativa de decupagem do “sistema médico” enawene, uma partição e reorganização de alguns de seus componentes, operantes de modo inextricável, para melhor visualizá-los. O roteiro persegue o encaixe de seus principais personagens, aqueles que atuam em situações de saúde-doença compreendidas como dimensões importantes, mas não totalizadoras, da noção de pessoa. Espero que esta decomposição não comprometa ou simplifique demais a complexidade do sistema concebido e praticado pelos Enawene.

Um esquema do cosmos e (alguns de) seus habitantes

Postulam os Enawene-Nawe que o universo é constituído por várias camadas. Na terrestre vivem os humanos, animais e vegetais, uma réplica e imitação dos habitantes da camada superior, o *eno*, ambiente dos deuses celestes, o mais importante de todo o cosmos. O patamar subterrâneo é um amplo e sinistro espaço dominado pelos espíritos chamados *iakayreti*, contumazes perseguidores dos humanos, responsáveis pela doença e pela morte das pessoas.

Os deuses celestes, os *enore-nawe*, são bondosos e fisicamente invejáveis. À beira da obesidade, são donos de corpos perfumados, bem torneados e fortes; apresentam a tez branca, os dentes perfeitos e os cabelos esmeradamente aparados. Imunes a qualquer tipo de enfermidade, conservam-se sempre jovens e imortais: quando notam sinais de envelhecimento vão até à límpida lagoa *hurikwatia* onde se banham, trocam de pele e se remoçam. Cheios de saúde, conduzem a vida em total repleção sexual, e refestelam-se em cerimônias coletivas, tocando, cantando, dançando e comendo abundantemente no pátio de uma gigantesca aldeia. Abarcando toda a circunferência da abobada celeste, esta aldeia é organizada em conjuntos habitacionais, pertencendo, cada um, no círculo, a um grupo de deuses de um mesmo clã – cada um destes, por sua vez, está associado a um clã (de indivíduos, parentes consanguíneos) enawene. Os deuses *enore* são considerados como parentes ancestrais dos Enawene.

Completamente distintos dos deuses celestes, os *iakayreti* são deformados, de aspecto dantesco, exageradamente altos e sem articulação nas juntas, nos braços e pernas; são desprovidos de olhos; seus cabelos são longos e sem aparas, não portam sinais nem adereços corporais, não sabem sorrir nem chorar; são preguiçosos, sovinas e carrancudos; nada constroem e nada cultivam, e estão sempre na dependência dos humanos, obrigados a alimentá-los no dia-a-dia e durante os banquetes na aldeia.

Os *iakayreti* deslocam-se pelas águas dos rios e pelas profundezas da terra. Sua moradia são os acidentes e outros locais da paisagem natural: ilhas, morros, cacho-

eiras, lagoas, brejos e corredeiras e barrancas de rio – topônimos residências fixos e nomeados pelos Enawene. Aí vivem sob desordem, em hordas ou isolados, completamente desprovidos de sociabilidade. Mesmo dispersos na paisagem, são identificados a partir de nomes próprios e sempre associados aos grupos clânicos. Isto é, cada ilha, morro, etc., é habitado por um *iakayreti* associado a um dos clãs que organizam a vida social enawene – tal como aos grupos de indivíduos se vinculam os deuses celestes.

Os Enawene jamais conseguem se livrar dos *iakayreti*, que, por mais indesejados que sejam, são os únicos responsáveis por todo tipo de desordem ecológica, social e do organismo humano. A eles “pertencem” importantes espécies vegetais, e a eles se destina a produção agrícola de milho e mandioca. Os *iakayreti* são, ainda, os “donos” dos peixes (*kõhase wayate*), melhor dizendo: os peixes são seus xerimbabos, suas crias ou “animais de estimação”, servindo-lhes de troca com os Enawene durante suas expedições de pesca coletiva: por conduzirem os peixes para o interior das armadilhas, os *iakayreti* recebem em troca o sal vegetal e alimentos à base de milho, mandioca e peixe (que só os humanos são capazes de produzir), servidos nas grandes cerimônias rituais no pátio da aldeia.

Sempre preocupados em produzir e oferecer comida aos *iakayreti*, os Enawene organizam, exclusivamente para eles, fartos banquetes, onde são vertidas bebidas ao chão, que, segundo eles, seguem diretamente para suas imensas panelas de pedra já bem posicionadas sob a terra. Estes seres também marcam presença na aldeia durante os rituais, onde aparecem ladeados com os dançarinos, portando os enfeites exóticos e deploráveis, como o uso de cobras enroladas na cintura. São vistos apenas pelos xamãs. De olho nos comes e bebes, são capazes de incorporar nos homens e nutrir-se através deles.

Quase sempre insatisfeitos, os *iakayreti* visitam cotidianamente a aldeia à procura de comida. Chegam na calada da noite, quando todos estão dormindo. Promovem verdadeira devassa no interior das casas, vasculhando panelas, jiraus e cumeleiras; comem e “fiscalizam” o estoque de alimentos, seu tipo e quantidade armazenada. Se contrariados com o que viram, voltam irritados para seu domínio, investindo contra os incautos de seu próprio clã. Os *iakayreti* são, portanto, seres malignos a quem os Enawene têm a obrigação de saciar, oferecendo alimento em abundância e um extenso calendário de cerimônias rituais. Em troca, recebem como recompensa a tranqüilidade, a saúde e a vida.

Neste contexto da relação dos humanos com os seres perversos, o alimento aparece como o idioma inteligível e potencial da comunicação, o elo entre distintos sujeitos, de naturezas e universos diferentes. Se a garantia de comida é a fonte propiciadora da satisfação dos *iakayreti* como requisito da sobrevivência dos Enawene-Nawe, ela é também o ingrediente básico, e talvez único, de sua obrigação para com eles: satisfação por manter afastado aquilo que é social e individualmente indesejável.

Na camada terrestre vivem e circulam os *dakoti*, criaturas espectrais, de aparência negróide, olhos profundos e sem brilho. Desprovidos de materialidade, não

têm carne, nem osso e nem sangue; são ainda desdentados e carecas. Os *dakoti* são seres agoureiros por excelência, sua aparição (quase nunca admitida ou revelada por alguém) é prenúncio de doença e morte, seja da própria pessoa que o vê ou de algum parente desta. Vagam durante a noite pela floresta e arredores da aldeia, pelas roças e lagoas; vivem aos montes nos locais de aldeias abandonadas, pois estão associados à sombra dos mortos, enterrados no interior das casas. Dizem os Enawene que o *dakoti* vê um *iakayreti* como sogro.

Quando morre, uma pessoa é entubada numa urna, construída da casca de uma árvore, que é depositada numa cova funda, aberta no interior da casa, exatamente no local (sob a rede), onde dormia. Com o morto são enterrados seus pertences e/ou objetos de uso pessoal: colares, cocares, roupas, arco e flecha, machado, facão... Enfim, tudo aquilo que por algum parente é apontado como veículo da lembrança do falecido. Seu próprio nome, inclusive, deixa de ser pronunciado; é o exercício e o dever da lembrança olvidada⁴.

Para os Enawene a pessoa é uma trindade em potência. A morte de um indivíduo dá origem a três subjetividades cósmicas, um *enore*, um *iakayreti* e um *dakoti*. As expressões vitais, representadas pela pulsação cardíaca no peito e na região da cabeça, a respiração, a vividez dos olhos, a fala, a sensibilidade olfativa e a audição amalgamam-se no que é conhecido como *hesekonase*, a “alma celeste”, que sobe ao *eno*, a camada principal do cosmos. Lá ela desembarca como um deus, passando a conviver com seus parentes consangüíneos, do mesmo clã.

Os batimentos percebidos em diferentes pontos dos membros inferiores do corpo, em suas juntas e dobras (alguns acrescentam a estes, certa pulsação contida e alojada sob a pele, que se manifesta nas pernas e braços), formam o *oyakoare* ou *wayakoriri*, substância que é tomada (ou que segue, *atunahã*; ou que é raptada, *ahakahã*; ou ainda que se transforma em, *ayawa*) pelos *iakayreti* representantes do patri-clã do morto, com os quais fabricam um ser espiritual da mesma raça e família, que passa a viver definitivamente num dos topônimos hidro-geográficos visíveis e distintos da paisagem natural.

Um *dakoti* é uma espécie de “negativo fotográfico”, uma cópia da pessoa (*hiakware*), sua sombra; algo vivo, que com o morto, e como ele, deixou de existir e de se movimentar. E sob esta forma segue rumo à cidade dos espectros, no extremo do arco-íris.

Em síntese, a morte opera uma divisão ternária da pessoa, figurando uma topologia de seres distintamente recortados, que tomam, por sua vez, diferentes destinos e espaços do cosmos.

⁴ Fotografias, falas e cânticos gravados são também formas de manifestação da alma – uma presença retida do morto. Esta condição atiza a ira dos *iakayreti*, capazes de enfurecer e investir contra aqueles que apreendem tais expressões.

À luz das observações sumárias precedentes, depreende-se que a metafísica enawene não concebe a idéia de corpo e alma como substâncias distintas e irreduzíveis, seja o primeiro enquanto prisão da segunda ou como império, templo ou casa desta. Antes, alma no plural; tida como fundamento imanente do corpo, sua expressão vital, em ato. Assim são concebidos e interpretados pelos Enawene os devires, os seres e a “matéria-prima” de sua constituição, uma espécie de “ontologia do movimento”. Como vimos, estão aí em jogo as pulsações, a fala articulada e inteligível, a vividez e a luz dos olhos, a respiração e a ação, mesmo que espectral, da sombra; todas expressões da alma – coisas singulares existentes em ato, no corpo vivo, sempre em movimento. Para tal concepção, portanto, a alma (suas almas) é a própria expressão do corpo, seu “modo” ou seu “estilo”. Em outras palavras, podemos dizer que, segundo a “teoria filosófica” enawene, nada poderá acontecer a uma alma que não possa ser percebido pelo corpo, e vice-versa.

Como vimos, os Enawene são exímios descritores da morfologia dos seres cósmicos, narrando em detalhe suas características anatômicas. O corpo (das almas) é, assim, a expressão, em ato, da própria alma. Por isso, quando ele, o corpo, deixa de sê-lo, com a morte, não significa mais corpo-potência, mas simplesmente matéria em vias de destruição, esquecida e inerte. Com o falecimento, o que se tem são almas-corpo nos devires *enore-iakayreti-dakoti*. O corpo assume outros corpos/seres para fazer valer suas almas, sempre dele dependentes.

E dessa maneira, expostos e sujeitos às mais profundas ações das criaturas do cosmos, os Enawene acionam e fazem valer seus especialistas no assunto corpo-alma e gestores da “política cósmica”. Examinemos esta questão mais de perto.

Médicos da alma, curadores do corpo

Movido pela insatisfação alimentar, um *iakayreti* investe sobre uma pessoa arremessando-lhe flechas invisíveis ou objetos e restos de alimentos. Além disso, pode ainda nela se alojar, penetrando em seu corpo. Tais atitudes afetam direta e especificamente a *hesekonase*, o conjunto dos princípios vitais (alma) do indivíduo, debilitando-o fisicamente.

Quando alguém se prostra doente, a primeira providência é o oferecimento de comida aos *iakayreti*. E, se este momento coincide com a escassez de alimento, na residência ou mesmo na aldeia, então a atitude torna-se mais radical, homens e mulheres, particularmente estas, entram imediatamente em ação na providência de comida. Às vezes, a mobilização é exigida no âmbito do grupo social a que pertence o doente ou o morto: é a manifestação exclusiva dos espíritos daquele patri-clã, isto é, uma pessoa não é vítima de qualquer espírito, ela é alvo de um time específico de *iakayreti*, aqueles “ligados” ao seu grupo de parentes consanguíneos. O alimento é levado, pelo xamã ou alguém da família do doente, até o centro do pátio ou colocado no interior das casas.

Neste momento, um xamã (*sotayreti*) é imediatamente acionado e, ali, diante do seu paciente ele age retirando as substâncias e objetos patogênicos por meio de

sucções na região dolorida ou na cabeça malsã. Do corpo são extraídos pedra, madeira, metal, restos de alimento, contas de colar, penas, anzol, etc. São também retiradas ou neutralizadas as flechas invisíveis arremessadas pelos espíritos agressores. A sucção é o ato xamânico por excelência, o gesto emblemático das ações curativas e protetoras: extrai os objetos deletérios, debela as feridas internas, tonifica o corpo, cura a doença e afugenta a morte.

O xamã também atua expulsando o espírito instalado no doente por meio da invocação de uma das divindades celestes (*enore-nawe*) de seu patri-clã, mantido na sua companhia durante o tratamento. O resultado positivo dessas ações, contínuas e repetidas, restaura a integridade da alma, restabelecendo a saúde da pessoa.

Com *status* de embaixador do cosmos, o xamã desloca-se para outros patamares do universo, travando diálogos e combinações com seus habitantes. Sejam cotidianas ou em ocasiões especiais, estas viagens encerram um sentido sociológico positivo e primordial: resulta em profícuos diálogos entre os deuses e os representantes humanos, através dos quais as pessoas recebem notícias dos parentes, avisos e prenúncios de morte ou doenças, regras e comportamentos a se cumprir, presentes e outras novidades.

O deslocamento até o patamar celeste é feito, comumente, através de sonhos (*eralokwane*) ou transes (*lalokwana*), marcados por uma expressiva jocosidade, conversas, brincadeiras e risos. O xamã balbucia palavras soltas e sem nexos; fala consigo próprio e dirige-se a quem não se vê; trata de assuntos diversos, sobre pesca, coleta de mel, roubo de objetos, sobre os Brancos e suas cidades; ora respondendo a alguma pergunta, ora permanecendo em profundo silêncio. Ao xamã são doados alimentos, bebidas à base de milho e mandioca, bolos e peixe e frangos defumados, consumidos por ele próprio e/ou oferecidos aos presentes.

A doença que exige a presença xamânica é aquela que vitimiza os princípios vitais da pessoa – dores e males invisíveis aos olhos humanos – patologias da alma. Sob tais condições o indivíduo é visto como tendo sua alma (seus princípios vitais) comprometida, roubada ou desprendida lentamente do corpo. Assim, diferentemente da *nossa* noção de morte, para os Enawene (a exemplo de outras sociedades ameríndias), alguém pode estar “um pouco morto”, morrendo, com sua alma raptada e distanciando-se para outros lugares. Veremos adiante como parte dessa “potência da alma” pode ser capturada ou exaurida pela (espírito da) planta de mandioca, cabendo ao xamã recuperá-la e devolvê-la ao seu dono.

A atividade xamânica exige recompensa por parte da família do beneficiado. Acionado por um parente consanguíneo do enfermo, o xamã é antecipadamente recompensado pelo seu serviço. Tal pagamento se dá na forma de bens utilitários e simbólicos, como colares de tucum, diademas plumados, panelas de barro e de alumínio, caninos de onça, redes de algodão, machado, lima, isqueiro, peixe, sementes de milho e tuberosas (cará, batata, inhame, araruta) dentre outros. Em nenhuma situação há isenção ou devolução dos materiais arrolados no pagamento. Há casos (situações graves ou demoradas) em que a família do doente compromete quase

todos os seus bens na retribuição aos serviços de cura do xamã, chegando a ficar comprometida, sobretudo, em seu estoque mínimo de objetos industrializados.

É importante, aqui, abrir um parêntese sobre a noção de *pagamento* aos serviços dos especialistas nativos. Penso que a exemplo de tantos outros conceitos, muitos deles empregados por nós de maneira espontânea e natural, este também deve ser problematizado. Mas acredito, acima de tudo, que o problema não está contido apenas no seu uso, mas, sobretudo no transporte de seu conteúdo, no seu deslocamento (no sentido atribuído por Bruno Latour, 1983), de uma cosmologia ou tradição epistemológica para outra.

Uma “deslocalização” termo-a-termo me parece muito complicada, susceptível aos constantes reducionismos, como bem nos alerta Eduardo Viveiro de Casto (2002: 489), quando diz que *o que se deve preservar são as relações e não os termos*. Assim, como enfatiza o referido autor, o *equivalente funcional* do xamanismo indígena, por exemplo, é a ciência, o laboratório de física, e não o candomblé baiano ou o neo-xamanismo californiano. Com isto quero dizer que a noção de *pagamento* não pode ser simplesmente transplantada de um contexto para outro sem melhor entender o que se passa *por lá*. Entre os Enawene existem vários termos empregados que nos ajudam a pensar nesta questão.

A palavra *hekoare* (*ahekware*) significa repor, substituir, permutar, colocar no lugar de coisas semelhantes ou parecidas. Dessa maneira, um litro de gasolina é pago com outro litro de gasolina, assim também, uma mulher é paga por outra mulher entre os clãs exogâmicos. O conceito *akatolixini* (e seus variantes *katoyliri*, *etoyri*, *etuyte*) quer dizer pagar, restituir... Fazer equivalentes coisas distintas: um colar é pago com uma panela ou com dinheiro. A palavra *matoyrare* quer dizer dádiva, gratuidade, dar sem expectativa de retorno: um soprador (*hoenaytare*) executa suas operações de profilaxia sobre sua nora gratuitamente, já que ela faz parte de seu grupo doméstico. Para uma outra pessoa que não seja moradora de sua casa ou de seu grupo clânico, tal operação será retribuída na forma de *hekoare*.

Bem, tudo isso para dizer que as operações e compromissos definidos socialmente com e entre os especialistas enawene – o xamã (*sotayreti*), o soprador (*hoenaytare*) e o fitoterapeuta (*baraytare*), também o cantador (*sotakatare*) e o feiticeiro (*iholalare*), como veremos adiante – estão submetidos a estas várias modalidades contidas na obrigação de *dar*, *receber* e *retribuir*, como também já nos alertou Marcel Mauss (2003). São estas e outras noções do esquema nativo que estruturam e dinamizam as relações definidas no sistema de cura e cuidados com a saúde, a doença e a pessoa entre os Enawene.

É comum se ouvir que a *saúde enawene é privada* – uma vez que as operações de retribuição aí correm às soltas. Esta sentença, porém, me soa como absolutamente carente de uma prospecção mais detida do sistema em suas tantas variações interpessoais e inter-grupais: as nuances conceituais acima atestam isto, estando em operação ora uma, ora outra, nas práticas de cura e de cuidados entre o grupo.

A relação aparentemente mais problemática entre os Enawene é aquela

protagonizada pelo fitoterapeuta (*baraytare*), justamente por ser aí a zona de choque entre a especialidade no emprego de plantas medicinais com o estoque gratuito de medicamentos disponibilizado pelo DSEI, bem como dos serviços de seus agentes. Aqui é onde se dá o atrito, uma vez que *baraytare* e biomedicina se ocupam com as enfermidades do corpo, diferentemente dos “especialistas da alma”, os xamã e os sopradores, com os quais não há concorrência – pelo menos por enquanto.

Um xamã quase nunca atende em seu próprio grupo clânico, isto é, quando um paciente necessita dos cuidados xamânicos, alguém de sua família recorre ao especialista de um clã que não seja o do enfermo. Esta regra aponta, inequivocamente, para uma “dependência” e aliança entre os grupos, tornando também obrigatória a retribuição aos serviços prestados, situação oposta àquela praticada por outros especialistas (como o *hoenaytare* e o *baraytare* – apresentados adiante), que dispensam a recompensa por parte dos pacientes do seu grupo doméstico, sejam este consangüíneos ou afins. O prestígio de um xamã está relacionado, em geral, à quantidade e natureza dos objetos retirados na sucção curativa e à habilidade de apresentar a doença sob a forma material.

Além do xamã, existem ainda, entre os Enawene, outros especialistas e auxiliares na prática da cura e do diálogo com os seres e forças do cosmos. Chamemos de soprador, rezador, benzedor ou orador, um *hoenaytare(lo)* é aquele indivíduo, homem ou mulher, detentor de um estoque de palavras e textos mágicos que, veiculadas pelo gesto de sopro, têm o poder de agir imunologicamente contra a investida de determinadas entidades sobrenaturais e da natureza causadoras de doenças e mortes. Agente de prevenção, um *hoenaytare* tem atuação por excelência durante a *kadena*, um conjunto de regras e proibições (alimentares e sociais) associadas à iminência de sangue, manifestadas.

No ato de nascimento ou no início do período de menstruação de uma adolescente, sua mãe ou avó imediatamente aciona um *hoenaytare*, que se encarrega de uma seqüência de sopros (*hoene*) combinados com palavras encantadas, aplicados inicialmente sobre a cabeça e depois diante de um extenso repertório de objetos e lugares freqüentados pela moça e/ou seu futuro cônjuge. Para cada situação, objeto ou item alimentar “soprado”, este especialista articula um repertório específico de expressões e frases apropriadas. O acervo de palavras dirigido sobre a cabeça da menina e/ou do menino neófitos da fertilidade e vida conjugal é o mais extenso e difícil da especialidade, dominado apenas por alguns *hoenaytare*. A qualidade maior de um “soprador”, portanto, é a sua extraordinária habilidade de memorizar e verbalizar os textos orais, cujo aprendizado é feito, via de regra, pela transmissão de pai (ou mãe) para filho.

Exceção concedida apenas aos parentes consangüíneos (reais e classificatórios), o pagamento antecipado, é condição *sine qua non* para um *hoenaytare* dispor de seus serviços profiláticos. Os bens aí em jogo são os mesmos arrolados na retribuição às operações xamânicas. O descumprimento das exigências de *kadena* e a não submissão às seções preventivas deixam o indivíduo vulnerável às ações deletérias

dos ogros-gigantes da floresta (*atahare-wayate*) e, principalmente, do espírito da (planta de) mandioca – a adolescente púbere da mitologia agrícola enawene⁵. O ataque desferido pela planta se dá na forma de rapto da *hiako*, a “potência da alma”, manifestada nos princípios vitais do organismo – como vimos acima, o conjunto destas pulsações faz parte da *hesekonase*, a alma principal do indivíduo, cujo destino é o *eno*, onde se constituirá numa divindade após a morte. A vítima da transgressão de *kadena* pode ser seu próprio autor ou um filho ou outro parente consangüíneo seu, que passa a reclamar de dores na cabeça e no corpo, fraqueza, vista turva e dificuldade respiratória.

Descumprida a regra de *kadena* e, conseqüentemente, instaurada a ação maléfica da planta *hematófita*, nada mais resta ao *hoenaytare*, sendo necessária agora a presença do xamã, que, antes das operações de sucção, segue primeiramente à procura da *hiako* da vítima numa das roças por onde esteve ou das quais se aproximou durante o período de proibição: a *hiako* se mostra em miniatura na forma de olho humano, retida ao pé de uma planta. Uma vez recuperada por meio do *yakoti*, a pequena bola de algodão, a *hiako* é devolvida à pessoa debilitada, restabelecendo seu ânimo e aliviando seu cansaço crescente⁶. Com a alma reposta, espera-se que o transgressor da *kadena* esteja livre da morte. Depois disto, ainda, após averiguar as pulsações do paciente, o xamã suga as partes do corpo do enfermo, recomendando aos seus parentes que saiam à busca de peixe e que preparem bolos de mandioca, a serem oferecidos durante os rituais devotados aos *iakayreti*, condição necessária para a completa recuperação do doente.

Embora pouco comum, o soprador ou o xamã pode fazer uso de plantas medicinais em suas seções de cura, mas o manejo e conhecimento profundo de espécies medicinais para o tratamento de doenças é, entre os Enawene, uma especialidade à parte, conferida a um outro especialista do seu sistema médico, o *baraytare*.

O uso destas plantas, porém, não é aplicado a qualquer tipo de doença; ele é, antes, restrito a um universo de patologias, em especial as afecções visíveis do corpo (epiderme, ouvido, garganta e boca), aos problemas associados à fertilidade feminina, ao nascimento de criança, às alterações no ciclo da menarca, como contraceptivos e contraceptivos definitivos e temporários e como tônicos infantis. Algumas enfermidades são atribuídas ao consumo indevido (conseqüência de transgressões alimentares) de certas espécies de peixe.

⁵ É por este motivo, dizem os Enawene, que se faz necessária a presença de um *hoenaytare* no ato do plantio da mandioca na roça coletiva para fins rituais, soprando e proclamando palavras balsâmicas à menina-mandioca, aplacando sua ira e alimentando-a com peixe.

⁶ Algumas vezes, pensando numa certa vulnerabilidade coletiva, e precavendo-se da fuga da *hiako*, o xamã costuma passar horas distribuindo o *yakoti* às pessoas da casa onde vive, e aos moradores de toda a aldeia. Neste caso, a bolinha de algodão não tem a função de repor a alma tragada, mas sim proteger e tornar imune a população aldeã, cotidianamente vulnerável ao ataque dos seres da natureza e sobrenaturais. Credita-se ao *yakoti* o poder de deixar as pessoas mais fortes e alegres, uma vez que ele é uma dádiva dos *enore-nawe*, os deuses celestes.

A complicação do quadro das afecções tratadas com fitoterápicos pode significar uma transposição do malefício a outras esferas de competência, isto é, uma enfermidade comum, visível no corpo, pode servir de substrato ao oportunismo de um *iakayreti*, podendo se transformar numa “doença da alma”, o que exige a entrada em cena do xamã.

O saber adquirido pelo *baraytare* sobre as plantas faz parte de um valor intelectual especializado. O conhecimento sobre as espécies medicinais – suas formas de manipulação e preparo dos remédios, sua associação com as respectivas enfermidades e a posologia dos fármacos – é mantido pelo *baraytare* sob sigilo, longe de observadores indesejados. Tais práticas, no entanto, são de acesso (e repassadas) aos membros de sua família nuclear, em especial aos seus filhos e filhas, legítimos herdeiros da fitoterapia enawene. Também outras pessoas do grupo doméstico, como esposa, genros e netos podem observar e receber ensinamentos. A transmissão desse conhecimento é feita durante as excursões pela mata na coleta das plantas e no preparo das substâncias, longe ou dentro das casas.

Dessa forma, toda pessoa adulta, homem ou mulher, é “um pouco *baraytare-lo*”. Primeiro, porque os pais são aqueles que devem tomar a dianteira no uso das plantas para determinadas fases e situações mais simples vividas pelos filhos; segundo porque os membros da família têm a oportunidade de observar, no âmbito do tratamento familiar, a manipulação e administração dos preparados.

Se, por um lado, algumas plantas são amplamente conhecidas – dado seu uso comum ou corriqueiro –, outras são de emprego exclusivo de alguns fitoterapeutas, o que lhes confere maior *status* profissional. Um *baraytare*, portanto, não é simplesmente alguém que faz uso, genericamente, de plantas, mas aquele que detém o conhecimento específico e em detalhe sobre determinadas espécies e sua aplicabilidade. Assim, por exemplo, há especialista em um único tipo de enfermidade, isto é, que conhece a(s) melhor(es) planta(s) para uma determinada afecção, bem como há aquele que detém o saber sobre mais de uma espécie vegetal recomendada para determinada doença.

De modo geral, um *baraytare* age isoladamente, mas pode também atuar em conjunto com um outro, preferencialmente do seu próprio clã, trocando técnicas, saberes e habilidades sobre as plantas e as enfermidades em prospecção. A dupla, por seu turno, pode ser formada por peritos naquele tipo de doença ou por um casal, marido e mulher. E, tal como se faz aos xamãs e sopradores, seus serviços fitoterápicos são antecipadamente retribuídos.

Onde os modelos se atritam

Os Enawene convivem desde os primeiros tempos do contato, no começo dos anos 1970, com a administração de medicamentos, braço forte do *nosso* sistema médico. A partir da institucionalização do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em final do ano 1999, o atendimento aos Enawene sai da esfera de atuação indigenista e constitui-se num aparato próprio e independente – ainda que sob a

responsabilidade administrativa da Operação Amazônia Nativa (OPAN), atuante entre os Enawene desde os anos 1980.

Já no período de transição (de responsabilidades institucionais diretas pela atenção à saúde enawene), a OPAN deu início à formação sistemática de “agentes indígenas”, cognominados *baraytarexi*. Inicialmente em número de nove, todos homens (um de cada clã), eles passaram a receber instruções básicas sobre o *nosso* sistema médico e os procedimentos elementares em assistência à saúde, como o tratamento das doenças mais freqüentes entre eles e noções de primeiros socorros.

Tal iniciativa inaugurou uma situação nunca antes vivida pelos Enawene: a atuação de especialistas do sistema de saúde oficial, do Branco (*yuti*), protagonizado por indivíduos do próprio grupo. Percalços e resistências acompanharam a inovação, suscitando discussões e reações dentro e fora das idéias e valores instituídos pelo grupo⁷.

Com a implantação definitiva do Distrito Sanitário Especial Indígena, e a conseqüente integração dos Enawene ao seu esquema, os *baraytarexi* foram institucionalmente incorporados a ele na condição de Agentes Indígenas de Saúde. Reduzidos, porém, a apenas dois, eles passaram, doravante, a cumprir uma pauta de atividades e compromissos impostos pelo pacote biomédico, submetidos à hierarquia do sistema e devendo atuar como um dos seus na aldeia, em companhia ou na ausência de outros profissionais, auxiliares de saúde e enfermeiros. Acima de tudo, os novos agentes indígenas passaram a ser pagos pelos seus serviços na aldeia.

Com o tempo, os Enawene foram se acostumando e se adaptando ao modelo em andamento, mas a atuação de pessoas do próprio grupo no esquema oficial externo não tem passado incólume a certos problemas e ambigüidades. Superados alguns daqueles vividos pelos primeiros *baraytarexi*, os atuais AIS enawene têm protagonizado uma série de efeitos colaterais resultantes do conflito entre os sistemas, de suas concepções e práticas. Dentre outros, podemos destacar: a) a suspeita da população aldeã sobre sua “competência” na compreensão e execução do modelo biomédico do Branco; b) os limites de atuação impostos pelas atitudes e prescrições inerentes à vida social enawene, traduzidas, por exemplo, no acesso restrito a lugares e pessoas; c) incompatibilidade entre as demandas do calendário nativo (atividades econômicas e rituais) e aquelas advindas das “obrigações da saúde”; e d) a insegurança do doente e/ou do próprio agente na ausência de um auxiliar ou enfermeiro na aldeia.

Os Enawene-Nawe nunca ocultaram seu interesse e fascínio pela medicina biomédica, especialmente pela sua capacidade de produção de medicamentos, em quantidade e diversidade, e pela rapidez de resposta do seu tratamento. A desmesu-

⁷ É importante ressaltar aqui o aparecimento do texto elaborado pelo antropólogo Marcio Silva (2002). Nele, o autor chama a atenção para a atuação dos *baraytarexi* no contexto da diferença de concepções entre os sistemas. Considerando os *baraytarexi* como “um fenômeno entre dois mundos”, o autor aponta para questões cruciais de atuação dos Enawene no esquema oficial de saúde.

rada procura dos remédios alopáticos por eles sempre chamou, e continua chamando, muito a atenção: por qualquer incômodo ou qualquer dor, alguém, de pronto, o solicita ao primeiro agente de saúde que encontra – único na aldeia detentor dos medicamentos, diga-se de passagem. Não são poucos aqueles que insistem ou reclamam pela sua obtenção, que, diante da recusa do agente de saúde, justificada pela desnecessidade, o acusam de sovina (*madi*). Aos injetáveis, particularmente, os Enawene demonstram certa obsessão: dada sua ação imediata, são indiscriminadamente solicitados, e muitas vezes exigidos.

Assim, enquanto os profissionais e as instituições do SUS estão preocupados em combater, a partir de suas premissas ontológicas, os males do corpo, os xamãs (*sotayreti*), sopradores (*hoenaytare*) e cantores (*sotakatare*) enawene atuam na esfera da corrente cósmica, no fluxo das forças espirituais, como interlocutores dos humanos com os seres sobrenaturais e criaturas imateriais da natureza. A questão, no entanto, é saber até quando estes sistemas tão díspares caminharão juntos, na prática e conceitualmente, dada a inserção cada vez mais incisiva e unilateral do esquema biomédico. E mais: se há, por enquanto, uma aparente complementaridade deste modelo com aquele nativo, por outro, não é o que ocorre particular e claramente com a fitoterapia enawene.

Ao contrário do que acontece com a produção local de fármacos e os serviços especializados do *baraytare*, todos os ingredientes envolvidos no sistema de atenção à saúde indígena – com destaque para o acervo de medicamentos e a atuação de seus profissionais – são fornecidos gratuitamente. Se, por um lado, o doente (ou algum parente seu) dirige-se, sigilosa e cerimoniosamente, a um especialista nativo, pagando-o antecipadamente pelos seus serviços, por outro, o encaminhamento e a procura ao agente de saúde do DSEI é livre, espontânea e de iniciativa, na maioria das vezes, do próprio profissional.

Não pouco freqüentes são as queixas dos Enawene endereçadas aos seus fitoterapeutas: “eles cobram muito caro pelo remédio... eles são sovinas”. O mais preocupante, entretanto, é o fato de se buscar primeiro o atendimento do *sistema distrital* para depois, caso não tenha se curado o doente, recorrer às especialidades do *baraytare*. Este, por sua vez, ressentido cada dia mais a falta de estímulo e prestígio diante da farmacopéia do DSEI e da atitude voluntária, irrestrita, pública e gratuita de seus agentes. Diante do suposto incentivo concedido pelos profissionais do Distrito à importância da fitoterapia tradicional, os *baraytare* enawene passaram a retrucar, dizendo, por exemplo, que as melhores plantas estão cada vez mais distantes da aldeia, que eles já “esqueceram” a arte da produção de remédios, que medicamento bom é aquele dos brancos, etc.

Ainda que, grosso modo, o número dos especialistas em plantas medicinais seja considerável – mais de trinta, atualmente – são poucos aqueles considerados peritos, de larga experiência no assunto, um total de três apenas. O grande número de fitoterapeutas enawene parece se justificar na ação privilegiada e peculiar em que não há lugar para os fármacos industriais, como aqueles contra choro e tristeza

infantis, ou onde o emprego de medicamentos industrializados não tem sido ainda adotado pelo/no grupo, a exemplo dos anticoncepcionais.

As equipes de saúde do DSEI têm atuado, entre os Enawene, de maneira sistemática, em longos intervalos de campo e sem interregno. Isto tem possibilitado, dentre outras coisas, certo aprendizado da língua nativa – que facilita a comunicação entre profissional-paciente –, conhecimento e acompanhamento individual dos pacientes, observação, ainda que mínima, do funcionamento da medicina nativa, de sua estrutura e seus especialistas, etc. Por outro lado, falta a estes profissionais um programa de formação que permita melhor compreensão da vida social e do sistema conceitual de doença, cura e cuidados perpetrados pelo grupo – o que permitiria desencadear um processo contínuo de interlocução entre os diferentes modelos e concepções.

Vale lembrar, por fim, que a pretensão intercultural propagada pela assistência à saúde indígena está permeada por um cabedal complexo de variáveis sócio-cosmológica-política, manejadas por ambos os lados, que se complementam, sobrepõem, atritam ou se excluem. Nesse contexto, a atuação esperada dos agentes do sistema oficial não dependerá apenas de sua capacidade técnica, mas de importantes balizas fornecidas, especialmente, pela etnologia.

Bibliografia

- GARNELO, Luiza & WRIGHT, Robin. Doenças, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. **Caderno de Saúde Pública**, 17(2), 2001.
- LATOUR, Bruno. Comment redistribuer le grand partage. **Revue de Synthèse**. Paris, IIIs, n.110, 1983.
- MAUSS, Marcel. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.
- MENDES DOS SANTOS, Gilton. **Da cultura à natureza – um estudo do cosmos e da ecologia dos Enawene-Nawe**. Tese de doutorado em Antropologia Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. 2006.
- _____. A desnaturalização da natureza – esboço de uma teoria ameríndia. **Estudios Latinoamericanos**. Sociedad Polaca de Estudios Latinoamericanos, Vol 26, 2006.
- SILVA, Márcio. **Os Enawene Nawe, a OPAN, o DSEI e o SUS** (Versão Preliminar), contribuição à reflexão sobre a atuação da OPAN como gerente do Pólo-Base de Brasnorte do DSEI – Cuiabá, 2002 (mimeo).
- VIVEIROS DE CASTRO Eduardo. **A inconstância da alma selvagem** – e outros ensaios de antropologia, São Paulo: Cosac & Naify, 2002.

O contexto alto xinguno de incorporação de projetos e ações em saúde

MARINA DENISE CARDOSO

O convite para participar desta Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena não só é oportuno para conhecer as experiências que estão sendo desenvolvidas entre vários grupos no país, mas também vem a ocorrer em um momento em que já há uma primeira demanda do Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEIX) dirigida ao Projeto Vigisus/Funasa para a implementação de um projeto de integração das parteiras indígenas ao sistema de atenção à saúde local.

O acompanhamento das discussões que estão sendo feitas sobre esse possível projeto, no âmbito de uma pesquisa que estou coordenando na região do Alto Xingu¹, tem levantado algumas questões que gostaria, então, de estar aqui discutindo. Antes, no entanto, de falar sobre o modo como essa questão tem sido encaminhada e percebida entre os alto xingunos, ou a propósito mesmo do que estou observando no contexto alto xinguno², gostaria de colocar inicialmente uma questão, já discutida em outros fóruns de saúde indígena, mas que é sempre pertinente retomar.

Trata-se de problematizar o próprio projeto de incorporação das práticas medicinais indígenas ao sistema de atenção à saúde, sob os ângulos quer da sua pertinência, quer da sua agência. Jean Langdon já fez uma intervenção neste sentido, com a qual eu, a princípio, concordaria: tratar-se-ia de questionar se esse projeto vem de acordo com as próprias reivindicações e demandas indígenas no sentido da valorização, respeito e preservação das suas “tradições culturais”; ou de uma adequação dessas demandas aos projetos de atenção à saúde enunciados em outras esferas ou instâncias de deliberação para a formulação de um programa específico de atenção à saúde para os povos indígenas.

¹ Projeto de Pesquisa “Sistemas terapêuticos indígenas e a interface com o modelo de atenção à saúde: diferenciação, controle social e dinâmica sócio-cultural no contexto alto xinguno” (Processo CNPq 401240/2005-3).

² Refiro-me ao contexto alto xinguno em geral, dado que dentre a literatura disponível salienta-se que, a despeito das diferenças lingüísticas locais, os grupos identificados como pertencentes à “sociedade alto xinguna” comporiam um corpo distinto e relativamente homogêneo entre outras sociedades tribais ameríndias, no que diz respeito a sua forma de organização sócio-política e trocas cerimoniais, econômicas e matrimoniais que têm perpetuado, ao longo do tempo, um sistema abrangente de relações intertribais pelas quais eles se definem e se situam diferencialmente nesse sistema mais amplo (entre outros, Basso, 1973; Gregor, 1982; Viveiros de Castro, 1977; Franchetto & Heckenberger, 2001). São eles, de língua Aruak: Yawalipiti, Mehináku, Waurá; de língua Tupi: Kamayura e Aweti; de língua Karib: Kalapalo, Kuikuro, Matipu, Nahukwá, além do grupo Trumái, de língua considerada isolada. Se os dados mais gerais referem-se a esse contexto como um todo, informações mais específicas são referentes aos Kalapalo da aldeia Aiha.

Primeiramente, deve ser observado que é recorrente o uso concomitante dos serviços de saúde e das práticas das medicinas indígenas no próprio campo da *práxis* terapêutica dessa população. Processo este que não se dá sem contradições e conflitos de diversas naturezas, quer no campo da intervenção clínica propriamente dita, quer no campo da formulação, implementação e gestão das ações em saúde. Não me parece, entretanto, que uma possível solução para estes conflitos e contradições possa ser trazida pela integração dos diversos especialistas da medicina indígena aos serviços assistenciais em saúde.

Trata-se também, em segundo lugar, de ponderar sobre os eventuais reflexos desse processo nas próprias formas político-simbólicas às quais os sistemas terapêuticos indígenas estão relacionados e mutuamente se referem. Apesar de esta ser uma discussão ainda incipiente no Alto Xingu, gostaria de trazer alguns dados sobre a forma como este processo vem ocorrendo nesta região para poder subsidiar a discussão que aqui está sendo realizada.

Desde a formação do DSEI local³ observa-se entre os altos xinguanos que as práticas da medicina indígena persistem em concomitância com a utilização do sistema oficial de saúde, ao mesmo tempo em que há uma demanda xinguna explícita pelo serviço médico “caraíba”. Nesse sentido, a demanda dos altos xinguanos sempre foi muito mais para terem um sistema médico tal como os “caraíbas” (brancos) o têm e com a qualidade presumida que esses serviços teriam, e menos no sentido da incorporação dos seus próprios agentes terapêuticos a esse sistema, dado que eles já têm a sua legitimidade reconhecida e valorizada dentro das suas próprias comunidades. Quer dizer, parece-me que a demanda atual é muito mais uma demanda introduzida, inclusive sob o forte apelo do “assalariamento” e uma forma de adequação a projetos institucionalizados, do que uma demanda que surge a partir de um projeto próprio dessas comunidades.

Houve, até então, uma única reunião para a discussão do projeto de integração das parteiras e dos “pajés”⁴ ao sistema de saúde local, da qual resultou o documento

³ O Distrito Sanitário Especial Indígena do Xingu (DSEIX), criado em agosto de 1999, estava, até meados de 2004, sendo gerido pela UNIFESP (ex-Escola Paulista de Medicina) por meio de um convênio com a Funasa. Desentendimentos frequentes entre as lideranças indígenas do Alto Xingu e a equipe coordenadora da UNIFESP levaram à divisão dos serviços de atenção à saúde no Parque do Xingu. A Funasa, por meio de um convênio inicial com uma associação indígena kamayurá (um dos povos que habitam a região do Alto Xingu), a Associação Mavutsinim, e, posteriormente, com a criação em 2005 do Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu (IPEAX), que congrega a representação de todas as etnias do Alto Xingu), passou a assumir a gestão e o controle das ações em saúde nessa área, e a UNIFESP restringiu suas atividades às áreas do Médio e Baixo Xingu. Durante o período da gestão da equipe da UNIFESP, foram criados pólos setoriais de atendimento dentro do Parque do Xingu (Leonardo, que atende a região do Alto do Xingu, Pavurú, e Diauarum), que abrigam equipes rotativas de profissionais da área de saúde tais como médicos, enfermeiros e dentistas. Foi criada ainda a Casa de Saúde do Índio em Canarana para os pacientes em tratamento e seus familiares, a partir de convênios com hospitais das cidades de Canarana e Água Boa, de acordo com o modelo descentralizado e hierárquico de atendimento do Sistema Único de Saúde (UNIFESP, 1999). As sedes administrativas da Funasa, do DSEIX e do IPEAX também se encontram em Canarana. Os dados e informações desta comunicação referem-se à região do Alto Xingu somente.

⁴ Uso aqui o termo “pajé” no sentido coloquial que lhe é dado, tal como ele é empregado pelos próprios índios para se referirem, em português, aos xamãs locais.

encaminhado à Funasa solicitando a incorporação das parteiras, mas não ainda dos “pajés”. Algumas aldeias já indicaram, inclusive, as parteiras que estariam sendo contratadas, e, diferentemente do que acontece em outros lugares, tratar-se-ia não de um curso de formação ou capacitação, mas tão somente a contratação das parteiras locais de acordo, a princípio, com o seu grau de “expertise”, ou reconhecimento comunitário como sendo “boas parteiras”. O que estava também sendo solicitado, para além dessa contratação, era algum material, tal como tesouras e luvas antissépticas.

O mesmo, entretanto, não aconteceu com os “pajés”. Esbarrou-se, aqui, numa questão fundamental que diz respeito ao próprio exercício da prática xamânica. Uma das características da prática do xamanismo local é o “pagamento”⁵ a ser feito ao espírito que “rouba” a alma da pessoa (ou o seu “duplo anímico”) para que o processo de cura possa ser iniciado. O “assalariamento” colocaria em questão o próprio modo como o processo terapêutico é pensado. Chegou-se mesmo a cogitar o “pagamento” aos “pajés” sob a forma de utilidades ou objetos “caraíbas” muito valorizados, tais como bicicletas, mas a discussão não foi adiante. Numü, um *huati hekugü* Kalapalo, explicita o problema quando observa que, para ele, pessoalmente, a contratação pelo serviço de saúde seria bom. Mas também observa que, antes de poder aceitar, ele teria que “fumar” para entrar em contato com o seu “espírito-guia” para saber se ele aprovaria essa forma de “pagamento”.

Parece, assim, haver algumas divergências entre eles: se alguns já relatam a experiência de terem trabalhado conjuntamente com médicos, em hospitais, e não veriam problemas em uma atuação conjunta, outros nunca tiveram essa experiência e, ao contrário, reiteram críticas à intervenção da equipe de saúde ao, por exemplo, retirarem da área pacientes que ainda estavam sob seus cuidados sem que as sessões de cura estivessem terminadas. Cabe observar que os médicos relatam, inversamente, o mesmo problema: por vezes, as suas intervenções estariam sendo prejudicadas pelo atraso na remoção de pacientes que estariam sendo curados pelos “pajés”, ou pelos efeitos dos eméticos administrados aos pacientes, que eles ignoram.

Uma questão me parece essencial para que se possa compreender a dinâmica desse processo que, aparentemente, encerra uma inexorável contradição entre um princípio de universalização (no caso, do sistema de atenção à saúde) e um princípio de diferenciação (“atenção diferenciada” para os povos indígenas).

⁵ “Pagamento” também é uma forma empregada por eles para se referirem, em português, ao “ato obrigatório” de dar antecipadamente ao “pajé” aquilo que o espírito requer “em troca” da alma por ele “roubada” e que o “pajé irá então reaver, possibilitando a cura. Trata-se, pois, fundamentalmente de um amplo e extensivo sistema de troca tal como descrito originalmente por Mauss (1974), que articula, inclusive, diversos planos de existência e relações entre seres. Tal como observei em um texto anterior, a “doença” aparece, neste caso, como o resultado assimétrico dessas relações de troca, que requer o seu restabelecimento para que a cura possa vir a ocorrer. (Cardoso, 2005). Deve-se observar, ainda, que este “ato obrigatório” na prática xamânica não se reproduz da mesma maneira em relação a outros especialistas locais, tais como parteiras ou conhecedores de eméticos, que são geralmente pessoas da própria parentela do paciente ou pessoas com as quais a forma de “pagamento” pode ser negociada tanto em relação à fixação do que deve ser “pago” quanto em relação ao tempo para se fazer o “pagamento”.

Tal contradição é em si cara ao próprio pensamento antropológico que, como anuncia Dumont (1985), forma-se dentro dos quadros da ideologia ocidental, que tende para o universal e a unidade, mas depara-se com a diferença como um princípio lógico de classificação e ordenação hierárquica do(s) mundo(s). Portanto, esta questão seria: qual é o real significado, dentro do campo semântico e da *práxi* tanto dos agentes de saúde quanto dos usuários indígenas, dos serviços de saúde que lhes são dirigidos ou colocados à disposição para o seu atendimento? E, dada a correlação intrínseca desse paradoxo com a própria prática e o cerne do pensamento antropológico, como ela poderia ser pensada sob essa mesma perspectiva?

As questões acerca da atenção diferenciada em ações de saúde para as populações indígenas foram geradas no âmbito do próprio movimento indígena no Brasil, a partir das Conferências Nacionais de Saúde para os Povos Indígenas realizadas durante a década de 1980, no sentido de atender. Aqui não teria que excluir determinadas reivindicações para a formulação de um projeto político autônomo que lhes permitissem assegurar tanto direitos constitucionais desde que isto fosse feito respeitando a especificidade e a preservação do seu patrimônio cultural, lingüístico e territorial. A partir da Constituição de 1988 e a elaboração subsequente dos princípios e diretrizes para a criação do SUS e a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90), foram firmados determinados princípios que deveriam garantir a formulação de uma política de saúde especificamente voltada para as populações indígenas (Brasil, 1999).

Dentre esses princípios destacam-se aqueles referentes à tolerância e respeito à diversidade cultural desses povos, conjuntamente com o reconhecimento e a incorporação das práticas terapêuticas indígenas aos serviços de saúde que lhes seriam dirigidos, assim como à sua gestão, por meio da criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) a partir de 1999 (Langdon, 1999; 2004). Sob esse aspecto, a noção de “diferença” aparece como um dos pilares básicos da formulação dos modelos de atenção à saúde das populações indígenas, ao mesmo tempo em que suscita tanto controvérsias sobre o seu uso na formulação desses modelos quanto conflitos entre as demandas das comunidades indígenas e os modelos propostos.

Os resultados desse processo têm sido objeto de críticas, dados as contradições e os impasses surgidos da institucionalização e operacionalização desses projetos nos diversos planos governamentais da sua implementação frente às demandas específicas de algumas comunidades indígenas, tal como já foi apontado por mim e outros autores em trabalhos prévios (Cardoso, 2001; 2004). No caso, observava especificamente a demanda Kalapalo, de um modo geral xinguaná, para um projeto de um serviço de atenção à saúde que lhes permitisse um acesso real e igualitário ao sistema médico “caraíba”. Mesmo porque, do ponto de vista destas populações, os projetos propostos e em curso não estavam produzindo os resultados esperados; dentre eles, os recursos tecnológicos, profissionais e financeiros para um pronto atendimento médico-assistencial para as populações locais.

O texto evidenciava que além dessas razões de ordem “prática”, os conflitos com os gestores e executores de políticas de saúde na região do Alto Xingu (na

época, membros da equipe da UNIFESP) remetiam à própria dinâmica política interna e às formas de apropriação e redistribuição de bens locais. Isso culminou no rompimento, já em 2004, das relações entre as lideranças locais e a agência conveniada para a prestação de serviços na área de saúde. Neste caso, a Funasa passou a assumir o controle sobre as ações de saúde no Alto Xingu por meio de um convênio com a Associação Indígena Kamayurá Mavutsinim e, a partir de 2005, com o recém fundado Instituto de Pesquisa Etno-Ambiental do Xingu (IPEAX).

Mesmo que essas mudanças tenham propiciado a participação da comunidade, por meio das suas lideranças, na gestão dos recursos para a saúde que estão agora alocados em uma associação indígena local, a coordenação e o controle das ações em saúde são feitos por uma enfermeira e por uma equipe de profissionais de saúde contratadas para este fim. Sob esse aspecto, não só o sistema terapêutico indígena não está integrado aos serviços de saúde, como também não é considerado na organização e nos procedimentos das ações em saúde, que obedece protocolarmente os encaminhamentos dados pela Funasa.

Ou seja, cada membro de cada aldeia do Alto Xingu tem uma ficha padrão numerada, com foto de frente e de lado, na qual constam tanto os dados pessoais quanto “toda” a história clínica do sujeito (particularmente, o controle de vacinação). Mensalmente os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) preenchem um formulário padrão de ocorrências e procedimentos que são encaminhados à coordenadoria de saúde local, que os repassa, posteriormente, para a Funasa.

O caráter das ações em saúde, para além do atendimento de ocorrências pontuais de acidentes e agravos, segue, sob esse aspecto, o modelo de atenção à saúde baseado no levantamento epidemiológico e ações preventivas que são feitos, predominantemente, por meio da coleta *in loco* do material para exame clínico a ser realizado pelos hospitais, laboratórios e médicos contratados em Canarana ou Água Boa (e os resultados, assim como eventuais medicações, posteriormente, re-encaminhados à equipe de saúde do Pólo Leonardo que, por sua vez, os repassa aos AIS, nas aldeias), e do controle e gerenciamento do calendário de vacinação periódica.

Também segue o modelo organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado na descentralização, regionalização e hierarquização da assistência a ser prestada; ou seja, unidades de saúde nas aldeias que contam com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e, eventualmente, com um auxiliar de enfermagem, pólos setoriais de atendimento que congregam equipes rotativas de saúde (médicos, enfermeiros e dentistas); e convênios com hospitais das cidades próximas que atendem ocorrências mais graves ou que necessitem de tratamento mais prolongado, podendo também os pacientes ser, de acordo com o agravo que apresentam, encaminhados para hospitais mais especializados e equipados em Cuiabá ou Brasília.

Frente à implantação de um modelo assistencial que, ao pautar-se por uma “racionalidade técnico-sanitária” (Paim, 2003: 574) e um “projeto pedagógico” que a institui – como é o caso dos AIS –, tende a formular ações padronizadas em saúde que podem, eventualmente, colidir tanto com o princípio de participação da comu-

nidade na gestão dos serviços de saúde, quanto com o pressuposto da integração dos sistemas terapêuticos indígenas nos seus quadros, trata-se de perguntar se há alguma especificidade no atendimento assistencial que é feito. Ainda mais que, retomando o contexto alto xinguano – e acredito que o mesmo ocorra em outras áreas – a atuação dos DSEI restringe-se à área de sua abrangência: fora dessa área de atuação, o paciente “entra” no Sistema Único de Saúde (ao ser removido, por exemplo, para os hospitais da área de abrangência dos DSEI ou para outras cidades) e está sujeito aos procedimentos tecno-burocráticos e profiláticos que, de antemão, também já estão definidos.

Sendo assim, o princípio do respeito à diversidade sócio-cultural dos povos indígenas significa, na prática, relegar os sistemas cognitivos e lógico-simbólicos desses povos a uma esfera difusa de “crenças, hábitos e costumes”, em especial frente à unificação e padronização das ações em saúde prevista pelo modelo vigente. Como observei em outro texto, mesmo pautando-se em uma concepção “ampliada” sobre saúde e seus determinantes sócio-culturais, trata-se de introduzir uma outra normatização, fundada em preceitos sanitaristas e biomédicos, de cuidados em saúde dentro das comunidades indígenas. O que necessariamente entra em contradição com a noção (retórica) de respeito à diversidade de “crenças, hábitos e costumes” e o pressuposto (igualmente retórico) da sua “coexistência complementar” (Cardoso, 2004).

Basta observar qualquer manual de atenção à saúde produzido pela Funasa, que mesmo introduzindo no seu conteúdo aspectos ético-humanitários que deveriam presidir a relação médico-paciente e a valorização dos aspectos da cultura e da medicina tradicional, tem uma orientação eminentemente técnica que, por vezes, ignora completamente o próprio modo de vida indígena. De fato, chega a ser significativo o título de um dos capítulos de um desses manuais (“Medicina ocidental e medicina indígena: a favor da saúde da criança indígena brasileira”) que, embora com o intuito de defender a não incompatibilidade entre a medicina indígena e a ocidental, pelo livre-arbítrio dos sujeitos e suas famílias, desloca o problema para uma noção idealizada de “brasilidade” que é sobreposta aos índios e aos cuidados em saúde (Funasa, 2004).

O que estou afirmando aqui é que, no caso, não só não há essa “atenção diferenciada”, mas que as ações em saúde e a gestão organizacional dos serviços assistenciais para as populações indígenas estão subsumidas ao modelo vigente do Sistema Único de Saúde (SUS), que as engloba e determina o modo da sua operacionalização. No entanto, outra questão se coloca, que é aquela que mencionei anteriormente: qual tem sido o real significado, dentro do campo semântico e da *práxi* das populações indígenas, da disponibilização dos serviços de saúde para o seu atendimento? Certamente esta resposta será variável de acordo com inúmeros fatores, dentre eles, e principalmente, as situações contextuais e político-organizacionais dessas populações. Tentarei, entretanto, esboçar uma resposta, mesmo que parcial, a partir do contexto alto xinguano.

Tal como observei antes, do ponto de vista dos povos do Alto Xingu, a exigência tem sido exatamente o acesso aos serviços de saúde na forma como os “caraíbas” o têm, e pelas razões já também anteriormente mencionadas: acesso a bens e direitos, ao qual está subjacente um princípio de “igualdade” e não de “diferenciação”.

De fato, o princípio da diferença não está alocado na forma de prestação dos serviços, até por razões de ordem política, mas na lógica do pensamento indígena e da sua *práxis* terapêutica que é efetivamente onde se processa a articulação entre diferentes práticas profiláticas. Diria mais, essa possibilidade está na própria natureza do sistema terapêutico ameríndio, que não se furta às ações técnicas, por mais distintas que elas nos possam parecer, uma vez que esse sistema lhes é englobante e mantenha-se fundado nos preceitos de ordem mítico-cosmológica com os quais opera. Ou seja, do ponto de vista indígena, não há incongruências entre dois sistemas terapêuticos porque a “medicina dos brancos” não é vista sob esse ângulo, mas sim como um conjunto de procedimentos e ações técnico-profiláticas cuja incorporação às técnicas locais não necessariamente afeta o sistema terapêutico mais geral no qual a exegese nativa das doenças é referida.

Procura-se uma “coexistência complementar” entre sistemas terapêuticos na formulação e organização do modelo de atenção à saúde para os povos indígenas, quando, de fato, esse processo está fora dele e remete propriamente ao plano da organização social e dos seus ordenamentos lógicos de natureza cultural. Isto está dado na *práxi* dos usuários do sistema de saúde e na relação entre os AIS e os xamãs locais, por exemplo. Tal como já foi observado, do ponto de vista indígena, o acesso ao atendimento biomédico parece significar não somente um recurso terapêutico adicional e necessário, mas também propriamente político: trata-se de um “bem de consumo”, que tende a ser incorporado de acordo com a dinâmica societária e política que é própria dessas sociedades.

Tem-se nomeado esse processo quer de “pluralismo médico” (Morgado, 1994), quer de “intermedicalidade” (Follér, 2004), mas me parece que o modo como os serviços médicos estão sendo incorporados ao campo das estratégias terapêuticas ameríndias, já aponta para um princípio de segmentação (e diferenciação) subjacente à lógica do próprio pensamento indígena, por meio do qual, mantêm-se os fundamentos e princípios terapêuticos locais. Chega a ser significativo que um dos AIS Kalapalo tenha me dito explicitamente que o que “matava” no Xingu não era “doença do branco”, mas sim a “doença do índio mesmo”, causada pela ação dos espíritos e, principalmente, dos feiticeiros. Como já se sabe, não só a “psicologia dos feiticeiros” não é simples, mas remete, necessariamente, ao pólo coletivo da sua manifestação (Lévi-Strauss, 1975a; 1975b).

Os conflitos, quando ocorrem, dão-se na esfera das relações com a equipe de profissionais de saúde que coordena as ações na área, e decorrem de um fator primordial que é a organização padronizada dessas ações que não permite uma flexibilização das mesmas para atender a demanda imediata dos usuários; ao mesmo tempo em que requer que as informações clínicas, quer transmitidas pelos paci-

entes, quer pelos AIS, obedecem aos parâmetros da objetividade e da racionalidade que presidem não só o gerenciamento do modelo mas também a “eficácia clínica e epidemiológica” que é esperada do mesmo. Há outros conflitos: a não notificação à coordenação de saúde local de mortes atribuídas à feitiçaria, a “demora” em encaminhar os pacientes para o atendimento clínico porque primeiramente eles estão sendo tratados pelo xamãs locais, o não acompanhamento das prescrições medicamentosas, por exemplo.

O problema parece residir na flexibilização do modelo e da racionalidade técnica (burocrática e clínica) que o institui para acudir a demanda por cuidados médicos que se articulam, com questões mais abrangentes, de cunho sociológico e cultural, que ele não tem como abarcar: tanto por razões de ordem epistemológica, relativas à clínica médica, quanto por aquelas dadas na sua própria formulação como modelo hegemônico e englobante de outras práticas e de outros planos de ordenação da *práxis* social no que se refere aos cuidados em saúde. Obviamente ele não é, e nem pode ser, porque estas questões colidem frontalmente com os princípios que constituem tanto a clínica médica quanto a universalização e unificação do sistema de saúde tal como ele é pensado na modernidade. O que aqui se afirma é que não se restrinja o atendimento às populações indígenas, mas que seja estendido para o conjunto das ações em saúde dirigidas às populações que, de certa forma, estão à margem do sistema oficial de saúde.

Sumariamente, a dificuldade não está para os povos indígenas em aceitarem os recursos tecno-profiláticos do modelo de atenção à saúde. Eles os demandam como um direito e um bem, articulando-os com as suas próprias práticas terapêuticas e a exegese nativa das doenças no plano da sua organização social e dos princípios lógico-simbólicos que a fundamentam.

O problema está localizado no modelo e na sua não flexibilização para atender a demanda que é feita, porque mesmo que se reconheça e se proclame a aceitação da diversidade e dos “determinantes sócio-culturais que estariam na base do processo saúde-doença”, a racionalidade epistemológica e clínica inerente ao modelo e às ações (inclusive, burocráticas) em saúde, não permitem essa flexibilização e, de fato, procuram instaurar um outro tipo de normatização não só no que concerne aos cuidados com a saúde, mas que, potencialmente, reflete-se sobre a própria ordem cultural e social, por exemplo, ao serem criadas determinadas necessidades como o consumo de medicamentos, dentre outras.

Dumont perguntava, no caso em referência à antropologia, se “será preciso levar tão longe o reconhecimento da diferença”, já que no fundo de todas as fórmulas pelas quais se exprimiu a situação ou a função da antropologia (dentre elas, o antropólogo como “tradutor” de uma mentalidade para uma outra, a identificação com o observado sem deixar de ser observador, ver as coisas simultaneamente, de dentro e de fora), “esconde-se a nossa oposição e ela confere-lhes seu sentido pleno: de um lado, o individualismo-universalismo moderno que alicerça, por si só, a ambição antropológica (...) e, do outro lado, a sociedade ou cultura fechada sobre si

mesma, identificando a humanidade com sua forma concreta particular (...). A antropologia começa aí. Desse encontro, ela faz uma combinação em que os dois termos são modificados, e é indispensável sublinhá-lo” (Dumont, 1985: 205-206). De certo modo, penso que as políticas públicas em geral, e as de saúde em particular, estão hoje frente ao mesmo paradoxo antropológico, só que com uma diferença: ele não é reconhecido.

Mesmo que não pensamos mais na idéia de “cultura fechada sobre si mesma”, se a crítica a uma “essencialização” da noção de cultura se faz necessária, também deve ser questionado o “relativismo” que sustenta ainda em muito uma certa visão “difusionista”, e difundida pelo senso comum e pelas políticas públicas, de cultura como totalidade e diversidade.

O princípio da diferença está na ordem lógica de classificação e ordenação das coisas, e não em um princípio genérico e ideologicamente saturado de “diversidade cultural” que, me parece, a longo prazo, levar mais a uma normatização inclusiva – a exemplo dos programas e ações em saúde que mascaram uma desigualdade real ao ignorarem, inclusive, o modo pelo qual grupos ou sociedades distintos aprendem o que lhes é transmitido em termos das suas próprias categorias ou sistemas culturais de ordem lógico-simbólica – do que à hierarquização complexa da diferença que re-articula e provê, no plano da própria *práxi*, a reprodução cultural desses sistemas de acordo com a dinâmica sócio-política que lhes é inerente⁶.

Portanto, a exemplo da antropologia que, ao refletir sobre outras sociedades, reflete sobre si própria, com todas as tensões que disto podem advir, os outros campos de conhecimento, particularmente aqueles aplicados à execução de políticas públicas (nas quais a antropologia, inclusive, está cada vez mais presente) deveriam, aí sim, “*relativizar*” as suas próprias práticas, pensando-se como parte desse processo que, ao tender ao universal, necessariamente defronta-se com a diferença como um princípio estruturante (e não meramente retórico) das mesmas.

Bibliografia

- BRASIL. Decreto n 3.156, de 27 de agosto de 1999. Disponível em: <http://C:\politica nacional S.I.\d3156.htm>
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira** (R. M. Yamamoto, org.). Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.
- CARDOSO, Marina Denise. Direitos indígenas: saúde, educação e autodeterminação. In: FELICIDADE, N. (org.). **Caminhos da Cidadania: um Percurso Universitário em Prol dos Direitos Humanos**. São Carlos: Editora da Universidade Federal de São Carlos, 2001.

⁴² Parte da argumentação aqui desenvolvida me foi sugerida pela leitura de um texto de Peter Fry sobre a questão do “multiculturalismo” no Brasil hoje (Fry, s.d.). Re-interpretações indevidas são da minha exclusiva responsabilidade.

- _____. Políticas de saúde indígena e relações organizacionais de poder: reflexões decorrentes do caso do Alto Xingu. In: LANGDON & GARNELO (org.). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões Sobre Antropologia Participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ABA, 2004.
- _____. **Da pluralidade terapêutica à lógica da diferença: o contexto alto xinguano do Brasil Central**. Montevideu: VI RAM (Fórum Saúde Indígena: saberes e contextos), 2005.
- DUMONT, Louis. **O Individualismo: Uma Perspectiva Antropológica da Ideologia Moderna**. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- ERTHAL, Regina M. C., A formação do agente de saúde indígena Tikúna no Alto Solimões: uma avaliação crítica. In: COIMBRA Jr., SANTOS & ESCOBAR (org.) **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 2003.
- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões Sobre Antropologia Participativa**, Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ ABA, 2004.
- FRY, Peter. **Descosturando o Brasil: a busca da autenticidade perdida**. Rio de Janeiro: UFRJ (texto digitalizado), s.d.
- GARNELO, Luiza. **Poder, Hierarquia e Reciprocidade: Saúde e Harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- LANGDON, Esther Jean. DST/AIDS e prevenção entre populações indígenas: a relação saúde/cultura e suas implicações éticas. **Antropologia em Primeira Mão**, 37: 1-15, 1999.
- _____. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON Esther Jean & GARNELO, Luiza (org.). **Saúde dos Povos Indígenas: Reflexões Sobre Antropologia Participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria/ABA, 2004.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. O feiticeiro e sua magia. In: **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975a.
- MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva: forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: EPU, 1974.
- MORGADO, Paula. O pluralismo médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global. **Cadernos de Campo**, 4: 41-70, 1994.
- PAIM, Jairnilson. Silva. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. & ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI-Editora Médica e Científica Ltda, 2003.
- UNIFESP. **Relatório de Atividades**. São Paulo: Unidade de Saúde e Meio Ambiente, Departamento de Medicina Preventiva, Distrito Sanitário Xingu, Fundação Nacional de Saúde/ Universidade Federal de São Paulo, 1999.

Medicina Indígena no Rio Negro – Experiência de um Projeto

RENATO ATHIAS

Apresento algumas questões a partir do acompanhamento que fiz ao Projeto de Medicina Tradicional no Alto Rio Negro, desenvolvido pela Associação Saúde Sem Limites, em parceria com o Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, durante os anos 2001 a 2004, e que teve o apoio financeiro da NOVIB/OXFAM, organizações da Cooperação Internacional. Acho importante, nessa apresentação, dar um quadro conjuntural para depois inserir as ações do projeto de medicina indígena na região do Rio Negro.

Quando falamos Alto Rio Negro estamos nos referindo a três bacias hidrográficas importantes: a do Rio Uaupés, a do Rio Negro e a do Rio Içana. Cada uma delas tem suas características específicas no que tange aos povos que ali habitam. Podemos dizer que as características culturais dos povos que vivem nessas bacias, dão sentido à região, através de suas histórias mitológicas e de sua presença. Naquelas três bacias estão localizados povos das famílias linguísticas Tukano, Maku e Arawak, com uma população estimada em 37.000 a 40.000.

Tais povos estão em contato com a sociedade nacional desde o século XVII. Esses índios têm participado ativamente de vários eventos históricos importantes, marcando o seu processo de contato. Um desses acontecimentos foi a penetração de missionários no século XVII, que se intensificou a partir dos anos de 1900 com um forte processo de *missionarização* e catequese, inclusive com a implantação de missões católicas, com estrutura de internatos para meninas e para meninos. O impacto dessas missões foi muito grande na vida desses povos, o que provocou mudança significativa na organização social e na estrutura de poder. Se esse processo de catequização foi importante para influenciar a vida desses índios, hoje esse mesmo processo está associado às estratégias de militarização, oficialmente presente e ativa em toda região do Rio Negro através do projeto Calha Norte, desde os anos noventa. É interessante observar que onde os missionários implantaram as suas missões hoje existem os pelotões de fronteira. Até o ano passado, essa região abrigava um contingente militar de três mil e tantos homens, atualmente são cerca de seis mil, sendo que a maioria dos recrutas é indígena. Temos de um lado a Igreja Católica com influência nas decisões políticas locais e do outro os militares.

O comércio em São Gabriel da Cachoeira registra, segundo informações parciais, um movimento financeiro importante impulsionado pelo processo de militarização que ocorreu com a chegada de muitos militares provenientes das distintas regiões do Brasil. E pela nova organização dos serviços de saúde, com um número elevado de profissionais de saúde através do orçamento significativo do Distrito Sanitário Indígena (DSEI) da Funasa. A população indígena é alfabetizada,

quase todos lêem, escrevem e falam o português, pois participaram do processo de escolarização introduzido pelas missões salesianas. O Ensino Médio já está implantado em toda região. Iauareté, outrora uma aldeia Tariano, conta hoje com uma população de três mil pessoas provenientes de diversas aldeias dos rios Papuri e Uaupés, o que a torna uma cidade *multiétnica*, com características peculiares. Este é o formato atual das ocupações e migrações recentes conformando assim um processo que chamo de *re-territorialização* da região, onde as aldeias *multiétnicas*, principalmente no entorno da cidade de São Gabriel da Cachoeira, tem um papel significativo nos processos de decisão política dos índios. Esse modelo se opõe ao anterior, o que eu chamo da *maloca*, onde o sistema político tradicional era visto como o centro do universo do grupo e/ou do clã em um sistema fechado de parentesco e onde as regras faziam parte de uma identidade cantada em longos rituais. Esses dados são importantes para entender a atual política indígena da Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro (FOIRN).

A FOIRN é uma organização regida pelas regras do associativismo, fazendo parte do que chamamos de democracia representativa. As associações locais têm estatutos registrados e CNPJ, que as qualificam para solicitar recursos, seja da cooperação internacional, bem como dos diversos programas governamentais. Atualmente, fazem parte da FOIRN cerca de 60 associações indígenas, cujos interesses nos processos locais de negociação são representados por um presidente e uma diretoria. Enquanto isso, na aldeia a organização tradicional está presente e atuante: o capitão é o chefe local; o *kumu*, aquele que “benze” e cura; o *baiá*, o dono do canto, e outras pessoas que ocupam certos papéis, entre os quais os professores e os agentes de saúde. A FOIRN não tem autoridade nas aldeias e costumam dizer: “*aquí sou eu o capitão nessa aldeia, sou eu o chefe, a FOIRN é lá para baixo, lá para São Gabriel da Cachoeira*”. Quando falamos de aldeia indígena, nos referimos principalmente a um clã nomeado e específico, com um conhecimento ritualizado e com suas práticas tradicionais de cura. São vários clãs hierarquizados que fazem parte de uma etnia (ou grupo lingüístico) dos povos indígenas. Nessa confederação de clãs não existe um sistema de organização política que centralize uma chefia de todos os clãs. Então, se um indígena chegar e disser: “eu sou o chefe dos Tukano”, os outros rirão, pois o sistema de poder não é centralizado, não existe um chefe para todos os Tukano. Cada clã conhece seu lugar na hierarquia que rege a ordem das relações sociais e econômicas.

Podemos observar uma dinâmica muito interessante e singular na organização política dessa região: de um lado, a democracia representativa regendo o modelo organizativo das associações e da FOIRN; e de outro lado, o sistema hierarquizado e participativo dos clãs instalado nas aldeias. O “tradicional” e o “moderno” fazem parte desse processo de organização política em toda a região. Assumir a presidência da Federação, organizar as diretorias é um exercício que leva quatro, cinco meses de campanha interna por aqueles que vão liderar essa organização. Na realidade, a Federação tem um poder parecido ao da prefeitura e chega a gerenciar mais recursos que a prefeitura local. Nesse sentido, os índios, alguns deles do movimento, outros

de uma associação ou de uma articulação do Fórum Político Indígena de São Gabriel da Cachoeira podem, se quiserem, eleger um prefeito indígena para esse município. Então, nós temos essa discussão da prática política negociada entre a democracia representativa e o sistema hierarquizado das aldeias que convivem dentro de uma ordem onde estão presentes os agentes da igreja católica, evangélicas e militares que são forças importantes nessa região.

O Projeto de Medicina Tradicional desenvolvido durante quatro anos deu início a uma grande discussão que passou a ser pauta de todas as reuniões do movimento indígena no Rio Negro. Esse projeto permitiu que se falasse sobre temas que antes eram proibidos e que as pessoas tinham medo de abordar. Porém, é preciso esclarecer que o uso da palavra pajé, pajelança (de origem tupi), tornou-se quase que politicamente incorreto entre os índios da região. Os povos indígenas da região buscam imprimir uma ordem nesse conjunto de conceitos sobre processos de cura e práticas xamânicas. Por exemplo, se alguém lá chegar e perguntar onde está o pajé, eles vão logo dizer:

“Aqui não tem pajé, os pajés que tinham morreram. Agora vêm vocês antropólogos falar de medicina tradicional! Isso para nós foi considerado coisas do diabo que a gente não podia fazer, alguns tiveram que se esconder. Agora vem vocês dizer que têm que revitalizar! Agora vem dizer que elas é coisa boas. Vocês têm que entrar num acordo, quem é vai dizer o que está correto aqui. Porque nós durante mais de cinquenta anos fomos obrigados a esquecer essas práticas tradicionais de cura, tivemos que nos batizar, trocar os nossos nomes para os nomes cristãos O que vocês querem com isso?”.

Essa é uma das questões que os índios colocam na mesa quando se fala de medicina tradicional e práticas de curas. Esse debate tem a ver com um maior entendimento sobre como as práticas tradicionais de cura podem ser “articuladas” com os serviços de saúde. As principais informações etnográficas referenciadas nessa apresentação estão baseadas em observações realizadas a partir de quatro encontros de sabedores indígenas, realizados na região do Uaupés nos anos de 1999, 2000, 2002 e 2003. Estes encontros anuais foram organizados no âmbito do projeto sobre a medicina tradicional desenvolvido pela Associação Saúde Sem Limites e pelo Centro de Estudos e Revitalização da Cultura Indígena (CERCI) de Iauareté, em parceria com a FOIRN. Esses encontros tiveram o objetivo principal de discutir aspectos da medicina tradicional, visando subsidiar a organização dos serviços de saúde em implementação no Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro (DSEI-RN). A organização e as temáticas desses encontros foram discutidas e decididas pelos representantes das organizações indígenas. O livro *Pa'miri Masa, A Origem do Nosso Mundo - Revitalizando as Culturas Indígenas dos Rios Uaupés e Papuri*, editado pela Saúde Sem Limites, relata todas as temáticas debatidas nesses encontros.

Essas discussões sobre medicina indígena que envolveram representantes das etnias Tukano, Desana, Piratapuaia, Uanano, Arapaso, Tuyuka e Tariano, procura-

ram enfatizar o papel dos terapeutas tradicionais e especialistas de cura, vistos como importantes na manutenção da saúde das comunidades. Percebeu-se também nesses encontros a maneira como está sendo reelaborado, na atualidade, o “papel” do pajé, dos curadores e benzedores. E de uma maneira geral podemos dizer que esses eventos serviram para discutir a relação do espaço social e os processos de territorialização, com as noções e os entendimentos sobre o corpo, a pessoa e as práticas xamânicas realizadas pelos povos indígenas do Uaupés. O projeto, além de registrar as práticas tradicionais de cura, buscou ainda oferecer elementos para discutir as possibilidades de articulação da medicina tradicional indígena com os serviços de saúde no Rio Negro.

Achamos importante enfatizar que os povos indígenas do Rio Uaupés fazem parte de um conjunto cultural peculiar. Portanto, o modelo analítico que desenvolvemos, neste trabalho, parte do princípio de que as relações sociais e a dinâmica interétnica estão baseadas em uma concepção sistêmica, imbricadas nas heranças históricas e nos processos de negociação entre as diversas etnias. Em outras palavras, o conjunto das relações sociais entre as diversas etnias (ou grupos lingüísticos, como são também caracterizados os índios de fala Tukano e Arawak) fazem parte de um mesmo universo cultural, onde cada um deles, com as suas especificidades, se desenvolvem formando o complexo cultural hierarquizado do Rio Uaupés. Nossa atenção, nesse momento, se volta particularmente sobre a reconstrução deste sistema hierarquizado, onde cada um dos grupos indígenas compartilha um conhecimento específico e são identificadas as questões relacionadas aos seus territórios, suas fronteiras e identidades. Aqui a noção de fronteira não é vista como uma barreira intransponível entre os diversos grupos, mas como um espaço nomeado e conhecido onde se dão as reproduções do modo de existência e dessas relações interétnicas.

As trocas culturais e a dinâmica existente entre os povos Arawak, Tukano e Hupdah-Maku da bacia do Uaupés possuem características específicas e engendram uma rede de relações, onde cada um dos grupos se organiza e interage nesse espaço social hierarquizado. Os índios participam ativamente desse sistema integrado, onde as relações têm por base uma compreensão cultural comum sobre sua presença naquela terra e sobre as identidades dos diferentes povos. Para se ter uma idéia da dinâmica dessas interações sociais é necessário, portanto, remeter-se a uma análise mais globalizante sobre como se tecem essas relações nos diversos espaços sociais nomeados e ancestralizados desse território lingüístico. Existe uma interdependência entre os diversos grupos indígenas baseada no entendimento dos mitos fundadores e nas relações com os ancestrais.

No entanto, podemos perceber nesta região, e os índios fazem questão de enfatizar isto em seus discursos, as especificidades étnico-culturais dos diferentes povos do Uaupés, não só do ponto de vista físico, mas também com relação às formas de adaptação ao meio ambiente ou no entendimento cosmológico, bem como na forma hierarquizada onde se manifestam as relações sociais. Essas identi-

dades étnicas e culturais nem sempre são percebidas pelos profissionais de saúde e agentes da sociedade nacional como diferentes, criando-se assim uma idéia de que todos os índios são iguais e participam de uma mesma maneira desse sistema cultural. Na realidade, cada um dos grupos indígenas tem suas especificidades relacionadas nos mitos fundadores. E essa identidade de cada um dos clãs é falada e cantada através de uma música própria (**Kapivaiá**) de cada um deles nas cerimônias tradicionais nos Dabucuri. Porém, a identidade de cada um dos grupos não está separada ou isolada do seu mundo simbólico, que se circunscreve num espaço geográfico nomeado, partilhado, reconhecido, e, sobretudo, respeitado por cada um dos clãs. E cada um destes grupos possui um território, um papel social e uma posição específica neste sistema cultural hierarquizado.

No que se refere ao sistema cultural de referência para cada um dos grupos étnicos, a exogamia (lingüística) patrilinear representa a principal instituição reguladora das relações sociais na bacia do Uaupés, a partir da qual se definem também as relações com o sobrenatural. As instituições existentes entre esses povos indígenas são: as celebrações de **Jurupari**, que regula as relações entre os diversos grupos étnicos; a celebração do **Dabucuri** que interfere e faz parte das relações entre os diversos clãs de diferentes grupos lingüísticos promovendo as alianças e as trocas matrimoniais; e ainda a **Maloca**, a grande casa comunal, que institucionaliza e regula as relações cotidianas do interior de um clã. O entendimento dessas instituições nos leva a compreender os fatores determinantes nas negociações internas de uma aldeia e que se estabeleceram a partir de um processo intenso de interação entre os diversos grupos. Essas relações fazem parte da estrutura da organização social e das relações de parentesco dos grupos indígenas e, sobretudo, do processo de territorialização. São através dessas instituições que se manifestam os códigos que são emitidos dos diversos mitos, nas trocas ritualizadas e especializadas.

No universo social do Uaupés, um Tukano se “autodefine” como fazendo parte de uma categoria social denominada **Mahsã**. Essa noção engloba todos os grupos indígenas da região. **Mahsã** está em oposição às categorias sociais que estão fora deste universo (território do Rio Negro) como, por exemplo, aos **péhkasã**, categoria que agrupa todos os não-índios. A idéia de **Mahsã** está presente nos diversos mundos da cosmologia Tukano, onde seres que não possuem a forma corpórea (anatômica e fisiológica) dos humanos também são reconhecidos como fazendo parte desta categoria. Esses seres (cada um deles tem um nome) comungam desse mesmo espaço social em seus mundos específicos. Na camada abaixo da terra encontra-se, por exemplo, o mundo dos **Mehkã-Mahsã**. Os **Wai-Mahsã** são seres vivos que moram nas águas e que interferem no mundo de todos os **Mahsã**. E esses seres, cada um deles vivendo em seus espaços próprios, em suas camadas, como são visualizados pelos índios do Uaupés nos remete a idéia de “corpo” como um elemento desencadeador de significados sociais.

No Uaupés a noção de “corporeidade” está associada à idéia de pessoa (aquela que tem um nome) em diferentes espaços e substâncias. Cada **Mahsã** tem seu corpo

e sua forma de expelir os fluídos, os cheiros e os líquidos cujos temas fazem parte dos mitos e das interpretações dos seres das diversas camadas do mundo. Ao se referirem ao corpo humano, os povos do Uaupés remetem a uma noção de *Pa'miri*, ou seja, a idéia de fermentação, de transformação interna (metamorfose), que está relacionada a este mundo, na relação com a vida e com os ecossistemas.

Os grupos lingüísticos da região do Uaupés enfatizam que no “tempo da maloca”, em um momento onde não havia o contato com os missionários, os homens de um mesmo clã estavam ordenados em **Chefes > Baiás > Kumu > Gerreiros > Serventes**. Cada um desses papéis sociais era exercido no interior de uma maloca em um local específico nas margens dos rios da região. Outros pesquisadores observaram essa mesma ordem em outras áreas onde estão localizados grupos Tukano. Cada um exercia uma especialidade, um papel em três domínios específicos: i) econômico e político pelos chefes e serventes, ii) área metafísica exercida pelos benzedores (kumu), cantores (baiá) e pajés e, por último iii) externo, onde os guerreiros exercem sua especialidade. E no interior de cada especialidade, no caso dos chefes, por exemplo, encontram-se dispostos em hierarquia também segundo a ordem de nascimento.

Kumu, Baiá e Yaí

Para pensar o xamanismo entre os povos indígenas do Uaupés, há que levar em consideração a memória coletiva e a especificidade de cada grupo étnico quanto à sua posição dentro deste contexto étnico e cultural. Cada um dos grupos indígenas tem os seus Kumuás e Baiároás, os quais possuem sua própria prática de preparação de acordo com a tradição oral de seu grupo. Tal prática, segundo os próprios índios, distingue-se pela posição hierárquica existente na estrutura social vigente entre os diversos grupos lingüísticos. Esta característica não elimina a possibilidade de um Kumu ou um Baiá **preparar, prevenir e curar** uma pessoa que não pertença a seu grupo étnico de origem.

Preparar o corpo para a vida significa determinar o que o indivíduo vai **ser** para o grupo e seu clã, e que as “trilhas da vida” estão abertas para ele exercer o seu papel social ou simplesmente viver sua existência. Entre os povos indígenas do Rio Negro, o indivíduo é preparado, “encantado” antes mesmo de nascer. E após o nascimento, durante a vida e até a morte são proferidos encantamentos para que a pessoa possa viver bem neste mundo. Esses “benzimentos” são realizados pelo *kumu* conhecedor das narrativas mitológicas, de seu clã, onde se buscam as fórmulas de encantamentos e os conhecimentos terapêuticos para as etapas do crescimento fazendo parte de uma prática preventiva e de proteção das forças externas que provocam o desequilíbrio.

A preparação para a vida, a prática desta, deve estar de acordo com o papel determinado para o indivíduo no seu grupo de origem e que pode ser lido através de seu nome próprio. Para se tornar um Pajé, Kumu ou Baiá, existe uma preparação especial, longa, e que consiste em cerimônias ritualizadas onde a pessoa escolhida receberá os ensinamentos para acumular os saberes tradicionais. Trata-se de um

processo planejado segundo os próprios kumu. Para que não ocorra nenhum problema, o local é preparado dois dias antes com breu e cigarro, nesta primeira cerimônia já fica marcada a próxima, na qual o indivíduo que recebeu os ensinamentos tem que realizar “prestação de contas” com a comunidade.

Quando um grande sabedor morre, alguém que recebeu os ensinamentos, algum benzedor tem que fazer uma oração específica para que ele descanse em paz. Seus pertences têm que ser guardados e não podem ficar soltos, porque pode prejudicar as comunidades. Segundo a tradição os pertences daquela pessoa têm que ser levados para um lugar específico como a “terra de iniciação”, este lugar sendo geralmente reservado para os grandes conhecedores da sabedoria tradicional. Nesse caso, a preparação tem que ser especial, para que não fique aparecendo o fantasma daqueles que morreram.

Em cada povoado geralmente existe um Kumu e um Baiá. Esses conhecem a relação de seu clã com os lugares desse mundo. Essa relação, na realidade, é cantada e celebrada nos Dabucuris. Porém, o **Pajé (ou Yaí)** não existia em todas as malocas. E nem existem muitos na atualidade. Esses eram poucos, porém todos eles são poderosos. Tinham seu corpo preparado para exercer suas atividades xamânicas em qualquer lugar, poderiam facilmente ultrapassar todas as fronteiras. Tinham um aprendizado próprio, que segundo os sabedores indígenas poderia durar até nove anos com um acompanhamento direto de um mestre. A preparação do corpo para o mundo exigia dessas pessoas um profundo conhecimento das **plantas** alucinógenas e de diversas plantas medicinais. O kahpi, o paricá, a coca e o tabaco são os vegetais profundamente relacionados aos processos ritualísticos. Esses vegetais, são todos personagens mitológicos e fazem parte das principais fórmulas de encantamento utilizadas pelos pajés. Essas plantas remetem os pajés nas suas viagens nas diversas camadas do universo cósmico em busca de um conhecimento específico, seja para curar ou para provocar um malefício.

Nas descrições que os sabedores indígenas do Uaupés fazem dos pajés, eles insistem em mencionar os períodos em que essas pessoas deviam se abster de toda relação sexual. Neste sentido, a abstinência sexual é um elemento importante não só no aprendizado, mas na prática de cura, como também nas prescrições feitas aos pacientes. Esses elementos parecem ser comuns entre os xamãs amazônicos e aparecem em geral em todas as narrativas. As pessoas que curam e cantam (preparam o corpo) nas aldeias indígenas do Uaupés tem um nome de Kumu e de Baiá. O Yaí é o pajé e este pode ser chamado de **pajé-yaí**, ou simplesmente de **yaí** (que pode ser a onça ou o bastão ritualístico utilizado por Oãkhe, durante a criação deste mundo), o demiurgo criador de todas as coisas. Porém, nos discursos dos sabedores indígenas do Uaupés, esses são reconhecidos como “**ahkó-sitahgué**”, que significa “*aquele que cura jogando água*”. E só eles podem curar jogando água. Os Kumu, os benzedores, não tocam no corpo do paciente. Neste caso a *palavra* e os *encantamentos* são os instrumentos da cura. Eles dizem que curam com o *som* das palavras.

Na tradição do Uaupés existem dois tipos de pajés que utilizam a água. Aque-

les que usam a planta **inoñoá** (carajuru) para concentrar o seu poder de diagnosticar; e aqueles que cheiram o **wihōiua** (paricá). Essas duas práticas específicas estão localizadas em dois distintos territórios. O primeiro tipo na bacia do Uaupés e o segundo na bacia do Içana. Esses dois territórios contíguos possuem tradições diferentes e bem conhecidas por todos. É comum escutar dizer que não existem mais pajés no Uaupés. Não se tem certeza sobre isso, pois essas práticas ainda estão sendo contadas e vistas hoje. Esse conhecimento que foi por dezenas de anos proibidos, desde a chegada dos missionários na região, ainda hoje está presente e cada vez mais procurado.

Um dos aspectos essenciais para o Projeto de Medicina Tradicional é o **basese**, palavra tukano que representa o sistema médico local, onde o corpo é o elemento central na discussão para o entendimento do que seria a medicina tradicional; e é neste campo de saber que os especialistas também têm o seu espaço. As reuniões de medicina tradicional começaram em 1999, sendo realizados vários encontros de sabedores, organizados por eles mesmos e com a pauta previamente estabelecida. Foi surpresa para nós que estávamos na assessoria desse projeto o fato de a pauta se tornar em uma discussão da própria cultura. Muitos chegaram a agradecer: *“legal, fazia 70 anos que eu não tinha escutado isso porque era proibido, mas agora a gente pode falar”*. Esses encontros foram importantes nessa região porque eles puderam falar sobre temas relacionados à sua própria cultura que historicamente foram proibidos. Alguns tinham receio em falar porque pensavam que seriam ouvidos pela Igreja que os proibira.

Há um material imenso sobre esses Encontros, a partir dos quais já foram realizadas algumas publicações. Cada local teve a sua iniciativa. Na região de Pari-Cachoeira está saindo um livro na língua tukano, por decisão dos indígenas, que não querem divulgar o seu saber para os brancos. O conteúdo desse livro engloba os processos de encantamento que o pai e a mãe, ou seja, uma família deveria saber para viver bem. Tem uma introdução em português e o resto em Tukano. Durante esses últimos quatro anos, esse grupo de articulação de sabedores indígenas também resolveu publicar um livro com as fórmulas e práticas de conhecimento geral para proteção da saúde das famílias.

O projeto possibilitou agrupar esses sabedores, motivando a discussão sobre a medicina tradicional. Durante os dias do encontro as pessoas começavam a relembrar como o seu avô, como o seu pai tinha falado e estas observações eram colocadas no papel ou gravadas em fitas. As fitas contendo as vozes das pessoas circularam inclusive entre as que não sabiam ler. A narrativa gravada em fita cassete foi reproduzida integralmente em vários locais. Fiz uma experiência de 2000-2001 quando editei um desses encontros. Eram quase oito horas de gravação e fiz um resumo para uma hora e meia. Fui reprovado, pois eles queriam a narrativa completa. A palavra, a fala e o aprendizado da medicina se dão na escuta desses processos narrativos.

São todos adultos aqueles que participaram desses encontros de medicina tradicional. Esse projeto também foi importante porque a coordenação estava na

mão dos índios, eram eles que organizavam as atividades. No caso, eu, como assessor, e outras pessoas da Saúde Sem Limites, trabalhávamos na parte logística e no gerenciamento dos recursos, mas a organização do evento e a pauta foram feitas por eles. Hoje, no caso Iauarete, surgiu uma outra associação chamada CERCI, Centro de Estudos da Revitalização da Cultura Indígena Iauarete, formada pelos índios que participaram desses quatro anos de encontros de medicina tradicional. Atualmente, eles estão elaborando um projeto de implantação de hortas medicinais e construção de uma grande maloca para continuidade desses encontros.

Aqui apresento a lista das organizações indígenas do Rio Negro que realizam projetos chamados de medicina tradicional: Associação de Agentes Indígenas de Saúde do Rio Negro, que tem um projeto de remédios de plantas medicinais; Organização Indígena do Baixo Içana (OIBI), com um projeto de plantas medicinais financiado; tem o CERCI com a construção da maloca, da horta e recursos para encontros, reuniões e publicações; tem a CITAC, uma organização indígena do rio Tiquié, que publicou um livro de benzimentos; a ACITRUT, organização indígena de Taracuá, discute sobre a escola de pajés; a missão salesiana realiza um projeto chamado de medicina caseira e está no seu décimo primeiro ano de atuação, agrupando sabedores de plantas medicinais; e a missão evangélica, tanto as Novas Tribos como a presbiteriana, com um projeto de medicinas tradicionais, todas com recursos de fontes nacionais ou outras. O que é importante é que se elabore uma política dentro da FOIRN, já que se tem uma discussão acumulada sobre o tema.

Nos últimos anos, desenvolveram-se várias experiências de medicina tradicional indígena na região com o envolvimento das organizações indígenas. Durante a implementação do projeto do qual falei, as pessoas também atuaram no treinamento das equipes multidisciplinares de saúde. Foi definida a presença de agentes indígenas de saúde, terapeutas, pajés participando desses treinamentos das equipes multidisciplinares de saúde, reservando-se a eles um momento para que dessem aulas aos médicos e enfermeiras sobre o sistema médico indígena.

Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena

ESTHER JEAN LANGDON

O projeto global da Área de Medicina Tradicional Indígena (Área de MTI) é, que eu saiba, o segundo experimento financiado pelo Projeto Vigisus II/Funasa que trata de inovação, de experimentação, de diálogo interdisciplinar e também de diálogo intercultural – palavra que não gosto, mas que pode ser útil para se pensar o diálogo com os povos indígenas. A prática geral dentro do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é de propor programas e projetos numa maneira centralizada sem dar possibilidade de pensar os contextos e as especificidades culturais onde os projetos serão inseridos, menos ainda dialogar com os usuários. Em geral, falta participação dos índios no planejamento, gerenciamento, execução e avaliação dos projetos. Nesse sentido, o convite de assessorar a Área de MTI é altamente importante para mim, porque possibilita o acompanhamento e a participação junto com um grupo de pessoas que estão embarcando num projeto em conjunto para experimentar, testar e desenvolver estratégias de intervenção, e não para apenas repetir os erros do passado. Assim, neste sentido eu gostaria muito de expressar meus agradecimentos.

Apesar de todas as boas intenções, chamo a atenção para a necessidade de cada um de nós adotar uma atitude reflexiva sobre o nosso conhecimento, sobre nossa posição hierárquica nas relações interétnicas e sobre nossas responsabilidades. Para este grande experimento se realizar, é necessário que cada um tente ser crítico de si mesmo, ou seja, que mantenha uma atitude reflexiva. Particularmente é necessário pensar como estamos conceituando a noção de “medicina tradicional”. Eu pessoalmente não gosto de falar de *medicina tradicional*, porque traz uma imagem errada e romântica das práticas e dos conhecimentos indígenas. Esta imagem vem, em parte, de uma distinção histórica feita pela sociedade brasileira na qual o índio, por um lado, é associado a pureza, a natureza, a preservação do meio-ambiente e a detenção de uma sabedoria especial. Ao índio está associada a imagem do exótico e do belo. Alguns antropólogos escolheram sua carreira pela fascinação com essa imagem e suponho que alguns profissionais em saúde indígena também mantêm esta imagem. Apesar de esta imagem ser veiculada fortemente pela mídia e de não podermos eliminá-la, devemos refletir como nós representamos e lidamos com a medicina tradicional, já que esta acopla a imagem genérica do índio como representante da pureza de um passado.

Por exemplo, as fotos e transparências apresentadas durante a Reunião são lindíssimas, mas refletem pouco a realidade atual da saúde indígena e, em particular, os problemas atuais que estas populações sofrem. Onde estão os índios com problemas de obesidade? Onde estão os índios com problemas de diabetes? Onde estão os índios que sofrem das doenças de transição, como os casos de desnutrição, alcoolismo, tuberculose, malária, parasitoses? Onde estão os índios freqüentemente rotulados como preguiçosos, aculturados e bêbados? Sabemos que as populações

indígenas não se encontram no mesmo contexto e na mesma situação ecológica de ontem. Sabemos que mais da metade dos índios brasileiros são os pobres e os marginalizados deste país e que muitos deles vivem nas favelas das cidades grandes do Brasil. Não são tão lindos como aparecem nessas fotos; aparecem como os mais marginalizados da sociedade brasileira. Por exemplo, a região sul tem a renda *per capita* mais alta do país, podendo ser comparada à dos países europeus. Porém, a mortalidade infantil das populações indígenas no sul é duas, até três vezes mais alta que a mortalidade infantil nacional. Sabemos que a taxa de mortalidade infantil é um bom índice da situação sanitária da população em geral.

Assim, quando começamos a trabalhar com a tradição, como no nosso caso com a medicina tradicional, temos que levar em conta a situação atual. Não é a mesma do ano 1971, quando realizei uma pesquisa entre os Barasana na região do Vaupes, na Colômbia. Naquela época, os missionários ainda não tinham chegado por lá. Minha sensação era que vivia no paraíso. Mas este contexto não existe mais.

É necessário que nós situemos este projeto dentro dos contextos atuais dos povos indígenas, inseridos numa sociedade envolvente marcada por conflitos, preconceitos, exercício de poder e dominação. Também é necessário situar o projeto dentro da atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, que visa oferecer atenção diferenciada a estes povos, mas que freqüentemente falha devido a problemas de centralização e burocratização, sem realizar uma reflexão crítica sobre a sua atuação. Não é fácil intervir e ser reflexivo simultaneamente. Espero que os meus anos de experiência possam ajudar vocês nesta reflexão e que eu possa oferecer algumas orientações úteis para pensar ao longo dessa reunião. Tive sorte de servir como assessora num projeto semelhante a este, porém com enfoque sobre alcoolismo. Também foi uma tentativa inovadora enfatizando o respeito pelas práticas culturais e a participação da comunidade no projeto. Porém, o projeto como um todo não continuou sendo apoiado pela Funasa.

Devemos refletir também sobre o significado da noção de “atenção diferenciada”. Em 1986 foi realizada a 1ª Conferência de Saúde Indígena e dela saíram os princípios da Política de Saúde Indígena presentes em toda a legislação subsequente. Estes princípios chamam para a necessidade de respeitar às especificidades culturais, respeitar os especialistas da medicina indígena e as práticas da medicina tradicional. Também apontam a importância da participação das comunidades na programação, gestão, atuação e avaliação dos serviços de saúde. O controle social, como fundamento do SUS, é parte das exigências do Subsistema de Saúde Indígena. São princípios que orientaram várias tentativas na política de saúde indígena desde 1991: a criação das Casas de Atenção à Saúde Indígena (CASAI), a disputa de competências entre Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e, finalmente, a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) em 1999. Com os DSEI, a expressão “atenção diferenciada” começou a se destacar. No primeiro momento, ganha destaque a questão organizacional/administrativa relacionada à implantação dos Distritos. O Subsistema de Atenção à Saú-

de Indígena é a tentativa de diferenciar o modelo assistencial do índio, fazendo parte do SUS. O segundo aspecto deste conceito é associado com a qualidade da atenção primária, o que se desdobra nas relações entre as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e os índios. A publicação **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, elaborada em 2000, explicita várias diretrizes e ações sobre o respeito à cultura e à medicina tradicional. Também expressa duas posições contrastantes sobre a relação entre as EMSI e as práticas tradicionais indígenas de saúde. Uma indica que há necessidade de *articular* o serviço com as práticas tradicionais, e não de substituí-las. A outra indica que estas práticas devem ser integradas nas ações de saúde das EMSI.

Tive a satisfação de acompanhar o desenvolvimento desta Política como membro do Conselho Intersectorial de Saúde Indígena vinculado ao Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS), em várias reuniões preparatórias da 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena e também em reuniões de Conselhos Distritais. Notei que até ao final do mandato do primeiro diretor do Departamento de Saúde Indígena (Desai), no final de 2003, não houve discussão nem orientação para implementar atenção diferenciada nas práticas de atenção primária. O diretor do Desai, que atuou durante quatro anos, fez na ocasião a seguinte observação: “Minha preocupação é organizar os DSEI. Os índios nem têm preocupação com a questão de atendimento diferenciado. O que eles querem são serviços de qualidade.” Com sua saída, passou a se manifestar no discurso da Funasa uma preocupação maior com a atenção diferenciada. Em janeiro de 2004, duas portarias (69 e 70) foram emitidas com a intenção de reformar a gestão em saúde indígena e apontando para a necessidade de estimular as práticas tradicionais, de integrar e de articular-se com elas para reforçá-las. Começam também alguns projetos locais com medicina tradicional.

Uma vertente dos projetos de medicina tradicional enfoca o pajé como “médico” dos índios. Um problema com vários destes projetos é que eles estabelecem um papel genérico e reducionista do pajé, ignorando que a própria palavra *pajé* é um estereótipo de certos tipos de especialistas rituais que atuam como mediadores entre o mundo visível e o invisível. Frequentemente, estes projetos reduzem os vários papéis de especialistas em cura e em rituais a um só. Várias práticas e detentores de saberes acabam sendo simplificados a um único papel: ao do pajé. E o pajé acaba representando uma caricatura do que seria a medicina tradicional.

Também, a medicina tradicional tende a ser essencializada pelos profissionais de saúde. Ou seja, as práticas de saúde são concebidas como hábitos universais praticados por todos os índios e como saberes que nunca se transformam, mas que são capazes de desaparecer se nós não os resgatarmos. Os saberes indígenas perdem suas especificidades e as práticas estão implementadas por profissionais de saúde fora de seus contextos específicos, em nome de uma medicina tradicional universal. Um dos piores exemplos desta idéia tem acontecido em Santa Catarina, em que um médico contratado como parte de uma EMSI tem introduzido práticas que aprendeu com outros grupos indígenas na América Latina, afirmando que elas fazem

parte da tradição milenar indígena. No primeiro momento, ele implantou nas aldeias Guarani as saunas que são uma prática de auto-atenção em saúde dos povos indígenas do México. Num segundo momento ele introduziu a substância psicoativa, com base na *Banisteriopsis Caapi* e outras plantas, conhecida como Daime, criando novos rituais Guarani. O problema não é que os Guarani tomem Daime ou usem a sauna, mas questiono se é o papel do Estado implantar estas práticas não locais e justificá-las como exemplo de integração com as práticas indígenas tradicionais.

O projeto da Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais dos Fulni-ô foi altamente criticado ontem, em parte porque a ciência de farmacologia assume o papel de julgar a eficácia das práticas dos outros. Outros argumentaram que tal opinião indica uma atitude hegemônica da biomedicina sobre a medicina tradicional e que esta vai contra os princípios de atenção diferenciada. Assim a discussão revelou confusões que apontam para a necessidade de se debater sobre o que é atenção diferenciada e como devemos orientar nossas práticas.

Os projetos fornecem uma oportunidade excelente de falar sobre estes temas. Uma razão é a natureza interdisciplinar dos projetos. A abordagem interdisciplinar resulta em concepções completamente diferentes sobre as fronteiras dos sistemas médicos como as da biomedicina, da medicina popular e da medicina indígena. Há uma tendência em perceber as fronteiras entre esses sistemas como fixas e rígidas tal como num comentário feito ontem, em que alguém afirmou que existe uma medicina popular que é do branco e uma medicina tradicional que é do índio. Mas este não é o caso. As fronteiras são fluídas e, continuamente, existem apropriações das práticas de um sistema pelo outro.

Nós chamamos as situações de contato em que várias tradições de saúde coexistem como zonas de intermedicalidade ou de pluralismo médico. Por exemplo, em Santa Catarina, os Kaingangue fundaram uma igreja de saúde que se apropriou não só das práticas nativas de xamanismo, mas também das práticas de espiritismo, das plantas medicinais dos colonos na região e dos fármacos industrializados. Temos casos entre grupos indígenas da Amazônia em que os xamãs incorporam aspectos das práticas biomédicas tanto nos seus cantos quanto nos tratamentos terapêuticos. Assim, é necessário tanto não essencializar a medicina tradicional, quanto não romantizar nossas imagens sobre as práticas de saúde associadas à mesma. Precisamos entender que as práticas tradicionais estão em transformação contínua devido às zonas de contato nas quais existem as situações de intermedicalidade.

Mais um comentário sobre o conceito de medicina tradicional e a importância de refletir sobre seu uso na formulação destes projetos. Há uma heterogeneidade de profissionais participando aqui - profissionais de saúde, antropólogos, farmacêuticos. Conta-se também com uma contribuição importante e positiva de lideranças indígenas. É possível que, com toda esta heterogeneidade de participantes, se torne inviável chegar a um consenso sobre o conceito de "medicina tradicional". Porém, tanto para que os projetos tenham êxito, quanto para fins analíticos, deve-

mos refletir suficientemente para esclarecer os usos e significados dados à noção de medicina tradicional.

Hoje pela manhã em particular, e ontem também, foram expressas as preocupações sobre a hipermedicalização entre as comunidades indígenas, ou seja, de que o uso exagerado de medicamentos industrializados compete e leva ao abandono de práticas tradicionais. Isto não é um problema indígena, mas sim brasileiro. Os brasileiros em geral estão abandonando práticas de auto-atenção de manutenção da saúde e estão procurando medicamentos industrializados. Então, porque ficamos tão chocados com a hipermedicalização entre os índios? Impactamos-nos tanto por que o índio é puro? Esperamos que o índio viva conforme o nosso imaginário, isto é, de forma pura e isolado da sociedade envolvente? Voltando ao termo de intermedicalidade: o uso de fármacos aponta claramente que a idéia de sistemas médicos separados não pode ser sustentado se consideramos as práticas de saúde de um determinado grupo social. Conceitualmente, os sistemas médicos são caracterizados por arenas diferentes. As cosmologias indígenas, que foram muito bem apresentadas em vários momentos aqui, têm suas lógicas sobre as categorias de doenças, as suas causas e as suas curas. Estas são diferentes da epistemologia e da lógica biomédica. Porém, quando analisamos a *práxis* das comunidades indígenas, os sistemas médicos não operam separadamente.

Várias das metodologias apresentadas colocam ênfase no acompanhamento do itinerário terapêutico. Esta metodologia implica estudar as decisões feitas ao longo de uma doença, demonstrando que no processo de procura da cura, os doentes e suas famílias selecionam entre uma variedade de alternativas (postos de saúde, práticas caseiras, curandeiros populares, pajés, farmácias), dependendo da sua avaliação do que é percebido como mais adequado e possível num dado momento. Os eventos de adoecimento podem ser tratados de várias formas, sendo influenciados por fatores sócio-econômico-políticos. Muitos problemas de mal-estar são resolvidos facilmente e a terapia escolhida no primeiro momento pode ser a do uso de plantas medicinais, de fármacos ou, simplesmente, o tempo, no sentido de aguardar para ver se piora ou melhora a situação. Mas se a doença não é curada, o elenco de alternativas expande-se, podendo consistir em várias consultas ao posto de saúde, na busca de um benzedeiro ou xamã. É típico que haja uma dinâmica de circular entre um tipo de terapia para uma outra, até que o caso se resolva.

Assim, uma situação de intermedicalidade não se refere ao contato entre medicina tradicional e biomedicina, mas reconhece que os índios possuem gerência sobre suas próprias vidas. São eles os que escolhem, incorporam e avaliam as alternativas terapêuticas para curar seus males. As pesquisas realizadas sobre itinerários terapêuticos demonstram que as escolhas de alternativas no processo de uma doença não revelam uma relação direta entre o que se acredita ser a causa da doença e o que é usado para curar. Este fato, freqüentemente, nos confunde e dificulta o entendimento sobre as razões das decisões indígenas pela busca de terapia. Esperamos uma lógica da ação que demonstra uma ligação clara entre a causa da doença e a

cura selecionada, isto é, se a causa é feitiçaria, então o doente deve ir ao xamã. Entretanto, nós não encontramos essa situação na prática. O itinerário terapêutico é uma combinação de fatores econômicos, fatores temporais, de redes sócio-políticas, conhecimentos e experiências do passado, etc. Todos estes fatores influenciam quando a pessoa começa a fazer sua procura para resolver um problema de saúde.

Assim, a noção de intermedicalidade ajuda a entender a *práxis*. Também, chama a atenção um segundo aspecto muito importante que trata da apropriação que os índios fazem das práticas de outros sistemas médicos. A palavra intermedicalidade foi colocada por uma antropóloga norte americana (Greene, 1998) que estava fazendo pesquisa no Peru sobre cantos xamânicos que incorporam elementos não-índigenas, tais como a penicilina, aspirina, gasolina e outros como aspectos que conferem poder ao xamã. Algumas pessoas usam a expressão “medicinas híbridas” para falar das práticas médicas que parecem misturadas. Na discussão sobre o uso de plantas, ficou claro que os índios incorporam plantas usadas pelos não-índios. No Sul do Brasil, observamos os Xokleng, que têm contatos bastante estreitos com a sociedade branca por via da sua religião, trocando plantas com seus irmãos evangélicos não-índios.

Outro assunto importante que o termo intermedicalidade implica, e um que foi levantado aqui, é o das relações de poder. Juntam nos projetos diversos atores – profissionais das EMSI, administradores, antropólogos, lideranças indígenas, xamãs, detentores de saberes, membros das comunidades, etc. Tem sido demonstrado que nestes projetos ocorrem verdadeiras negociações de saberes. Isto é altamente positivo, mas as negociações também envolvem hierarquias e exercício de poderes e manipulações. Precisamos lembrar o que Bonfil, antropólogo peruano, expressou: “saúde também é política”.

As ações de saúde remetem a considerações sócio-políticas que vão além de cura e de bem-estar físico. Luiza Garnele tem demonstrado isto nos seus vários estudos no Alto Rio Negro, examinando as articulações políticas e clínicas entre os agentes de saúde, e também demonstrando o significado que os medicamentos têm para os índios, associados, em primeira instância, com seus direitos à cidadania, não sendo considerados apenas como substâncias curativas. Ou seja, neste caso, os serviços de saúde têm mais um significado político para os índios do que se apresenta como uma possibilidade terapêutica.

Voltemos um pouco para a idéia de direitos que foi colocada hoje pela manhã e que levanta considerações importantes sobre o conceito de medicina tradicional. As discussões me lembraram a dissertação de Menéndez (2003). Este autor utiliza o conceito de práticas de auto-atenção para focar na *práxis*, ou seja, nas práticas cotidianas. Num sentido amplo, refere-se a todas as práticas requeridas para assegurar a reprodução biossocial de um grupo. Ele descreve dois níveis de auto-atenção: um mais amplo, ligado aos “processos de reprodução biossocial” do grupo que a gerou, o que remete às práticas culturais mais gerais, algumas destas sendo os usos de recursos corporais e ambientais, à dietética, a normas de higiene pessoal e coleti-

va, organização social, rituais, etc. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados. São atividades e são valores que uma comunidade utiliza para se reproduzir e manter sua sociedade e seus indivíduos.

O sentido *lato* das práticas de auto-atenção apareceu bastante nas discussões durante a reunião. A manutenção e reprodução de um grupo ao longo do tempo dependem, principalmente, de práticas e valores que são ligados à cosmologia, à organização social, aos casamentos, aos ritos; enfim, de várias práticas que nossa própria medicina não reconhece como medicina ou como práticas de saúde. Entre as culturas indígenas, o corpo, suas representações e os rituais corporais são chaves para entender o cosmos, o parentesco, o grupo social tanto como os cuidados de saúde. Laura Perez expressou isto, ao apresentar o Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto entre as Etnias do Acre e Sul do Amazonas, quando afirmou que o parto é parte de um longo processo. Quando consideramos as práticas de auto-atenção no sentido *lato* estamos nos referindo a relação entre a saúde e a cultura maior. Saúde, no sentido *lato*, se refere a um domínio diferente daquilo que a biomedicina entende. Saúde para os povos indígenas não é equivalente ao conceito usado pela biomedicina.

A diferença nos domínios de saúde entre a biomedicina e as culturas indígenas cria desafios para definir a medicina tradicional. O uso de termo, medicina tradicional, ignora o sentido *lato* de auto-atenção, ou seja, os aspectos mais gerais que implicam a saúde do grupo, e limita-se às atividades orientadas especificamente para aliviar mal-estar e enfermidades. Nossas discussões, tanto ontem quanto hoje, têm alternado entre refletir entre o sentido amplo – “Como vamos pensar saúde?” – e o restrito – “O que é medicina tradicional?” –, sem uma clara distinção entre as abrangências dos dois sentidos. As práticas no sentido restrito estão ligadas a outras práticas que, no primeiro momento, não parecem ligadas com a medicina tradicional. Por exemplo, as plantas são ligadas não só aos especialistas que sabem manipulá-las, mas à organização social mais geral. Nós estamos pensando estimular o cultivo de plantas medicinais. Mas como podemos estimular formas de organização social? Como podemos articular-nos com essas formas?

Pessoalmente não gosto da expressão “Medicina Tradicional”. Não estou recomendando a eliminação da expressão do Projeto Vigisus II/Funasa, porque politicamente é importante e chamativa. Porém, é necessário ter clareza de que o conceito de medicina tradicional incorpora o sentido *lato* e o sentido estrito das práticas de auto-atenção, o que não é o caso do conceito de medicina vigente em nossa cultura ocidental. Esta divergência complica o diálogo entre culturas, porque os domínios que constituem as práticas de saúde não são iguais.

Reconheci a diferença entre a nossa noção de medicina e a dos índios numa viagem que fiz com o médico Roberto Baruzzi, para avaliar o projeto de Saúde sem Limite no Alto Rio Negro, em 1999, antes da criação dos DSEI. No início da visita, nos apresentamos à organização indígena, FOIRN (Federação das Organizações

Indígenas do Rio Negro). Naquela época as ações na saúde indígena no Brasil eram precárias: sem serviços contínuos, sem acesso aos serviços e sem recursos financeiros. As lideranças da FOIRN questionaram sobre o que iríamos fazer ali e disseram: “Olha, vamos deixar este assunto em suas mãos, ok!”. Porque para eles a saúde de que tratam os médicos não é a mesma que trata o pajé. Pensei que eles não tinham interesse na nossa avaliação. Parecia que eles percebiam-na como estando além de suas competências. Hoje com a criação dos DSEI e o aumento dos recursos financeiros, as organizações têm um forte interesse nos serviços de saúde indígena. Em alguns casos, são as organizações indígenas os gestores, e como demonstra Luiza Garnelo nos seus estudos do Alto Rio Negro e o comentário de Bonfil, “saúde também é política”.

Todos os projetos aqui têm uma relação implícita com a política, isto é, a relação com as organizações indígenas e a participação dos membros das comunidades. Estas vão determinar o êxito dos projetos, ainda mais do que as questões de eficácia terapêutica. Observei que os projetos apresentados estão associados a dois pólos extremos. Num pólo há os projetos que têm suas origens nos interesses das organizações indígenas e são resultados de negociações entre as organizações indígenas, a AMTI e o Banco Mundial. Associados ao outro pólo estão os que não surgiram do interesse das comunidades indígenas, mas que já estavam em andamento dentro do Vigisus por outras razões e que foram aproveitados devido às vantagens que a AMTI poderia oferecer. Um problema é que estes últimos representam a *práxi* geral da Funasa, ou seja, criar projetos no nível central sem diálogo ou participação das comunidades. Assim, a implantação da Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais Fulni-ô apresentada não foi uma iniciativa dos índios.

Concordo com Luciane Ferreira que vocês devem refletir mais sobre as metodologias inovadoras. Precisam colocar este assunto na pauta de discussão. Sugiro que estas metodologias inovadoras não sejam necessariamente metodologias científicas. São metodologias que tratam das relações sociais e são baseadas numa relação dialógica entre os participantes do projeto. Como definido por Roberto Cardoso de Oliveira, a relação dialógica exige igualdade entre as pessoas e os esforços de ouvir o que o outro tem para dizer. Penso que só com relações dialógicas os projetos podem superar um enfoque limitado de medicina tradicional, possibilitando a articulação não só com as práticas de auto-atenção no sentido estrito, mas também com as que têm a ver com as formas tradicionais de organização social.

Um excelente exemplo é o trabalho da Luciane Ferreira com os Mbyá-Guarani, publicado no livro que organizei com Luiza Garnelo sobre intervenção antropológica na saúde indígena (2004). Para realizar ações de prevenção de abuso de álcool nas comunidades Guarani, ela aproveitou as formas tradicionais de aconselhamento para trabalhar o tema na comunidade. Recomendo que o conceito de medicina tradicional seja ampliado para incluir as formas de organização, que no primeiro momento, não parecem relacionadas com as práticas de saúde.

A melhor definição que vi, ao longo desses dois dias em que estamos juntos,

foi a discussão proposta por Elaine Moreira por pensar a medicina tradicional como espaço de interação. Para o propósito destes projetos, deve-se pensar em metodologias que partam do estabelecimento de um campo dialógico com as comunidades indígenas. Precisamos também perceber que este campo é, mais que tudo, um campo político. Luciane Ferreira também deixa muito claro que estamos realmente lidando com projetos políticos, tanto como projetos de saúde.

A respeito dos comentários colocados hoje pela manhã sobre o índio ter direito à sua medicina tradicional, faço algumas observações. Suponho que todos aqui estão conscientes da legislação atual, da questão de direitos intelectuais e outros que tratam de propriedade intelectual e ética que permearam a discussão trazida pelos projetos. Os direitos dos índios vão muito além do direito de ter sua medicina tradicional, porque esta medicina é relacionada à política, com formas tradicionais de organização, além das várias questões legais e éticas que estão circulando na sociedade envolvente.

Chamo a atenção para um assunto que não foi levantado aqui, mas que é pertinente às metodologias inovadoras e às questões políticas: trata-se da inclusão na pauta sobre como trabalhar e colaborar com os profissionais de saúde. O êxito dos projetos também depende da colaboração dos profissionais de saúde e o estabelecimento de uma relação dialógica com estes trabalhadores seria importante para lograr esta colaboração.

Encerro os meus comentários com dois paradoxos que colocam perguntas que não têm respostas. Um, que surgiu hoje pela manhã, trata do poder de decisão sobre a eficácia terapêutica da medicina tradicional. Hoje pela manhã afirmou-se a necessidade de mútuo respeito dos saberes tanto dos povos indígenas quanto os dos médicos ou da ciência ocidental. Porém, o respeito mútuo vai ao contrário da legislação atual que estipula que a eficácia da medicina tradicional deve ser comprovada pela ciência. Este paradoxo entre respeito mútuo e o poder de um sistema oficial de saúde decidir sobre o valor do sistema médico do outro, espelha um problema maior relacionado ao poder hegemônico em que estamos envolvidos e somos sujeitos. Um aspecto deste problema maior tem a ver com as próprias decisões de financiamento. O financiamento de um projeto passa por julgamentos que tentam avaliar a viabilidade do projeto à luz dos interesses da instituição financiadora, não necessariamente pela vontade da comunidade. Se a instituição continua enfocando num conceito de medicina tradicional que é limitado aos paradigmas da biomedicina, os julgamentos acabam privilegiando as práticas que vêm ao encontro das noções da biomedicina e não consideram as dos índios. Frente a este paradoxo, uma pergunta levantada pelas discussões nestes dias: até que ponto o Estado está disposto a financiar os projetos e rumos que as comunidades indígenas desejam?

O outro paradoxo diz respeito a uma tendência em medicalizar a medicina indígena. Se a medicina indígena trata de cosmologia, de parentesco e organização social, dos ritos, e outros aspectos incluídos nas práticas de auto-atenção no sentido *lato*, qual é o impacto da intervenção dos projetos do Estado? Faço essa pergunta e

espero estar sendo clara. No momento em que queremos nos meter em aspectos que tratam de idéias mais gerais, tais como a vida espiritual e a cosmológica, que são ligados com a saúde e o corpo, estamos medicalizando a vida dos índios. Não sei se o Estado tem esse direito.

É preciso mais discussão, como ficou evidente hoje pela manhã, sobre o diálogo interdisciplinar e também intercultural. Interculturalidade é uma questão de como se vai dialogar com os índios. Mas o diálogo interdisciplinar tem que acontecer entre nós agora. Hoje da manhã ficou evidente como é difícil o diálogo interdisciplinar. Refiro-me ao discurso de Mônica dos Santos, farmacêutica do DSEI-Pernambuco. Ela mostrou-se altamente preocupada com o seu trabalho e interessada em dialogar. O projeto em que ela atua foi altamente criticado, mas ela se mostre aberta para trocar idéias e reavaliar ações. O problema de diálogo interdisciplinar é tão complicado quanto o intercultural. Nós vivemos em mundos distintos: antropólogos vivem em um mundo diferente dos médicos; os médicos vivem num mundo diferente do farmacêutico; que vive num mundo diferente do índio. Então, neste sentido, a própria relação interdisciplinar deve ser iniciada com a questão dialógica para que o diálogo também seja praticado nos projetos.

Bibliografia

- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde / Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. O fazer antropológico em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (orgs.) **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa/ABA, 2004.
- GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist** 25(4), 1998.
- LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Editora Contra Capa/ABA, 2004.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 8 (1), 2003.



SEÇÃO 2

LEGISLAÇÃO DE PROPRIEDADE INTELECTUAL

PROTEÇÃO DA DIVERSIDADE SOCIOCULTURAL

POLÍTICAS PÚBLICAS DE MEDICINA

TRADICIONAL

Propriedades e Reciprocidades: etnografando o acesso aos conhecimentos tradicionais indígenas.

THIAGO ÁVILA

O presente texto explora questões presentes nas relações entre conhecimentos tradicionais e biotecnologia. Mais especificamente, o objetivo é abordar analiticamente os processos sociais pelos quais os povos indígenas lidam com essa nova fronteira das relações interétnicas estabelecidas entre eles, os Estados Nacionais, as empresas multinacionais, as organizações não-governamentais e outros atores do indigenismo contemporâneo no Brasil (Ramos, 2000; 1998).

Proponho a discussão de dois pontos presentes nos processos de negociação entre uma entidade interessada em pesquisar as potencialidades farmacêuticas e econômicas dos conhecimentos tradicionais e o povo indígena detentor desses saberes: propriedade e reciprocidade. O desenvolvimento do trabalho parte da análise de dois casos concretos de acesso aos recursos genéticos com conhecimento tradicional associado. Um desses projetos refere-se à Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa) e a Associação Kapey - União das Aldeias Krahô. O outro projeto envolve o acesso aos conhecimentos medicinais dos curadores Krahô, realizado entre a Associação Wyty-Catê das Comunidades Timbira do Maranhão e Tocantins e a Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP).

Caracterizando o contexto sociocultural do acesso aos recursos genéticos envolvendo conhecimento tradicional associado

É preciso entender minimamente quem são os “Krahô” e quem são os “Timbira” para contextualizar o conflito interno ocorrido no acesso aos conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade. O entendimento dessas duas categorias é relevante na medida em que as associações indígenas envolvidas são legalmente representativas dos interesses tanto das aldeias Krahô, como das comunidades Timbira do Maranhão e Tocantins¹.

Os Krahô constituem-se em aproximadamente 2.500 pessoas que vivem na Terra Indígena Krahôlandia, distribuídos em vinte aldeias, no nordeste do Estado do Tocantins². Falam uma língua Jê-Timbira e são formados por três povos/subgrupos que se amalgamaram: os *Kempokateyê*, da antiga aldeia Pedra Branca; os

¹ A questão da formação histórica dos grupos Timbira e sua relação com a situação política atual de cada um dos povos indígenas envolvidos é um tema que estou trabalhando em outro artigo. Por ora, ressalto que essa questão deve ser contemplada na construção de processos participativos, inclusive como a produção do consentimento prévio informado e a anuência prévia. Esses são dois procedimentos necessários para a obtenção de autorização de pesquisa sobre recursos genéticos envolvendo conhecimento tradicional associado.

² Especificamente nos municípios de Itacajá e Goiatins.

Põrekateyê da antiga aldeia da Cachoeira (que se chamava Cabeceira Grossa); e os *Mãkraré* da aldeia do Galheiro.

Todos os povos Timbira, incluindo os Krahô, se autodenominam *Mehin* (Nimuendaju 1971)³. Os Timbira têm uma longa história de contato com os não-indígenas de mais de 200 anos⁴ e esses povos são unidos por uma “Forma Timbira” (Azanha 1984), expressa nos mitos, história, parentesco, cosmologia, língua, espacialidade da aldeia, sistema médico, sistema político e organização social.

São povos que conservam seus rituais (*amnj kin* / festas indígenas), os quais regulam a vida cotidiana, estando ligados à colheita, à iniciação dos jovens, ao término de resguardos, aos nascimentos, etc. Sua organização social é dividida em diversos grupos rituais que se opõem⁵. Cada qual dos diversos pares de metades está associada a um grupo de festas-rituais⁶.

Outra instituição importante entre os povos Timbira (com exceção dos Apinajé) são as *casas de wyty*, uma instituição tradicional que mostra as melhores formas de sociabilidade, segundo a opinião deles: receber bem as pessoas e ser generoso. Todo dia os homens se reúnem pela manhã no centro da aldeia, divididos nos pares da *seca* (cujos membros ficam à leste do pátio da aldeia) e *chuva* (à oeste). Se for uma reunião mais longa, eles vão para casa de *wyty* e o dono da casa tem que alimentar os presentes, sendo que tudo é dividido em metades de acordo com os partidos rituais⁷.

É preciso lembrar que no contexto Timbira, unidade não é uniformidade, ou seja, há diferenças internas que devem ser consideradas. Por exemplo, o sistema médico é bastante semelhante entre os povos, no entanto, as denominações dos especialistas médicos variam. Os Krahô e povos Canelas chamam os curadores de *wajaca*. Os Apinajé chamam de *wayangá* e os Krikati e Gavião-Pyhcobjê de *hycahur*. Entre esses povos, os sistemas de explicação das doenças e cura e as noções de corpo são muito próximos. Essa configuração é importante para entender que os Krahô fazem parte de um sistema maior que é a unidade Timbira. No acesso aos conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade, veremos que existe um conflito de

³ Essa expressão pode ser dividida em *Meb* que significa nós; *bin*, pessoa, carne.

⁴ São oito os povos Timbira que resistiram aos massacres da expansão colonial: Krahô, Apinajé (Tocantins), Krikati, Gavião-Pyhcopjê, Apanjekra-Canela, Ramkokamekra-Canela, Krepynkatejê (Maranhão) e os Gavião-Parakateyê (Pará).

⁵ As rivalidades e hostilidades históricas entre os grupos Timbira são expressas na própria língua. Existem dois sufixos que indicam os seus grupos Timbira. Povos designam outro povo com o sufixo “kateje”, povos estes que tiveram a mesma origem e têm uma relação de aliança (como Pyhcopjê). Por outro lado, povos que se chamam pelo sufixo “kame *kra*” (como Apanjekra) são povos que têm origens distintas e uma hostilidade entre si (Azanha 1984).

⁶ Existem as metades sazonais (*wakemejê X katamejê*) e os partidos de classe de idades (*Khöörumpejêçá* e *Harārūmpejêçá*) que são adquiridos pelo sistema de nomenclatura. Outros grupos de partidos são os de “animais” (gavião x marreco; peixe x lontra, entre outros), estes são escolhidos aleatoriamente pelos indivíduos.

⁷ Os Timbira consideram uma honraria a pessoa ser dona de casa de *wyty* e cada aldeia deve ter, idealmente, três casas de *wyty*: a dos homens maduros, dos homens novos e das mulheres.

representatividade entre a Associação Indígena dos Krahô e a Associação Indígena dos povos Timbira.

Etnografando dois projetos de recursos genéticos envolvendo conhecimentos tradicionais associados.

No mestrado queria estudar o projeto da Embrapa - Kapey, conhecido como o resgate do milho Krahô, projeto este premiado no Brasil e no exterior⁸. O projeto Embrapa Kapey começa em 1995 com a visita de uma comitiva de lideranças Krahô à sede da Embrapa, (Recursos Genéticos e Biotecnologia - CENARGEN). As lideranças diziam: “sabemos que vocês têm as sementes dos antigos guardadas nas suas geladeiras, nas suas câmeras frias e nós queremos levar essas sementes de volta para nossa aldeia porque nós já recuperamos a nossa machadinha ritual que estava na mão da Universidade de São Paulo”⁹.

Havia sementes nas câmeras frias da Embrapa e as lideranças Krahô selecionaram aquelas que acharam interessantes como as de milho, de fava, de outras culturas que eles haviam deixado de produzir. Selecionaram também espécies de batata doce, tradicionalmente associadas ao ritual do *jô-jô-pin* (festa da batata doce). As sementes retornaram para as roças indígenas. Este fato fortaleceu a Associação *Kapey*. Com o projeto do milho, ela ganha uma visibilidade nacional e internacional, na medida em que aborda o resgate da alimentação tradicional, da segurança alimentar e da valorização dos conhecimentos tradicionais indígenas¹⁰.

As sementes têm seus caminhos os quais denomino “percurso da semente”, pois elas são apropriadas enquanto semente Krahô, mas na verdade, foram coletadas em roças de um outro povo indígena pela Embrapa, no final da década de 1970. Elas não são o *pohumpey* (milho tradicional) que os Krahô utilizam tradicionalmente durante os resguardos. Não é o milho branco, milho pipoca, mas transformou-se no milho *Pohumpey*, é o milho *Pohumpey* hoje. O percurso das sementes começa nas roças Xavante, onde elas foram coletadas. Após a coleta, essas sementes passaram a fazer parte do banco de germoplasma oficial brasileiro que estava sendo

⁸ As implicações deste Projeto é um dos temas tratados em minha dissertação de mestrado em Antropologia Social. Vide Ávila, 2004.

⁹ É importante associar a recuperação de artefatos culturais (como a machadinha ritual) com a problemática do acesso aos recursos genéticos. Na década de 1980, os Krahô foram a São Paulo para recuperar a machadinha ritual. As lideranças indígenas passaram de três a quatro meses em São Paulo negociando com o Museu de Etnologia da USP a devolução da machadinha. Hoje ela é o símbolo da Kapey. A machadinha é a uma entidade mítica que “trouxe” os cantos para os Timbira. Era uma arma de guerra disputada e é uma honraria para um indivíduo ser portador do *Kuyré* (machadinha).

¹⁰ A Kapey ganhou um prêmio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) e iniciou negociações com o mesmo para construção da Escola Agro-Ambiental *Catxetkanyj*, realização de melhorias nas estradas interligando as aldeias e para a edificação de um complexo-sede dentro da área Krahô, na forma da aldeia Krahô, onde cada aldeia teria uma casa.

implantado¹¹. Depois de quinze anos, as sementes “retornam” para roças indígenas, agora dos Krahô, e passam a ser chamadas de *Pohumpey*, o “milho bom”.

O outro processo de acesso ao conhecimento tradicional associado vivenciado pelos Krahô, insere-se no âmbito das relações estabelecidas entre a UNIFESP e a Associação Wyty-Catê¹², durante os anos de 1999 a 2001. Nesta época, a Wyty-Catê tinha treze aldeias associadas, sendo que quatro delas eram aldeias Krahô. Numa das aldeias Krahô é realizada a pesquisa etno-farmacológica para estudar plantas conhecidas pelos curadores (*wajaca*), especialmente aquelas que tenham relação com o sistema nervoso central. Uma doutoranda da UNIFESP vai para a Terra Indígena Krahôlandia, especificamente para a Aldeia Nova e outras aldeias Krahô (do subgrupo Mâkraré), associadas à Wyty-Catê, e empreende um estudo etno-farmacológico (Rodrigues 2001).

É importante entender que as identidades internas do Krahô se fazem operantes na conjuntura política atual do grupo, inclusive no conflito entre associações indígenas¹³. Os *Mâkrare* sempre viveram ao sul do Riozinho, que é um divisor de territórios, e se misturaram com os Xerente. A Aldeia Nova é a primeira aldeia a sair do território Mâkraré e está relacionada com a formação da Associação Wyty-Catê dos povos Timbira. A aldeia Pedra Branca (do subgrupo Kenpokateyê) origina a Associação Kapey, outra associação presente no conflito desse projeto de acesso aos conhecimentos tradicionais conhecidos pelos curadores Krahô. O último subgrupo refere-se à população das aldeias Cachoeira e do Rio Vermelho.

Essa configuração política tripartite, operante desde o início do século XX, fornece os sentidos para a política interna dos Krahô. Permeando também a questão dos limites da propriedade e de legitimidade em uma negociação política externa, como aquelas que envolvem o acesso aos conhecimentos tradicionais associados. O conflito aqui tratado apresenta o seguinte enredo: uma Associação, representante de vários povos negociou uma pesquisa etnofarmacológica sobre o conhecimento tradicional de um único povo (os Krahô) que, por sua vez, possui uma Associação que congrega a maioria de suas aldeias. Além disso, somente três das dezessete aldeias Krahô foram consultadas para a realização da pesquisa.

A Associação Wyty-Catê fez um contrato com a UNIFESP autorizando o ingresso da pesquisadora na área e esta entrevistou sete curadores e um entendido em remédio¹⁴. Essas oito pessoas informaram quatrocentas e oito espécies de plantas e quintas e trinta receitas que possuem provável efeito no sistema nervoso central. Depois dessa primeira etapa de campo, a pesquisa deveria se encaminhar para uma

¹¹ De alguma forma tornam-se propriedades do Estado brasileiro já que essas sementes podem ser trocadas por outros materiais genéticos de bancos de germoplasma de outros países.

¹² Esta Associação reúne dezessete comunidades dos povos Timbira do Maranhão e Tocantins.

¹³ Estou aprofundando esse tema para publicação em um artigo posterior.

¹⁴ Os curadores vêem e se relacionam com os espíritos, mas muitas pessoas são “entendidas em remédios”, ou seja, conhecem remédios e utilizações terapêuticas das plantas do cerrado.

etapa posterior onde seriam realizados os *screening*, os testes clínicos para produção dos medicamentos e para verificação da viabilidade da descoberta de algum princípio inovador patenteável. Selecionaram vinte e cinco plantas para serem pesquisadas.

Nesse momento, a Kapey ficou sabendo do caso através de uma reportagem na Revista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e fizeram uma “Carta Aberta do povo Krahô” questionando o processo de acesso aos seus conhecimentos tradicionais e solicitando vinte milhões de reais como taxa de bioprospecção pela coleta indevida de recursos genéticos em área de Terra Indígena¹⁵.

Foram marcadas diversas reuniões dentro da área. A lógica dos Krahô (aqui falo do povo, independentemente da Kapey ou Wyty-Catê) me parecia ser a seguinte: o conhecimento já fora acessado, mas os índios queriam a continuidade da pesquisa. Como contrapartida ao acesso, os Krahô solicitaram apoio para um projeto sobre medicina tradicional. Essa posição dos Krahô transcendeu as disputas internas na medida em que eles superaram as diferenças entre os subgrupos Krahô envolvidos na negociação, apresentando uma posição única para a UNIFESP. Essa posição congrega dois pontos de vista: da Wyty-Catê e da Kapey.

Nas várias reuniões na Kapey, estavam presentes a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Ministério Público Federal através da 6ª Câmara de Coordenação e Revisão (Populações Indígenas e Minorias Étnicas), UNIFESP e lideranças indígenas de todas as aldeias¹⁶. Os Krahô produziram uma posição consensual de apoio à continuidade da pesquisa desde que houvesse um projeto de medicina tradicional apoiado pela instituição interessada em acessar os conhecimentos tradicionais sobre utilização terapêutica das plantas do cerrado. Esse desejo está expresso no termo de anuência prévia produzido pelos índios para a instituição interessada em acessar seus conhecimentos. Mais do que isso, os índios queriam um projeto originado de suas próprias discussões. A UNIFESP alegou não poder apoiar e se envolver com práticas curandeirísticas que não são cientificamente comprovadas, por isso não poderia viabilizar tal proposta. Estamos aqui diante de um paradoxo: a UNIFESP reconhece a potencialidade dos conhecimentos tradicionais para obtenção de novas drogas e fármacos, mas que não reconhece os sistemas médicos indígenas como sistemas produtores de saúde, considerando-os como credíes populares.

O projeto desejado pelos Krahô era o *Mehcarinc*. A idéia era fazer um “fundo de saúde Krahô” com intuito de resolver um problema interno: a dificuldade das

¹⁵ Os dois projetos (do milho *pohumpey* e dos curadores) possuem diversos aspectos em comum. Ambos procuram respeitar os preceitos de acordos globais sobre o tema do acesso aos recursos genéticos, como os preconizados pela Convenção da Diversidade Biológica (CDB). Os projetos previam repartição de benefícios, consulta às comunidades, respeito ao consentimento prévio informado e produção dos termos de anuência prévia. Na época não havia legislação vigente sobre o tema no Brasil, sendo que a Medida Provisória 2186, de 2001 ainda não estava em curso, entrando em vigor no meio desse processo.

¹⁶ A UNIFESP compareceu às reuniões com uma advogada especialista em propriedade intelectual. Os Krahô, tanto da Kapey como da Wyty-Catê, não possuíam nenhum profissional desse campo jurídico para dar suporte legal à discussão.

das famílias em acessar o trabalho dos curadores. O problema enfrentado pode ser assim descrito: a cura pelos tratamentos tradicionais deve ser retribuída. Antigamente se retribuíam o serviço com cestarias, esteiras ou colheitas. Hoje, a retribuição é uma panela de pressão, cortes de pano para fazer a festa da filha, miçangas para ritual de iniciação, uma espingarda ou gado. As famílias não têm condições de conseguir os bens solicitados pelos curadores porque são bens comprados com dinheiro e que não podem ser produzidos pelos indígenas. As famílias podem até contrair dívidas a fim de pagar os curadores, no entanto, esta alternativa envolve riscos: caso a dívida não seja paga, a pessoa é acusada de ser sovina¹⁷.

Entendo que os Krahô queriam um projeto que os instrumentalizasse com novos equipamentos e meios tecnológicos (sobretudo veículos para deslocamento de pacientes para tratamentos com recursos e praticantes das medicinais tradicionais), mas queriam também autonomia sob seu sistema médico. A discussão interna começou com o tema de remuneração salarial para os curadores, mas os próprios Krahô entenderam que esta não seria uma boa estratégia. Por exemplo, na aldeia Cachoeira, de trezentas pessoas, existem dezessete curadores de diversas especialidades. Como seria possível empregar dezessete pessoas? Mesmo se a proposta fosse aceita pelos órgãos oficiais, só poderiam ser empregados no máximo três curadores. Os outros curadores poderiam não mais trabalhar porque não receberiam o “salário” ou lançariam feitiços nos outros “contratados” e em seus familiares. Então, as lideranças indígenas disseram: “salário não dá certo, o *wajaca* (curador) que curar um doente recebe um bem ou um produto (como prega a tradição local) como pagamento pela cura. Aquele que não curar, não recebe”.

Essa era a idéia dos Krahô: um projeto que fomentasse o trabalho de todos os curadores, e não uma minoria privilegiada. O projeto não envolvia pagamento de salário e nem pode ser entendido como um incentivo à monetarização da cura indígena. O curador iria receber um produto: uma panela de pressão ou uma bacia para as comidas coletivas. Metade dos recursos necessários para a aquisição destes bens foi pensada para ser assumida pelo “fundo de saúde *Krahô*” e a outra metade pela própria família do paciente, para não romper com esse sistema de obrigação local.

Apontamentos sobre Propriedades e Legitimidades: questões do acesso aos conhecimentos tradicionais indígenas

Propriedade e legitimidade são temas que permeiam os processos de acesso aos conhecimentos tradicionais associados à biodiversidade. Muitos pensam que não há propriedade dentro das sociedades indígenas, afirmando: “isso é coisa de branco que estão ensinando para os índios”. Considero essa versão equivocada e

¹⁷ No mundo Timbira não tem nada pior do que você ser sovina, *bõntxã*, é um xingamento bastante ofensivo. Pode acontecer de a pessoa sentir-se enfeitada já que a sovinice e avareza são muitas vezes atacadas com forças mágicas, como os feitiços.

acredito que existam múltiplos modos de propriedades, inclusive entre os povos indígenas. Gostaria de abordar brevemente esse tema a partir do universo sociocultural dos Krahô.

O sistema de nomeação é uma instituição fundamental da organização sociocultural dos povos Timbira. Se um indivíduo possui nomes específicos, ele possui o direito a praticar determinados comportamentos. Isso, a meu ver, pode ser considerado um tipo de propriedade¹⁸. Os conhecimentos dos curadores também são de ordem individual, cada um tem sua relação própria com os *carô* (espíritos) de animais e plantas das florestas que lhes ensinaram curas especializadas. Existem os especialistas indígenas em dor de barriga, em dores lombares, em dores de cabeça. Têm os especialistas em doenças de crianças e ainda, os curadores de picada de cobra que são os mais poderosos. Existe uma diferenciação médica interna que supõe conhecimentos específicos, que são propriedade de um indivíduo, ou melhor, são propriedade da relação estabelecida entre um curador e o *carô* (espírito) que lhe dá os poderes de visão e cura das doenças.

Observa-se outras dimensões que envolvem a temática da propriedade, como o sistema de parentesco. Por exemplo, um indivíduo Krahô tem um bem que é seu, chega seu cunhado e o leva; o proprietário original não pode falar nada. Notamos também a questão de um bem poder ser transferido para outra pessoa por determinadas obrigações sociais. O dom, a dádiva e a reciprocidade, conceitos tradicionais da Antropologia (Mauss, 2001), se fazem presente na discussão sobre conhecimentos tradicionais. Eu levantei esses temas relacionados com a dádiva/reciprocidade porque o conhecimento tradicional dentro da lógica krahô é móvel e circulante. O conhecimento não pode ser entendido a partir de uma visão congelada, tal como vem sendo muitas vezes abordado pela legislação e pelas discussões sobre proteção do acesso ao conhecimento tradicional. A questão do acesso aos recursos genéticos associados aos conhecimentos tradicionais indígenas não pode ser reduzida às dicotomias entre “conhecimento tradicional x conhecimento científico/moderno” e “nós x outros”¹⁹.

A ênfase da vida dos Krahô e dos demais povos Timbira está no presente. Não há mitos que narrem o surgimento do mundo. Ele simplesmente já existia quando os Krahô surgiram. Os seus rituais são aprendidos por indivíduos, que observam o comportamento das plantas, e com animais. Outros processos de aprendizagens são dados por diversos caminhos. A sedução é um deles: a estrela-mulher que desce do céu e seduz o rapaz que passa a namorá-la. Em contrapartida, ela oferece os alimentos ao rapaz. Depois, a irmã desse rapaz descumprer uma regra e a estrela fica furiosa, deixando todas as plantas da agricultura para que os próprios

¹⁸ O nome *Kraté* dá direito ao indivíduo de animar as festas da batata, sendo o palhaço ritual.

¹⁹ Por exemplo, a pesquisa da UNIFESP descobriu que a mesma planta tem diferentes nomes e às vezes usos antagônicos. Por exemplo, um curador diz que essa planta serve para engordar e um outro diz que a mesma planta serve para emagrecer. Outras plantas têm o mesmo nome em qualquer lugar. Então, esse “conhecimento tradicional” não é um bloco homogêneo, ele é muito dinâmico e tem suas nuances internas.

Krahô produzam seus alimentos. Outros conhecimentos são obtidos em caminhos mais traumáticos, como o “roubo do fogo que era da onça”. Podemos citar também o exemplo dos cantos que vieram da machadinha anteriormente mencionada e que os Krahô recuperaram do museu. O que eu gostaria de sublinhar é que os aspectos materiais e rituais que caracterizam os Krahô enquanto um povo distinto vem de fora de sua sociedade, sendo apropriados e criados como algo interno.

Esse processo de apropriação de elementos externos e sua incorporação não é um privilégio dos tempos míticos. Os Krahô têm conhecimento de como tirar pulga de cachorro com sulfá, isso é apropriado localmente como um “conhecimento tradicional”, que eles estão aprendendo e adequando dentro da sua própria lógica. É interessante avaliar como essas sociedades foram pensadas pelos antropólogos como conservadoras por serem supostamente fechadas, por estarem longe dos grandes centros urbanos. Considero que os povos Timbira são extremamente dinâmicos, como apontam seus mitos.

Para finalizar, retomo brevemente a questão da Antropologia e do papel do antropólogo. Os Krahô têm uma relação singular e que considero positiva com os antropólogos, transformando-os em aliados de suas lutas políticas. Eles têm estratégias tradicionais para controlar o trabalho dos antropólogos, como a inserção do estrangeiro no sistema de nomeação e nos processos de dádiva²⁰. No conturbado processo de acesso aos conhecimentos medicinais dos Krahô, fui transformado em “assessor dos *wajacá*”, ou seja, uma pessoa com responsabilidade de viabilizar projetos para fomentar a continuidade do sistema médico tradicional indígena. Nos últimos cinco, anos, toda vez que os encontro, eles me interpelam: “cadê o projeto do *wacajá*? Quando é que a gente vai poder curar lá pelos Canela sem ter que brigar com a Fundação Nacional de Saúde (Funasa)? Quando é que a gente vai ter que ir para outra aldeia sem ficar três, quatro dias brigando, acionando nosso sistema de parentesco ou fazendo dívida?”.

Eu fui, de certa forma, “demonizado” pelo pessoal da UNIFESP em vários encontros, onde eles afirmavam que o antropólogo ficava “fazendo campanha na cabeça dos Krahô”. Acho esses comentários infundados, mas esperados, já que estão repletos de preconceitos recorrentes em torno dos povos indígenas, como se eles fossem infantis, sem capacidade de pensar por si mesmos e facilmente manipuláveis por pessoas não-indígenas. Por isso gostaria de finalizar o texto com uma breve menção aos papéis dos antropólogos e das imagens que se tem sobre o nosso trabalho junto aos povos indígenas.

O acesso aos conhecimentos tradicionais indígenas associados com a biodiversidade apresenta questões que precisam ser consideradas nas negociações interétnicas contemporâneas envolvendo povos indígenas, Estados Nacionais e

²⁰ Quando você é batizado na aldeia, um velho dá um sermão: “você tá vendo esse povo aqui, tudo é Krahô aonde você encontrar um desses aqui você tem que hospedar, aonde alguém falar mal deles aqui, você tem que defender”. E assim cultivam e cativam as pessoas.

empresas biotecnológicas para que seja efetivado um processo que respeite os direitos indígenas, o consentimento prévio informado e a repartição justa dos eventuais benefícios oriundos das pesquisas.

Bibliografia

- ÁVILA, Thiago. *Não é do jeito que eles quer, é do jeito que nós quer: os Krahô e a biodiversidade*, Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2004.
- AZANHIA, Gilberto: *A “Forma Timbira”*: estrutura e resistência, Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1984.
- MAUSS, Marcel. *Dom, contrato e troca*. Ensaios de Sociologia. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- NIMUENDAJU, Curt. The Eastern Timbira, University of California Publications. *American Archaeology and Ethnology*, vol. XLI, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1971.
- RAMOS, Alcida Rita. The Commodification of the Indian. *Série Antropologia* n. 281, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2000.
- _____. *Indigenism: ethnic politics in Brazil*. The University of Wisconsin Press, 1998
- RODRIGUES, Eliana. *Usos rituais de plantas que indicam ações sobre o sistema nervoso central pelos índios Krahô, com ênfase nas psicoativas*. Departamento de Psicobiologia, São Paulo: UNIFESP, 2001.

A Medicina Tradicional e a Propriedade Intelectual

FABIOLA WÜST ZIBETTI

A medicina tradicional cada vez mais tem se tornado objeto de políticas públicas nacionais ou internacionais, especialmente na área da saúde. Nesse sentido, o Brasil, nos últimos anos, tem formulado e implementado políticas valorizando e incentivando o investimento nessa área. Essa valorização, inclusive sobre o aspecto econômico e comercial, remete a questões relativas à propriedade intelectual no que tange ao conhecimento tradicional, principalmente no que se relaciona a produção de medicamentos baseados em plantas medicinais, como os fitoterápicos.

Desde o final da década de 70, a partir da criação do Programa de Medicina Tradicional, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem incentivado seus Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas nessa área, com destaque para a recente “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”. Nos últimos anos, muitas iniciativas foram elaboradas no cenário mundial voltadas para o uso do conhecimento da medicina tradicional, visando aperfeiçoar e melhorar a saúde pública. Países como a China e Índia passaram a investir fortemente no setor (WHO, 2006).

De acordo com a definição do Programa de Medicina Tradicional da Organização Mundial da Saúde (OMS), medicina tradicional é:

“a soma de todos os conhecimentos e práticas, sejam ou não explicáveis, utilizadas no diagnóstico, prevenção e eliminação de desequilíbrios físicos, mentais ou sociais, que dependem exclusivamente da experiência prática e da observação transmitidas de geração em geração, na forma oral ou escrita” (Correa, 2006: 250).

A medicina tradicional pode se referir a um sistema de tratamento, algumas vezes com sofisticados métodos de diagnósticos e tratamento de problemas de saúde, como a medicina tradicional chinesa (WHO, 2006). Dentro desse contexto, ela inclui “terapias físicas, mentais e espirituais, influenciadas pela cultura e crenças dominantes de uma comunidade particular”. Isso envolve “o uso de certos materiais biológicos, conhecimento sobre as doses e formas de administração e os rituais que os curadores aplicam como parte de seus métodos de cura tradicionais” (Correa, 2006: 251).

Além disso, a medicina tradicional pode estar relacionada aos remédios baseados em produtos naturais. Nesse sentido, o conteúdo da medicina tradicional refere-se ao conhecimento tradicional associado aos recursos genéticos, às propriedades de certos elementos biológicos que são utilizados isoladamente, de forma pura ou como parte de uma preparação ou composição, incluindo-se os fitoterápicos,

ervas medicinais, extratos de origem animal e elementos minerais (Correa, 2006; WHO, 2006).

Nos últimos anos, o Brasil tem adotado políticas incentivando o uso da medicina tradicional no sistema de saúde pública, de forma integrada às técnicas da medicina ocidental, enfatizando principalmente a acupuntura, a homeopatia, o termalismo social ou crenoterapia¹. Trata-se de promover o uso racional e integrado da medicina tradicional ao sistema nacional de atenção à saúde.

A iniciativa promovida pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares se coaduna com a Política Nacional da Biodiversidade, de 2002 (Decreto n. 4.339, de 22 de agosto de 2002), que são complementadas com a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos², criada em julho de 2006. Esta foi elaborada com o objetivo de garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional, especialmente a indústria farmacêutica (Decreto n. 5.813, de 22 de junho de 2006).

Ressalta-se o reconhecimento do valor das plantas medicinais como recurso clínico, farmacêutico, econômico e comercial, que tem crescido progressivamente em vários países. Nesse contexto, tem-se que a proteção dos fármacos e medicamentos por meio de direitos de propriedade intelectual, juntamente com o conhecimento tradicional com o qual eles podem estar relacionados, torna-se um tema relevante a ser analisado.

A propriedade intelectual é uma forma de proteção do conhecimento que busca resguardar os direitos morais e patrimoniais das pessoas sobre suas criações intelectuais, tais como: invenções, obras literárias e artísticas, marcas, símbolos, nomes, imagens e desenhos. Sob o aspecto patrimonial, ela se refere aos direitos exclusivos, temporários e transferíveis, garantidos por lei em relação aos frutos da atividade criativa humana.

A proteção dos direitos de propriedade intelectual tem por objetivo principal contribuir para a promoção da inovação e para a transferência e difusão de tecnologia, com o intuito de beneficiar mutuamente os criadores e usuários do conhecimento, visando o bem-estar social e econômico (Acordo TRIPS, art. 7).

Enquanto a propriedade intelectual protege o fruto da atividade intelectual, ela busca difundir o objeto da criação para toda sociedade. Tornando o conhecimento disponível para terceiros, eles poderão posteriormente incrementá-lo. Dessa

¹ Especialmente por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde. Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006)

² A fitoterapia é considerada um “recurso terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal”. Assim, o Brasil, como um país detentor de uma das maiores diversidades vegetais do mundo e de uma ampla sociodiversidade, apresenta um grande potencial para ampliar o uso e o desenvolvimento da fitoterapia (MS. Portaria n. 971/2006).

maneira, incentiva-se a inspiração artística e o desenvolvimento técnico (Vasconcellos, 2005).

A propriedade intelectual é historicamente classificada em dois grandes ramos: os direitos autorais e a propriedade industrial.

Os direitos autorais tratam dos direitos de autor sobre suas obras literárias e artísticas, e dos direitos conexos, como os direitos dos artistas-intérpretes, produtores de fonogramas e outros. O programa de computador também é protegido por meio do direito autoral, com algumas particularidades que lhes são próprias. Quanto à propriedade industrial, ela regula a proteção dos direitos in-telektuais no que tange às atividades industriais ou comerciais, por meio da concessão de patentes de invenção e de modelo de utilidade, do registro de desenho industrial, do registro de marcas, além da repressão às falsas indicações geográficas e à concorrência desleal. Enquanto o “direito autoral preocupa-se em proteger a obra materializada ou a expressão artística finalizada, a patente visa proteger a criação inventiva de caráter utilitário que possa ser reproduzida em série através de procedimentos pré-estabelecidos” (Vasconcellos, 2005: 24-25).

Como exemplo, pode-se apontar as informações sobre os procedimentos para o desenvolvimento de um medicamento e sua respectiva composição. Se essas informações são apresentadas em um livro e uma pessoa reproduz ou copia o livro sem autorização, ela estará cometendo uma violação dos direitos autorais. Contudo, ninguém estará impedido de produzir industrialmente o medicamento a partir das informações constantes no livro. Para impedir que terceiros produzam industrialmente o medicamento por meio das informações divulgadas no livro, estes procedimentos e composição precisam ser patenteados.

Os distintos ramos da propriedade intelectual se diferem principalmente no que se tange à obrigatoriedade ou não de registro, patente ou certificado. O registro é facultativo com relação ao direito autoral, possuindo efeito apenas declaratório. O livro publicado não precisa ser registrado para estar protegido pelo direito autoral. Contudo, o registro é obrigatório para a proteção da propriedade industrial, de cultivares e de topografias de circuitos integrados, possuindo assim efeito constitutivo³, ou seja, o direito surge somente depois da concessão do registro, da patente ou da certificação. No caso de medicamentos, para que sejam protegidas as informações a respeito dos procedimentos e de sua composição, é preciso fazer um pedido de depósito de patente e este precisa ser aprovado e concedido pelos órgãos competentes.

O alcance da proteção é internacional, abrangendo todos os países partes dos tratados internacionais para os direitos autorais; e é nacional no que se refere à proteção da propriedade industrial, cultivares e topografias de circuitos integrados. Por exemplo, o livro publicado no Brasil terá a proteção dos direitos autorais garantidas em vários países. Contudo, a patente concedida no Brasil somente terá valida-

³ Com exceção para as indicações geográficas (que é facultativo). (Pimentel, 2005)

de territorial. Para a proteção dos direitos patentários em outros países, deve-se pedir a patente em cada um dos países onde houver interesse de sua proteção.

O Brasil ratificou os principais documentos internacionais relativos à propriedade intelectual⁴. Com base nesses documentos internacionais, foram promulgadas várias normas no Brasil relativas à propriedade intelectual, especialmente após a ratificação do Acordo TRIPS em 1994⁵.

Importa observar que o ordenamento jurídico brasileiro que regula e regulamenta a propriedade intelectual compreende a Constituição Federativa da República e o conjunto de legislações federais, provenientes dos poderes Legislativo e do Executivo, e de órgãos da administração pública, de caráter material, processual e administrativo. Esse conjunto normativo protege as diversas espécies de criações intelectuais (Pimentel, 2005).

Ao se tratar de questões envolvendo o conhecimento tradicional, as legislações sobre propriedade intelectual apresentam diversas limitações, principalmente no que se refere à proteção desse conhecimento. Assim, apesar de haver várias normas regulando e regulamentando a proteção de bens intelectuais e, em alguns casos, protegeram com sucesso o conhecimento tradicional contra o abuso e a apropriação indevida; em casos de biopirataria, ainda permanecem certas dificuldades na sua proteção.

A literatura aponta diversas limitações sobre a proteção do conhecimento tradicional pelos direitos de propriedade intelectual. Uma pergunta pode ser colocada: os direitos de propriedade intelectual protegem os direitos de uma pessoa ou de uma pluralidade de pessoas identificadas? A dificuldade se localiza na identificação das pessoas e comunidades detentoras do conhecimento a ser protegido. Para a proteção da propriedade industrial, como no caso de patentes, a problemática se encontra na determinação de quem tem legitimidade para requerê-la. Outra questão importante é que a propriedade intelectual concede direitos temporários, limitados no tempo; enquanto que o conhecimento tradicional, como as manifestações folclóricas, por exemplo, fazem parte da identidade cultural de um povo e, em razão disso, precisaria de uma proteção permanente (ICTSD/UNCTAD, 2003).

⁴ Entre os quais estão: a Convenção Universal sobre o Direito do Autor (Decreto n. 48.453 de 1960); Convenção Internacional para a Proteção aos Artistas Intérpretes ou Executantes, aos Produtores de Fonogramas e aos Organismos de Radiodifusão (Decreto n. 57.125 de 1965.); a Convenção de Berna para a Proteção das Obras Literárias e Artísticas (Decreto n. 75.699 de 1975); a Convenção de Paris para a Proteção da Propriedade Industrial (Decreto n. 75.572 de 1975; Decreto n. 635 de 1992 e Decreto n. 1.263 de 1994); a Convenção Internacional para a Proteção das Obtenções Vegetais (UPOV), Ata de 1978 (Decreto n. 3.109 de 1999); e o Acordo sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS) da Organização Mundial do Comércio (OMC) (Decreto n. 1.355 de 1994).

⁵ Destacando-se entre eles: a lei sobre a propriedade industrial, a Lei n. 9.279, de 1996; cultivares, a Lei n. 9.456, de 1997; programa de computador, a Lei n. 9.609, de 1998; direitos autorais, a Lei n. 9.610, de 1998; informação não divulgada, a Lei n. 10.603, de 2002; e topografias de circuitos integrados, a Medida Provisória n. 352, de 2007.

Além dessas limitações, outras questões são levantadas. Com relação às expressões culturais, o tema é tratado em termos de direitos autorais. No que se refere à medicina tradicional, por envolver produtos e processos, plantas e animais, as questões têm sido incluídas como temas a serem discutidos em matéria de patentes.

Algumas propostas são apresentadas nesse cenário, na tentativa de encontrar soluções para essas dificuldades, como a criação de sistemas *sui generis* de proteção do conhecimento tradicional ou de mecanismos de proteção *sui generis* para adaptar as normas de propriedade intelectual, dentre outras iniciativas.⁶

Dando especial atenção às patentes, assinala-se que há um consenso quanto ao papel que elas podem desempenhar no incentivo da pesquisa e desenvolvimento (P&D), e inovação. As patentes são consideradas importantes, tendo em vista que a P&D exige custos e riscos elevados, principalmente na área da saúde como os feitos pela indústria farmacêutica, ao mesmo tempo em que elas podem resultar em invenções de utilidade potencial para todos os países (Correa, 2006).

Os direitos de propriedade industrial sobre as patentes proporcionam uma posição jurídica, a titularidade de direitos; e uma posição econômica, a exclusividade sobre a exploração econômica, uso ou gozo dos direitos sobre a patente. A proteção jurídica tende a garantir ao seu titular⁷, a recuperação de investimentos na P&D e inovação em relação a uma tecnologia (Pimentel, 2005). Nesse sentido, o sistema de patentes busca estabelecer um equilíbrio entre a criação de incentivos à inovação e o interesse dos consumidores, de forma a disponibilizar o acesso aos bens imateriais protegidos (Correa, 2006).

Os direitos patrimoniais decorrentes da patente de invenção ou de modelo de utilidade são temporários, vinte e quinze anos respectivamente (no Brasil), e possuem alcance territorial, ou seja, os direitos correspondem àqueles previstos no país em que forem concedidas as patentes.

Pela legislação brasileira, os direitos concedidos ao seu titular são os de impedir terceiros de produzir, usar, colocar à venda, vender ou importar produto objeto de patente ou processo ou produto obtido diretamente por processo patenteado, sem o seu consentimento (LPI, art. 42). Em situações de infração aos seus direitos, ao titular da patente é assegurado o direito de obter indenização pela exploração indevida de seu objeto (LPI, art. 44).

Alguns atos praticados por terceiros podem ser praticados sem ofender os

⁶ No Brasil, pode-se destacar a instituição do Programa Nacional do Patrimônio Imaterial, com a criação de um Registro de Bens Culturais de Natureza Imaterial, que constituem patrimônio cultural brasileiro, pelo Decreto n. 3.551, de 2000. Vale mencionar também a reedição da Medida Provisória n. 2.186-16 (MP), de 23 de agosto de 2001, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado, a repartição de benefícios e o acesso à tecnologia e transferência de tecnologia para sua conservação e utilização.

⁷ De acordo com Pimentel (2005), “[a] expressão ‘titular’ é a designação do sujeito ativo, pessoa física ou jurídica, que possui um direito reconhecido ou declarado por lei a seu favor; portanto, pode ser originário ou derivado. Resulta, pois, que a titularidade na propriedade intelectual é uma qualidade de quem é proprietário”: (22-23).

direitos do titular da patente e não precisam de autorização. Tratam-se dos atos privados e sem finalidade comercial, quando não acarretem prejuízo ao interesse econômico do titular da patente, assim como, dos atos com finalidade experimental, relacionados aos estudos ou pesquisas científicas ou tecnológicas (LPI, art. 43).

Além disso, não se exige autorização no caso de “preparação de medicamento de acordo com prescrição médica para casos individuais, executada por profissional habilitado, bem como ao medicamento assim preparado” (LPI, art. 43) Ainda, permite-se, sem haver necessidade de autorização, a prática de atos por “terceiros que, no caso de patentes relacionadas com matéria viva, utilizem, sem finalidade econômica, o produto patenteado como fonte inicial de variação ou propagação para obter outros produtos”. (LPI, art. 43). Por fim, não precisam de autorização os atos praticados por “terceiros que, no caso de patentes relacionadas com matéria viva, utilizem, ponham em circulação ou comercializem um produto patenteado que haja sido introduzido licitamente no comércio pelo detentor da patente ou por detentor de licença, desde que o produto patenteado não seja utilizado para multiplicação ou propagação comercial da matéria viva em causa” (LPI, art. 43).

Os direitos concedidos ao titular da patente são transferíveis, podendo ser objeto de comercialização, por meio de licenciamento (autorização para o uso, por exemplo) ou cessão (transferência), de forma parcial ou total, onerosa ou gratuita, exclusiva ou limitada. A retribuição paga pela licença ou cessão é designada por “royalties”.

Podem ser titulares de direitos sobre uma patente, as pessoas físicas ou jurídica, nacionais ou estrangeiras. Ainda, pode haver pluralidade de titulares em regime de co-titularidade (LPI, art. 7). Os direitos somente existirão após a concessão da patente. Entre o pedido de depósito de uma patente e a sua concessão, apenas haverá expectativa de direito.

É comum o uso das expressões: autor, inventor e titular. Em regra, o autor do invento (inventor) é a pessoa a quem será assegurada o direito de obter a patente que lhe garanta a propriedade. Em regra presume-se ser ele o titular da patente (LPI, art. 6). Contudo, o titular pode não ser o inventor, mas outra pessoa que tiver o direito reconhecido ou declarado por lei a seu favor, por exemplo, os direitos do empregador sobre as criações do empregado (Arts. 88 a 91 da LPI).

Com relação aos titulares de direitos, no que se referem às comunidades detentoras de conhecimentos tradicionais, como as indígenas, emergem algumas dificuldades quanto ao seu tratamento. Isso porque conhecimentos e práticas relativos à medicina tradicional podem estar associados a um ou mais indivíduos no âmbito das comunidades indígenas. Como exemplo, no caso dos curadores que possuem com exclusividade conhecimentos acerca de métodos de cura, nesta situação trata-se de um conhecimento individual. Em outros casos, o conhecimento é distribuído, estando na posse de alguns, mas não de todos os membros de um grupo. Ademais, há os saberes que se encontram à disposição de todos os membros de um grupo, tratando-se aqui de um conhecimento comum (Correa, 2006).

Não obstante, a Medida Provisória n. 2.186-16/2001 (MP), em seu art. 8, determina que os direitos das comunidades tradicionais e locais conferidos pela proteção do conhecimento tradicional associado aos recursos genéticos, ainda que apenas um indivíduo, membro da comunidade, detenha esse conhecimento, serão de titularidade da comunidade. Assim, será coletiva a titularidade, podendo ser exercida por meio de uma Associação que represente a comunidade. Acrescenta-se que, de acordo com essa MP, os direitos das comunidades tradicionais e locais não afetam, prejudicam ou limitam direitos relativos à propriedade intelectual (MP, art. 8, § 4).

A medicina tradicional, de forma ampla, compreende conhecimentos que podem ser objeto de distintas formas de propriedade intelectual, conforme os requisitos para sua proteção (Correa, 2006; WIPO; WHO, 2006). Diversos elementos da medicina tradicional, como produtos, processos e, em alguns países, usos e métodos de tratamentos podem ser protegidos por meio de patentes. Na prática, nos mais diversos países, há grande quantidade de patentes concedidas nesse âmbito, como patentes de produtos naturais, complexos, composições, extratos, chás e seus respectivos processos de produção⁸.

No Brasil, para se proteger um produto ou processo por meio de patente é preciso seu requerimento perante o Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) que avaliará o cumprimento dos requisitos e condições para sua concessão.

Existem dois tipos de patentes que podem ser requeridas, na esfera da legislação brasileira: a patente de invenção e o modelo de utilidade. Pode-se outorgar patente de invenção a produtos ou processos; e modelo de utilidade de produto. As patentes abrangem as mais diversas áreas tecnológicas, inclusive no setor primário, como agricultura, pesca, pecuária e mineração. Em regra, é patenteável a invenção que cumpra com os requisitos de novidade, atividade inventiva e aplicação industrial. Ainda, é patenteável como modelo de utilidade o objeto de uso prático, ou parte deste objeto, que apresente nova forma ou disposição, envolvendo ato inventivo, que resulte em melhoria funcional no seu uso ou em sua fabricação, e que seja suscetível de aplicação industrial (LPI, art. 8 e 9). Entretanto, há previsão de exceções, quando o produto ou processo, mesmo cumprindo com os requisitos de patente, não são considerados invenções nem modelo de utilidade não podendo assim ser patenteados (LPI, art. 10 e 18).

Algumas considerações quanto às questões que envolvem particularmente a medicina tradicional, com especial atenção para os fitoterápicos, no que tange às patentes de invenção precisam ser feitas. Conforme a lei que regula as patentes no Brasil, para se configurar uma invenção, a novidade deve ser absoluta e a criação não deve estar compreendida no estado da técnica. O estado da técnica é tudo aquilo que é tornado acessível ao público antes da data de depósito do pedido de

⁸ Exemplificando, na China, é possível encontrar no banco de patentes chinesa mais de trinta mil fórmulas da medicina tradicional chinesa. Veja-se: China Traditional Chinese Medicine (TCM) Patent Database <http://TCM.patent.com.cn>.

patente, por descrição escrita ou oral, por uso ou qualquer outro meio, no Brasil ou no exterior⁹. Com isso, tem-se que a grande parte do conhecimento a respeito dos produtos e processos envolvidos na medicina tradicional, transmitida de geração em geração pode torna-se acessível ao público. Quando esse conhecimento é acessado por terceiros, exteriores à comunidade, de forma que estes possam reproduzir os produtos ou processos, não haverá novidade para que se possa patentear. Essa é uma importante limitação ao se pretender à proteção da medicina tradicional por meio de patentes. Contudo, se a o conhecimento não tiver sido divulgado fora da comunidade, ele não perde a novidade e, conforme a situação poderá vir a ser patenteado.

No contexto tradicional existem situações onde os conhecimentos são mantidos em segredo, transmitidos de forma restrita entre as pessoas na comunidade, e conhecido por poucos, como por exemplo, o conhecimento dos curandeiros sobre certas ervas medicinais e diferentes técnicas de cura (Correa, 2006). Esse tipo de conhecimento poderia ser protegido por meio de patentes (se cumpridas todas as exigências legais), e com isso ser revelado. Outra opção seria mantê-lo em sigilo (segredo), o que exigiria o cuidado de todos a fim de manterem o conhecimento em confidencialidade.

Conforme muitos antropólogos têm demonstrado, o conhecimento tradicional é dinâmico e adaptativo (ICTSD/UNCATD, 2003), transformando-se de acordo com as práticas dos indivíduos e comunidades que os mantêm e os utilizam (Correa, 2000). Isso pode proporcionar novos conhecimentos, podendo cumprir com o requisito da novidade para a proteção mediante patentes, além de outras formas de propriedade intelectual.

Ademais, há que se considerar que em alguns países, como nos Estados Unidos, o requisito de novidade é relativo, muitas vezes não se constituindo um obstáculo para obtenção de patentes em medicina tradicional (Correa, 2006). Nesse país, no que se refere à informação divulgada no exterior, para a aferição do estado da arte, apenas é levada em consideração a publicação escrita, e não os usos ou divulgação oral¹⁰.

Com isso, uma forma de assegurar que o conhecimento tradicional não seja patenteado indevidamente por terceiros é a sua documentação. Assim, disponibilizando a informação por escrito, com a criação de bancos de dados para busca e aferição do estado da técnica, especialmente para consulta dos examinadores de patentes, é possível evitar a apropriação por terceiros do conhecimento das comunidades tradicionais que se encontra no domínio público (WHO, 2006; Correa, 2006).

⁹ Contudo, há ressalvas com relação ao período de graça e aos pedidos de depósitos anteriores, nacionais e internacionais (LPI, arts. 11, 12, 16 e 17). Ainda, para fins de aferição da novidade, toda a informação contida em um pedido depositado no Brasil, e ainda não publicada (em regra se mantém sigiloso o conteúdo de um pedido por até dezoito meses), será considerada no estado da técnica a partir da data de depósito, ou da prioridade reivindicada, desde que venha a ser publicado (LPI, art. 11).

¹⁰ Vide United States Code, Title 35, Section 102.

Dentro desse contexto, é possível identificar diversas iniciativas para documentar por escrito o conhecimento tradicional e sua indexação a partir de registros da cultura tradicional e local imaterial¹¹. Tem-se ainda o sistema de classificação internacional de patentes, que atualmente se encontra na nona edição, que criou em sua indexação um grupo especial para identificar os medicamentos baseados em plantas medicinais e conhecimento tradicional associado¹². A China também elaborou um banco de patentes disponibilizando os registros de patentes da medicina tradicional chinesa, com versões em chinês e inglês¹³.

Além da novidade como requisito para se patentear uma invenção ou um modelo de utilidade é preciso haver atividade inventiva ou ato inventivo, respectivamente, e aplicação industrial.¹⁴ A atividade inventiva refere-se àquilo que não decorra, de maneira evidente ou óbvia, do estado da técnica para um profissional da área (LPI, art. 13); enquanto que o ato inventivo refere-se à criação que, para um técnico no assunto, não decorra de maneira comum ou vulgar do estado da técnica (LPI, art. 14). Assim são protegidos muitos medicamentos, inclusive medicamentos inscritos na dimensão da medicina tradicional, desde que atenda às exigências legais¹⁵.

Os medicamentos tradicionais incluem matérias-primas de origem vegetal, animal e mineral, como extratos, complexos, condimentos e preparações à base de ervas (Correa, 2006). Dentre eles, estão os medicamentos fitoterápicos tradicionais:

“elaborados a partir de planta medicinal de uso alicerçado na tradição popular, sem evidências, conhecidas ou informadas, de risco à saúde do usuário, cuja eficácia é validada através de levantamentos etnofarmacológicos e de utilização, documentações tecnocientíficas ou publicações indexadas” (Anvisa. Resolução RDC n. 17/2000).

Disso emergem questões que envolvem a biodiversidade, especialmente no que se trata dos recursos genéticos vegetais. Uma questão fundamental é entender até que ponto uma substância disponível na natureza, para a qual se identifica certo uso (medicinal), pode ser considerada invenção ou mero descobrimento, podendo incidir assim em uma exceção, prevista no inciso I, do art. 10 da LPI.

¹¹ Esta iniciativa tem sido desenvolvida no Brasil por meio do IPHAN.

¹² Essa classificação pode ser acessada on-line no sítio da OMPI.

¹³ China Traditional Chinese Medicine (TCM) Patent Database <http://TCM.patent.com.cn>.

¹⁴ No Brasil, a invenção e o modelo de utilidade são considerados suscetíveis de aplicação industrial na medida em que possam ser utilizados ou produzidos em qualquer tipo de indústria (LPI, art. 15). A aplicação industrial está relacionada à utilidade (veja-se Acordo TRIPS), e em países como nos EUA basta que o produto ou processo tenha alguma utilidade para que possa ser patenteado (US Code, T. 35).

¹⁵ Anota-se que a atual Lei n° 9.279 (LPI) que regula a propriedade industrial brasileira, aprovada em 1996, revogou o antigo Código da Propriedade Industrial (Lei 5.772, de 21 de dezembro de 1971) que não admitia o patenteamento de invenções em diversos setores, inclusive o farmacêutico. O artigo 9[c] da Lei 5.772/71 determinava não ser patenteável “as substâncias, matérias, misturas ou produtos alimentícios, químico-farmacêuticos e medicamentos, de qualquer espécie, bem como os respectivos processos de obtenção ou modificação”. Com a mudança, a legislação brasileira passou a aceitá-las.

No que se refere aos produtos pré-existentes na natureza que são isolados, purificados ou levemente alterados, o entendimento não é consensual no Brasil, encontrando-se na fronteira entre o que são descoberta e invenção. Há entendimentos de que, por exemplo, o extrato de plantas ou moléculas isoladas de plantas, não é passível de patenteamento no Brasil (Vasconcellos, 2005). Contudo, há países, como os Estados Unidos, em que existe possibilidade de patenteamento da forma isolada ou purificada de um produto natural, e de seus genes (Correa, 2006; 258; Bergel, 1996; Bruch & Zibetti, 2006).

Muitos produtos da medicina tradicional constituem-se da combinação de diversos ingredientes ativos ou preparações (extratos e azeites). Essas composições podem se referir a uma simples mistura de ingredientes diversos ou às reações químicas entre eles (Correa, 2006). Nesse contexto, quando moléculas isoladas ou frações de um extrato de planta passam a constituir uma composição farmacêutica, com outros componentes, como adjuvantes e excipientes, pode ser considerada invenção se cumpridos os requisitos para tal (Vasconcellos, 2005).

A partir da interpretação dessa regra, a concessão de patentes para materiais biológicos isolados de seres vivos (metabólicos secundários de plantas e os seus genes) sem a intervenção humana direta em sua composição genética, não seria possível. O que difere da prática norte-americana, que admite esse tipo de proteção (Bruch & Zibetti, 2006).

Com relação aos materiais biológicos produzidos por processos biotecnológicos ou de síntese química, quando o resultado final é uma substância igual a de origem natural, existem diversos entendimentos no Brasil quanto à possibilidade de patenteamento. Há quem considere que a limitação prevista no art. 10, IX, da LPI, incide exclusivamente quando não existe um processo tecnológico associado à produção do determinado material biológico. Dessa forma, quando por meio de um processo tecnológico se produz um material biológico (gene ou prote-ína) idêntico ao natural, seria possível sua proteção. Há ainda aqueles que consideram o seguinte aspecto: o fato de se tratar de material biológico idêntico ao encontrado na natureza impede o seu patenteamento, mesmo que associado a um processo biotecnológico ou de síntese química (Vasconcellos, 2005; Correa, 2006).

Uma substância, por exemplo, uma molécula, produzida por meio de processos biotecnológicos ou de síntese química, apresentando forma ou estrutura diferente da substância encontrada na natureza, quando cumpridos os requisitos de patenteabilidade, poderia se configurar em um objeto de patente (Vasconcellos, 2005), nos termos do art. 18, III e parágrafo único. Já em casos de substâncias idênticas ou distintas das substâncias encontradas na natureza, mas que envolvam um processo de produção, obtenção ou extração das mesmas, é possível o patenteamento, uma vez que se cumpra os requisitos para configurar uma invenção (Vasconcellos, 2005; Correa, 2006).

Quanto às técnicas de cura e métodos de tratamento, a legislação brasileira, conforme o art. 10, VIII, da LPI, não considera invenção nem modelo de utilidade,

as técnicas e métodos operatórios ou cirúrgicos, bem como métodos terapêuticos ou de diagnóstico, para aplicação no corpo humano ou animal. A medicina tradicional apresenta variedades de métodos de tratamento como a acupuntura, o termalismo e a crenoterapia. Nesse sentido, considerando o dispositivo legal, essas terapias não poderiam ser patenteadas.

Cabe mencionar que a lei brasileira não faz referência à patenteabilidade de usos, não esclarecendo quanto à possibilidade desse tipo de patente. Os pedidos de patentes sobre o uso terapêutico de um produto conhecido podem não ser admitidos, sendo tratados como uma descoberta, ou de um tipo de tratamento terapêutico não patenteável no Brasil (Correa, 2006).

Entretanto, em muitos países podem ser outorgadas patentes com relação ao uso de um produto (como uma substância natural já conhecida) e de processos ou métodos (como de diagnóstico e tratamentos terapêuticos). Na Europa, com base no art. 54(5) da Convenção Européia de Patentes, é permitida a patenteabilidade de um produto conhecido para uma nova indicação terapêutica (Correa, 2006; Varella, 2004).

Salienta-se que uma patente, para ser concedida, passa por um exame de forma e de mérito, em que se avalia se o pedido depositado apresenta requisitos básicos para obter o privilégio de invenção ou de modelo de utilidade, quais sejam: novidade; atividade inventiva ou ato inventivo, respectivamente; e aplicação industrial. Ainda, observa-se se o objeto do pedido não incide nos artigos art. 10 e 18 da LPI, no que se refere ao que não é considerado invenção ou modelo de utilidade e ao que não é patenteável. Além disso, deve o relatório do pedido estar suficientemente descrito por um técnico no assunto e, conforme se tratar de microorganismo, esse deve ser depositado, nos termos do art. 24 da LPI. Ademais, quando se tratar de produtos e processos farmacêuticos, a concessão de patentes dependerá da prévia anuência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (LPI, art. 229-C).

Quanto aos pedidos de patentes que envolvam acesso a componente do patrimônio genético ou de conhecimentos tradicionais, eles necessitam apresentar o certificado de procedência legal. Esse certificado trata-se de uma declaração voluntária do interessado no pedido de patente, que servirá para atestar que o acesso foi feito de forma legal no país de origem e que os benefícios foram ou serão repartidos justa e equitativamente, conforme dispõe a Convenção de Diversidade Biológica.

Esse mecanismo fundamenta-se legalmente na Medida Provisória 2.186-16/2001, em seu art. 31, na Resolução n. 23/2006 do Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN) e na Resolução n. 134/2006 do INPI. Ele objetiva rastrear a origem e a legalidade do acesso ao recurso genético ou conhecimento tradicional associado que resultou na patente, de forma a permitir a repartição de benefícios e coibir o patenteamento de produtos ou processos obtidos a partir de acessos feitos ilegalmente.

Por fim, a partir dessa análise, pode-se considerar que o sistema de propriedade intelectual, com destaque às patentes, está se adaptando e criando mecanismos para lidar com as questões concernentes ao conhecimento tradicional. Assim, ao se

tratar de medicina tradicional, importa dar atenção para a possibilidade de estar envolvendo direitos de propriedade intelectual a serem protegidos, seja sobre o aspecto positivo, ao proteger inventos e criações intelectuais, seja pelo aspecto negativo, ao coibir que terceiros se apropriem indevidamente do conhecimento tradicional.

No cenário brasileiro, muitas normas são recentes e estão sendo adaptadas no sentido de buscar sua adequação às necessidades sociais, particularmente das comunidades tradicionais. Isso pode ser observado na atual regulamentação do certificado de procedência dos recursos genéticos e/ou do conhecimento tradicional a eles associados. Sendo assim, é importante dar atenção a essas mudanças, especialmente contribuindo para que elas ocorram no sentido de proporcionar efeitos positivos para a sociedade.

Bibliografia

BARBOSA, Denis B. **Uma introdução à propriedade intelectual**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2003.

BERGEL, Salvador Darío. **Requisitos y excepciones a la patenteabilidad. Invenciones biotecnológicas**. In: **Derecho de patentes**. Buenos Aires: Ediciones Ciudad Argentina, 1996.

CORREA, Carlos Maria. **Propiedad Intelectual y Salud Pública**. Buenos Aires: La Ley, 2006.

BRUCH, Kelly Lissandra & ZIBETTI, Fabíola Wüst. Acordos Internacionais e sua Internalização: um estudo de caso na proteção de plantas no âmbito da propriedade intelectual. In: MENEZES, W. (coord.) **Estudos de Direito Internacional**. Curitiba: Juruá, 2006. v. VII, p. 283-294.

INTERNATIONAL CENTRE FOR TRADE AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT (ICTSD); UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE AND DEVELOPMENT (UNCTAD). International Centre for Trade and Sustainable Development Traditional Knowledge (TK) and Folklore. **Intellectual Property Rights: Implications for Development**. Geneva: ICTSD/UNCTAD, 2003.

PIMENTEL, Luiz Otávio. **Propriedade Intelectual e Universidade: Aspectos Gerais**. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2005.

VARELLA, Marcelo Dias. **Direito Internacional Econômico Ambiental**. Belo Horizonte: Del Rey, 2004.

VASCONCELLOS, Alexandre Guimarães. Propriedade intelectual dos conhecimentos associados ao estudo das plantas medicinais: desafio para gestão autônoma da biodiversidade brasileira. In: LIN CHAU MING *et al* (ed.). **Direitos de recursos tradicionais: formas de proteção e repartição de benefícios**. Botucatu: UNESP, 2005.

WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION (WIPO). **Intellectual Property and Traditional Knowledge**. Booklet 2. Geneva: WIPO. Publication n. 920(E)

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Public health. Innovation and Intellectual Property Rights**. Report of the Commission on Intellectual Property Rights, Innovation and Public Health. Geneva: WHO, 2006.

A Proteção da Diversidade Sociocultural

MIRIAM CHAGAS

Retomarei a noção de processo que aparece no relato das diversas experiências expostas durante a I Reunião de Monitoramento de Medicina Tradicional Indígena, promovida pela Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. Assim como visualizamos análises indicando que no campo da saúde está em curso um processo de medicalização, do ponto de vista antropológico da proteção jurídica da diversidade cultural qual seria esse processo? Qual seria o pano de fundo que permite, hoje, estarmos falando de saúde diferenciada e de proteção aos conhecimentos tradicionais?

Vê-se que as diferentes exposições aqui apresentadas permitem recuperar a historicidade, a noção de Estado, pois estamos falando de uma proteção que é jurídica e estatal. O processo de reconhecimento dos direitos diferenciados tem como marco a Constituição de 1988. Essa proteção está ancorada e apoiada pela novidade, ou seja, por uma modalidade legal, como, por exemplo, o artigo 231 referente aos direitos dos índios de serem respeitados em suas crenças, costumes e tradições. Temos referências constitucionais que asseguram os processos próprios de ensino-aprendizagem indígenas. Essa série de direitos é garantida no âmbito constitucional no momento em que se apresenta essa nova feição do Estado Brasileiro que, por sua vez, se declara pluriétnico, na medida em que ao respeitar as diferenças, ele garante o reconhecimento do espaço político das mesmas. Nós estamos buscando assegurar “alguma coisa” no plano jurídico e estatal.

Esse nível de proteção se situa num cenário histórico anterior, marcado pela perspectiva do integracionismo econômico e assimilacionismo cultural. Trabalhamos com essa proteção jurídica num imenso espaço histórico que denomino de “vazio de reconhecimento”. Existe uma enorme demanda por respeito, valorização e reconhecimento dessas populações, desaguando na possibilidade de reconhecimento estatal e propiciando uma guarida associada à nova visão de que o Estado pode ser também o garantidor desse tipo de proteção. No plano mais geral, todas as outras legislações infraconstitucionais ou instruções normativas, que visam regulamentar essa proteção, são desdobramentos da proteção jurídica estatal. Só que, é óbvio, na prática não há propriamente um ponto de partida, como se agora todos os índios tivessem uma proteção jurídica e o mundo começasse aqui. Não! Nós chegamos nas aldeias e encontramos uma série de situações, contextos históricos e processos diferenciados, inclusive sob as muitas implicações produzidas pela incidência de um regime tutelar altamente autoritário, cujos efeitos sociais produzidos são enormes. Para abordar a questão da diversidade cultural temos que analisar também esses efeitos.

O que seria garantir essa proteção jurídica para certos grupos indígenas no momento em que eles foram impedidos de falar a língua, impedidos de uma série

de práticas, enquanto outros tiveram, ou ainda têm, uma relação de maior autonomia com o Estado? Embora a tutela do ponto de vista jurídico-estatal tenha caído – a Constituição de 88 é um marco, por dispor que os índios têm, por exemplo, capacidade processual –, é importante explorar a idéia: como operar efetivamente com essa visão de direito estatal protetor e com o desafio de enfrentar as seqüelas deixadas por um regime tutelar?

Nesta outra dimensão passamos a falar da perspectiva de “sujeito de direitos”. Mas o que significa ser titular de direito nesse contexto histórico? Numa realidade em que você encontra os índios, não naquela situação idealizada, do tipo: “Nós temos aqui um coletivo, uma tradição que deve ser respeitada”? Diante disso, basta acionar a máquina estatal de respeito à diferença? Sendo a saúde indígena diferenciada, por um desdobramento desse patamar de proteção jurídica, o que encontramos, muitas vezes, é esse diferenciado sendo expresso simplesmente num nível de proteção para acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, está se referindo àqueles grupos ou situações em que um posto de saúde se constitui num emblema de acesso ao espaço político da cidadania. Por outro lado, reconhecer o diferenciado pode englobar um plano mais profundo de conversação, ou seja, o diálogo entre sistemas culturais e que hoje foi proposto por Gilton Mendes como um diálogo entre filosofias, entre distintas ontologias.

Então, o significado que esse campo da proteção assume vai além do que a gente pensa ser uma demanda por reconhecimento de propriedade intelectual. Estamos num cenário de demanda por uma interlocução para ocupar espaços de cidadania e que inclui o reconhecimento, a valorização e o respeito a estes sujeitos. Mas o que assegura o respeito e a valorização? A legislação vigente dá conta de assegurar o respeito? Se respeitar é valorizar, há uma forma do Estado conhecer a diversidade para valorizá-la?

Observamos que historicamente as instituições estatais praticaram uma “forma de conhecer” e de “pensar” baseadas na produção de desconhecimento e mesmo de eliminação da diversidade cultural, dando margem à exploração predatória da multiplicidade de recursos presentes nas terras indígenas. Neste tipo de postura, “conhecer” é uma forma de controle exercitado através de classificações, registros, cadastros e catalogações. Mas, por outro prisma, também há uma forma de conhecimento, de inter-conhecimento, ou melhor, de re-conhecimento, se introduzindo como um saber conhecer de novo, como um saber olhar para respeitar a diversidade cultural. Aqui você trabalha com a idéia do novo direito, das novas metodologias e dos novos sujeitos. Tudo parece novo nesse sentido.

No campo do reconhecimento, que não por acaso envolve uma série de projetos em nome da saúde indígena diferenciada, obtém-se uma interlocução, um espaço de valorização em que o “outro” é visto como um sujeito de enunciação, um sujeito que fala, que é porta-voz de suas demandas ou que toma para si algum nível de representação política. Na minha visão, é importante manter a indagação: esse campo de proteção jurídica-estatal, de fato, está assumindo qual significado? Ele

está sendo praticado na perspectiva de construção cidadã de uma lealdade ao Estado? Há entre os índios uma confiança de que o Estado vai dar conta dessa atribuição? Como fica a implementação desse paradigma de ação estatal face aos sistemas sociais e culturais em que operam outros níveis de proteção e de lealdades locais como as familiares, as intergrupais, sem mencionar aquelas que distorcem as relações com o Estado por se imporem na base de regimes de clientela e patronagem?

Se considerarmos que em nome da proteção à diversidade cultural também estamos falando desse horizonte da presença estatal, pois o Estado tomou para si a idéia de que ele vai proteger, ofertar e prestar uma saúde indígena diferenciada, ainda permanece a indagação sobre o significado desse diferenciado no gradiente dos contextos e histórias recuperadas aqui. Neste sentido, também temos o modo com que pessoas e grupos indígenas podem estar interpretando o significado do diferenciado. Uma vez ouvi uma kaingang ressaltando que: “O diferenciado para nós é o do branco, o diferenciado que a gente quer é o do branco”. O que significa essa semântica do diferenciado? Então, apresentam-se qualidades de um diferenciado que é a proteção jurídica para garantir o acesso àquilo que historicamente não se teve acesso, que foi negado. Ainda neste ponto, o diferenciado transcende, reportando a uma espécie de “viagem de volta”, que almeja a proteção para restabelecer conexões com o passado, com a história, com expressões culturais que foram perdidas, suprimidas ou ignoradas. O diferenciado assume uma posição onde podemos trabalhar com a perspectiva de reparação de direitos.

Muito interessante que entre as pesquisas apresentadas falou-se sobre como há entre grupos indígenas um círculo de possibilidades que inclui uma espécie de “roubar” e “dar”. Isso nos lembra que o Estado também tem a sua taxonomia, ele pode reparar, ele pode compensar. Por exemplo, quando o direito assume uma dimensão de reparação, isso significa que eu vou devolver aquilo que eu tirei. Mas o que é preciso fazer quando um grupo social perdeu a sua língua e os seus conhecimentos tradicionais? Uma leitura indígena de uma perspectiva compensatória na duplicação de uma determinada rodovia construída sobre uma Terra Indígena já me foi manifesta nos seguintes termos: “Bom, eu tirei as suas pernas e agora eu posso te dar uma muleta”. Neste caso, se tentaria compensar, mas “suas pernas não voltam”. Sob este cenário pode haver qualquer relação entre proteção à diversidade e ações de cunho compensatório? De toda sorte, entre os agentes que querem com profundidade estar debatendo a lógica da propriedade intelectual e da repartição de benefícios, que pode a ela estar associada, existe o prisma de fortalecer uma real proteção à diversidade. Neste caso é justo que se pense criticamente sobre as possibilidades das práticas compensatórias e de sua abrangência.

Essas situações nos levam a perguntar sobre o papel exercido pela proteção jurídica? Cabe tudo nessa proteção? Quando se dá no plano do reconhecimento jurídico, ela pode, por exemplo, propiciar o diálogo entre sistemas de sentido, entre cosmologias ocidentais e indígenas? Qual é o nosso alcance? Vê-se que a questão remete à existência de uma demanda represada que passou a

ser balizada por essas garantias estatais fazendo com que, de modo geral, se perdesse um pouco o horizonte do que se estava mesmo querendo assegurar. Uma coisa ficou clara aqui hoje: até então foi muito importante assegurar o espaço de validação desses interlocutores, criar o espaço de diálogo. Isso foi realmente um caminho profícuo dentro da disputa por essa nova feição estatal de um Estado democrático, construído também como prática de promoção de direitos. Então, criar esse espaço dialógico vai ao encontro desse Estado pluriétnico que foi declarado na Constituição.

Mas existem outras visões de Estado que são operantes: o Estado autoritário, o Estado interventor, o Estado gestor. Nesta Reunião estamos nos referindo a uma série de Estados. Como podemos, de alguma forma, alcançar um horizonte de trabalho em que esses contextos também sejam avaliados? É importante em todos esses projetos refletir sobre o seguinte: estou ancorada nesse sistema de proteção à diversidade, então, o mais perverso, o ponto número um do que poderia ser uma distorção brutal, é dizer que estamos atuando em nome da proteção da diversidade, do direito à diferença, desse status político que foi conquistado numa abertura democrática na Carta Constitucional e, na verdade, estamos fazendo outra coisa. Quer dizer, garantir este espaço de proteção foi uma luta histórica e podemos estar fazendo outra coisa que não isso. Sendo assim, é fundamental tomarmos consciência e situarmos essa problemática. Esses projetos asseguram o quê? A proteção jurídica assegura o quê? Podemos até problematizar e refletir sobre essa idéia de se estabelecer automaticamente esse paralelo entre sistemas de saúde, em que a do indígena é referida como medicina tradicional. Essa forma de abordagem não estaria representando novamente a preeminência de linguagens que são utilizadas de modo a beneficiar os termos e lógicas onde correntemente operam os agentes da sociedade abrangente?

Nesses projetos que foram problematizados hoje pela manhã¹, por exemplo, o que é importante assegurar? Se os mesmos se apresentam em nome da medicina tradicional, então tem que existir um canal de comunicação com a dimensão da real proteção aos conhecimentos tradicionais. Se não, temos que, no mínimo, retirar essa cortina de fumaça, fornecer um horizonte, um norte, e perguntar seriamente: não devemos debater nestes projetos, por exemplo, o papel do sistema de expressão oral em relação à capacidade que temos de efetivamente proteger esses saberes? Por um lado, é importante notar que fixar a “escrita” como a forma de registrar conhecimentos cria uma outra relação com a memória coletiva e social que nestes grupos, historicamente, vem sendo transmitida oralmente. Uma das implicações, inclusive com status jurídico, de se obter a propriedade intelectual é que a mesma configura um registro escrito. É isso que queremos? É o direito que queremos assegurar? Ou seria a transmissão oral desses conhecimentos de geração a geração?

¹ Referência à apresentação dos Projetos de “Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais” e de “Valorização dos Saberes e das Práticas Médicas dos Povos Indígenas do Leste de Roraima”.

Entre outras questões apresentadas por Thiago Ávila, ele tentou recuperar a noção de propriedade entre os Timbira. Mas eu tendo a problematizar essa noção: uma coisa é a propriedade no sistema de sentido da sociedade ocidental, desse querer ocidental que patrimonializa dentro de uma lógica do individualismo proprietário. Todas aquelas situações que foram apresentadas pelo antropólogo não impedem o uso social, o uso ritual. Já o direito de propriedade, em certa lógica patrimonial, também se referiria ao direito de não usar, uma espécie de “reter” pela propriedade. Você tem um apartamento, mostra a escritura e pode, inclusive, não utilizá-lo durante vinte anos. Este fato não acontece no contexto dos povos indígenas. Ao contrário, os indígenas se aproximam do sentido em que eles afirmam o ser social, o uso social, e não prescindem dele. Estabelecemos uma nova relação quando introduzimos a noção de propriedade. Por exemplo, na discussão sobre as patentes: o que é importante assegurar? A que tipo de distribuição de benefícios essa discussão está se referindo? Ela assegura a distribuição num sistema de uso social ou mesmo ritual? O que é importante assegurar é esse regime de relacionamento com os seres, com as plantas, com o uso social, com o círculo das reciprocidades. Asseguramos essas questões pagando *royalties*?

Primeiramente, existe uma diversidade no que se refere ao conhecimento tradicional, mas quando falamos a partir de uma discussão estritamente farmacêutica, o que eu vejo é que essa gama de diversidade vai sendo rapidamente processada como unicidade, ou seja, é reduzida a um princípio ativo único, a uma molécula. Em nome da diversidade passa-se a promover uma série de outros usos que ironicamente desconsideram ou mesmo impedem um tipo de vida calcado na capacidade que os índios têm de apostar na imagem da vida social, de viver em comunidade, contanto com conhecimentos que são disponibilizados socialmente, e que são, justamente, o que a sociedade como um todo está perdendo com o individualismo exacerbado. Deste modo há um escamoteamento da realidade, pois dizemos que vamos reconhecer e proteger a diversidade e estamos fazendo outra coisa. E isso tem que ser descortinado, isso tem que ser pontuado. A sensação é ambígua, se insinuando como um “atalho”, dificultando ou mesmo impedindo o próprio caminho. Neste sentido, parece que vivemos permanentemente sob um descompasso: afirmamos que estamos indo numa direção mas, de fato, estamos indo para outra. Para não perpetuar tal situação nós precisamos realmente saber em que espaço estamos atuando. Nós estamos situados no ambiente do reconhecimento de direitos, de direitos relativos à diversidade cultural, em que há toda uma possibilidade de respeitar modalidades de vida.

As dificuldades vão se agravando, porque em campo não nos deparamos com a vida tradicional intocada. O que existe, por exemplo, no Sul do Brasil, entre os kaingang, é o “viver nas duas culturas”. Enxergar essa modalidade de vida é também compreender que os índios enfrentam problemas ao viver esse processo histórico que os impediu, inclusive, em certos casos, de falar sua língua, ao mesmo tempo em que tinham que lidar com a introdução no seu dia-a-dia de um sistema mercantilista

exploratório. Frente a essas circunstâncias, os indígenas sofrem de problemas vividos pela sociedade como um todo e que são decorrentes da necessidade de sua inserção no mercado para se manterem “existindo”. Não podemos desconsiderar o avanço dessas iniciativas de reconhecimento, que se assentam na real apropriação dos índios dos espaços de representação política, mas que a mesma seja igualmente acompanhada pelo reconhecimento de sua representatividade sociocultural. Agora, se há esses outros espaços para garantir a representação política, é fundamental que seja problematizado esse contexto dilemático em que hoje estão inseridas as culturas indígenas. Constantemente emerge o discurso de que a cultura precisa ser resgatada. Mas, cultura se resgata? Os índios aos poucos estão problematizando essa questão. Essa situação também está aparecendo nesse leque do reconhecimento da diversidade, de reconhecimento do direito.

Todas essas questões trazem implicações. O reconhecimento de direitos se dá também num campo de impactos gerados pela forma de utilização do próprio sistema jurídico estatal. Quer dizer, está em curso um processo de formação de sujeitos políticos, muitas vezes numa lógica que supõe um feixe de direitos e deveres dos indivíduos considerados isoladamente. Pois, igualmente, falamos de responsabilidades, de deveres profissionais nos quais os índios estão, freqüentemente, envolvidos já trabalham contratados como agentes de saúde. Nessa interação, como dizem os índios, desse “viver nas duas culturas”, aquela alteridade radical a ser respeitada, ou mesmo a capacidade de garantir a confrontação entre diferentes sistemas de sentido, parece ficar cada vez mais distante. Isso porque tem camadas e camadas subjacentes a essas situações dilemáticas e, tantas vezes, paradoxais, que incluem uma lógica de mercado que reflete não somente na vida dos grupos, mas no próprio uso que fazemos de um sistema legal que, a princípio, é garantidor de direitos socioculturais.

Por exemplo, a questão aqui referida sob a denominação de “detentores de conhecimento”, também não estaria absorvendo um pouco dessa lógica privada? Coloco em questão essa noção de detentores. Por que, em vez de se referir a essas pessoas como detentores, não usamos a noção de conhecedores? É difícil sair desse jogo de espelhos, que replica nossas noções, atualizando essa idéia de um saber “sabichão” que não se complementa e que é enciclopédico. As pesquisas de campo mostram que nos grupos indígenas cada pessoa tem um “lugar no mundo” e que o mesmo até pode ser transmitido de pai para filho, mas isso não implica que uma apropriação familiar, de um grupo doméstico, ou mesmo individual, em relação a um dado conhecimento ou recurso, impeça que o nível de “uso em comum” desses conhecimentos esteja bloqueado. O fato de alguém ter um “lugar no mundo”, de ter um conhecimento, no caso de ter essa posse, não significa que você está confirmando uma visão do individualismo proprietário de que estou falando, que não tem compromisso de manter um uso em comum. Neste sentido analítico, o ponto a ser realçado é justamente esse “uso em comum”. Embora uma série de conhecimentos sejam partilhados, temos casos em que certas pessoas são os conhecedores

de aspectos culturais importantes. Por exemplo, no caso do ritual do Kiki, entre os kaingang, cada um dos componentes da cerimônia conhece uma reza para entoar, mas o ritual toma existência no “em comum”, no conjunto das rezas que se adicionam umas às outras. Esse é o sentido que assume a noção de comunitário. Não quer dizer que haja uma homogeneidade, que todos fazem o mesmo, ou possuem os mesmos conhecimentos ou acesso igualitário a eles. O comunitário se aproxima disso que temos no ritual, onde cada um faz a sua parte para compor o todo.

De nosso lado, o que acontece com esses projetos todos? Eles demonstram que para a nossa sociedade só tem lugar no mundo, no nosso sistema, quem é assalariado, quem é parteira, quem está inserido. Então, a coisa se torna uma disputa. Por isso a relevância do direito à diversidade cultural, para fortalecer essa dimensão do compartilhamento dos diversos conhecimentos na perspectiva do direito coletivo. Por quê? Vocês ouviram, por exemplo, a noção de propriedade intelectual exposta por Fabíola Zibbeti e que apresenta o conhecimento tradicional como patrimônio cultural. Por um lado, ainda se mantém associada a questão da legislação de propriedade intelectual uma noção patrimonializada; mas, por outro, já se visualiza a dimensão cultural sendo considerada como o que porta essa possibilidade do “existir em comum”. Quer dizer, que há uma preocupação de se garantir uma política pública, não como um conchavo de interesses particulares, mas sim como uma arte da convivência, de poder partilhar coisas diferentes entre diferentes mundos em um conjunto maior. Há espaço para reagir, mas a resistência não é a um Projeto, a uma Secretaria, a um Ministério, a resistência deve ser a uma geocultura, a um sistema de sentido, a uma filosofia que quer nos convencer que tudo se resume a um jogo de ganha/perde. Por outro lado, com a defesa da diversidade cultural nós estamos sempre tentando, de certo modo, fortalecer esse espaço de tensionamento a esse regime de relações mercantis extremamente englobador e desigual.

Ao mesmo tempo em que realidades e mecanismos pré-existentes dificultam a atuação e a própria leitura dos fenômenos, é interessante ver, no bojo de apresentação dos Projetos, que se falou muito de “gestação”, de que o trabalho foi como “um parto”. Tudo isto nos traz vivamente a idéia de que, de fato, pode estar “nascendo” alguma coisa nova. Trabalhamos no âmbito da pesquisa de doutorado², sobre reconhecimento de direitos de territórios de quilombos, com a idéia de que neste processo de participação os envolvidos podem estar, em alguma medida, exercitando uma espécie de “papel parteiro”. Assim, o que é esse novo também? Esse é um novo sujeito, uma nova relação, um novo regime de relacionamento que está sendo proposto em contraposição a práticas autoritárias que sempre vicejaram na relação do Estado com as sociedades indígenas. Você pode dizer que essas relações são mais coloniais, menos coloniais, mais democráticas, menos democráticas, mas elas também estão

² CHAGAS, Miriam de Fátima. “Reconhecimento de direitos face aos (des)dobramentos da história: Um estudo antropológico sobre territórios de quilombos”. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PPGAS/UFRGS, Porto Alegre, 2005.

nesse campo da construção da pessoa. Nós não podemos colocar tudo dentro desse percurso, desse caminho do plano do reconhecimento jurídico. Há uma série de diálogos, conversações filosóficas, ontológicas que a sociedade precisa realmente enfrentar. Mas ao mesmo tempo a gente não pode tentar dar conta de tudo isso sem perguntar: bom, num primeiro momento, do que podemos dar conta?

Esse próprio processo aqui de reflexão, de produção de conhecimento crítico também garantido fora do espaço da universidade é um avanço. E ainda representa a possibilidade de colocarmos em xeque óticas que vêem a universidade como único pólo promotor de pesquisa. Além disso, esse enfoque parece que convenientemente isola a produção de conhecimento universitário como algo que seria em si mesmo puro e descolado do que os “outros” estão fazendo, aqueles “do Estado”. Ora a própria Universidade Pública figura como parte do Estado brasileiro e é financiado por ele. E por que, então, somente dela espera-se conhecimento crítico e não aqui? Não se está justamente buscando, ao contrário, que mais setores do Estado dêem conta de reconhecer a diversidade? Para isso precisamos saber conhecer, conhecer para respeitar, democratizando as relações.

Nesse espaço de conversação, estamos testemunhando a prevalência de uma visão de conjunto do que podem ser ações estatais combinadas. A esfera do Estado incumbida de promover as medicinas tradicionais indígenas, executando e produzindo conhecimento crítico. Papel que, dentro do predomínio daquela noção de “divisão social do trabalho”, não estaria associado imediatamente a essa esfera, mas que a partir desse lugar, o Estado também pode oferecer esse tipo de serviço. Ainda que possamos realizar toda uma discussão sobre o que afinal estaria sendo ofertado, podendo ser apenas “serviços simbólicos”, eu penso que se analisarmos esses projetos como um todo, vendo o que realmente eles podem focar, o que eles podem priorizar em termos de fortalecer uma discussão de direitos coletivos, de práticas com maior intensidade democrática na relação entre os conhecimentos, eles trazem benefícios a implementação mais adequada de toda essa legislação. Neste sentido, passamos a fortalecer uma idéia de que é necessário efetivamente proteger alguma coisa.

Outro aspecto interessante da apresentação da Fabíola Zibetti sobre propriedade intelectual e que merece ser destacado, é que fica visível que no sistema capitalista há de fato uma tendência forte de produzir uma redução do que são as diversas dimensões da vida social, no sentido de superdimensionar o uso comercial e econômico. Cria-se no sistema de mercado que cada vez mais aprimora o que se quer proteger, daí esse preciosismo de que, ao fim e ao cabo, é a propriedade, no sentido privatista, que está sendo protegida. Então, face a essa realidade gritante, é importante que nesse percurso volte-se à diversidade cultural e que sempre seja assegurado espaço para a indagação sobre o que é importante proteger. A questão indígena, na minha visão, levanta todas essas questões e nos permite empreender uma leitura de fundo que transcende a uma compreensão superficial de todos esses eventos que estamos assistindo quanto a capacidade de respeitarmos e protegermos as culturas indígenas, de fato.

Causou-nos perplexidade ouvir de um representante do Ministério da Saúde que grande parte dos recursos da saúde foram destinados para hospitais de referência. Aparentemente, o sistema oficial de saúde está meio confuso no que se refere à suas prioridades, do ponto de vista econômico, já que se dispôs de um valor quantitativamente relevante que foi captado pelo sistema de referência hospitalar. Isso significa alijar ou não as prioridades que podem ser estabelecidas com e pelos índios nesse processo de saúde diferenciada? Então, para pensar essa visão processualista apresentada por esse universo de projetos no que se relaciona ao reconhecimento da diferença como sendo ofertada pelo plano estatal, não podemos nos furtar de avaliar o predomínio de lógicas que impedem e mesmo desconstituem a qualidade das relações dos grupos indígenas com os conhecimentos tradicionais.

Ainda é oportuno referir outras experiências que nos fazem pensar os aspectos que impulsionam o reconhecimento dos direitos socioculturais. Existe a situação de ter sido consignado na Constituição Brasileira, no artigo 68, pela primeira vez no Brasil, o reconhecimento dos direitos territoriais dos remanescentes de comunidades de quilombos. Até então não havia nenhuma previsão legal de regularização fundiária para as comunidades afro-brasileiras. O direito à diversidade sociocultural foi um caminho para que grupos sociais tivessem uma nova relação com o próprio universo de reconhecimento estatal. Neste sentido, temos uma possibilidade de pensar: pode o direito – como indaga o professor Boaventura de Sousa Santos (2003) – proteger? Ele pode avançar e ser utilizado para fortalecer relações mais democráticas entre conhecimentos? Também o pesquisador Alfredo Wagner (2005) afirma que essa possibilidade de reconhecimento no plano jurídico foi instrumento de “múltiplas passagens”, no caso dos quilombolas que passaram a ter garantias constitucionais. Ele mostra que existe, como na questão indígena, a constituição do sujeito de direito, que é também um sujeito político. Lutemos para que esse sujeito seja reconhecido como um sujeito coletivo. O nosso problema refere-se à perda da capacidade de apostar no uso em comum da terra, de pensar o uso de acordo com a necessidade, o “todos nós juntos”, como dizia o poeta Neruda. É essa dimensão que está fragilizada. A discussão de propriedade intelectual nos serve? Se vejo que essa questão está apostando excessivamente numa visão de propriedade privada, no individualismo proprietário, é importante que ela seja reorientada para o debate do reconhecimento da diversidade cultural, dos conhecimentos tradicionais em sua dimensão coletiva.

Diante de uma situação social não-dialógica, em que nenhuma dimensão comunitária e coletiva possa se colocar de forma a não ter que pedir desculpa, ou de forma a não ser acusada de criar “problema” para a ótica estritamente mercadológica, é necessária uma visão crítica para esse padrão de que naturalmente tudo teria seu preço. Existem outras possibilidades de encaminhamentos que esses e outros projetos estão trazendo à luz. Tem, por exemplo, grupos indígenas na América Latina que receberam *royalties*, mas os recursos daí advindos foram deixados no banco, pois afirmavam que o dinheiro só traria problemas porque iriam brigar por causa daquele recurso. Entre outras soluções encontradas, fazendo frente à prevalência da

lógica de obtenção de lucro, temos aquela que foi exposta nesse encontro, sobre aquele grupo indígena que ao ganhar mil reses socializou o recurso redistribuindo-o numa festa de todos. Vimos que abordar a questão de proteção, no plano da diversidade cultural afeta estruturas de poder há muito estabelecidas dentro de uma burocracia estatal que informa “o tempo da intervenção”. Não é fácil para as pessoas deixarem de operar com lógicas e mecanismos de compressão dos espaços/tempos locais e que tanto resistem no âmbito da ação dos agentes que ignoram os modos com que os grupos se organizam e se expressam. Essa dinâmica pré-existente funciona como uma “apropriação onipotente”, que destituiu o lugar social daquele sujeito/conhecimento que se recusa a se tornar objeto de uma intervenção desqualificadora, de maneira que não basta se apropriar, há que se destituir os sentidos sociais que se insurgem contra a supressão do “tempo da troca de experiências”, da possibilidade da reciprocidade. Essa é uma chave de leitura dessas situações e que merecem uma abordagem profissional que destaque cada um dos aspectos discutidos.

Se vamos empreender um esforço de reconstituição do que foi destruído ou que está constantemente ameaçado por essas lógicas e modelos de exploração, é necessário ver o campo do direito na sua capacidade de promoção. O direito tem uma vertente que é a hermenêutica jurídica,³ ele se desenvolve também no campo discursivo, no campo do entendimento, e por isso mesmo, o direito se oferece como a possibilidade de se constituir um espaço de argumentação e contra-argumentação. Nesse sentido, a voz de outros grupos que nunca se fizeram presentes pode entrar em cena. Comunicamos outra perspectiva quando restabelecemos pontes, canais dialógicos. Mas todo mundo pergunta sobre soluções rápidas e práticas. Vimos que esse trabalho que envolve a medicina tradicional indígena assegura várias linhas de ação, possibilidades de intensificar relações e regimes de relacionamentos menos autoritários, menos despóticos, menos desapropriadores. Esse trabalho está gestando uma possibilidade de ver o mundo num campo em que há um reconhecimento mútuo mínimo. No geral este cenário acena com um excelente fluxo de pesquisas e uma aposta muito grande nessa capacidade de intensificar as relações de conversação e democratização dos espaços. Porque, como vimos, essa proteção jurídica também surge como resposta a um cenário integracionista, assimilacionista, de total desrespeito. Sabemos que não é simplesmente consignando a Constituição que se desmonta essa lógica. Contudo, há essa historicidade que foi apresentada e dela também fazemos parte. Ela está colocada quando a palavra da Luciane Ferreira enfatiza “os sujeitos históricos”, o que, em realidade, é o que se faz aqui mesmo: uma espécie de contra-história, aquela da valorização, do enriquecimento mútuo, do compartilhamento. Essa outra perspectiva entre nós mesmos, foi atualizada nesse encontro, pois estamos numa relação de “troca generalizada”. É enfim encorajador

³ Ver BECKHAUSEN (2000) sobre hermenêutica constitucional e cultura indígena.

ver que, fazendo valer essa outra forma de nos relacionarmos, experimentamos a própria diversidade com a qual estamos trabalhando para que seja reconhecida e levada a sério.

Bibliografia

ALMEIDA, Alfredo Wagner de. **O Projeto vida de negro como instrumento de múltiplas passagens. In: Vida de Negro no Maranhão: Uma experiência de luta, organização e resistência dos territórios quilombolas.** São Luís: SMDDH/CCN-PVN, 2005.

BECKHAUSEN, Marcelo Veiga. **O reconhecimento constitucional da cultura indígena. Os limites de uma hermenêutica constitucional.** Dissertação de Mestrado em Direito, Departamento de Direito, Universidade do Vale do Rio do Sinos. São Leopoldo, UNISINOS, 2000.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Poderá o direito ser emancipatório? **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, nº 63, 2003.

O Desenvolvimento das Políticas Nacionais sobre Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa

ÂNGELO GIOVANI RODRIGUES

Nesta palestra discorrerei sobre o processo de desenvolvimento das Políticas Nacionais voltadas para o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina como Medicina Tradicional/Medicina Complementar Alternativa. Essas políticas nacionais são: Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS).

O Governo Federal instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial para elaborar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, em virtude das vantagens e oportunidades que o país oferece para desenvolvimento do setor, tais como: a grande biodiversidade; ampla diversidade cultural e social; o conhecimento tradicional sobre o uso de plantas medicinais; tecnologia para validação do uso dessas plantas; interesse institucional de desenvolvimento de programas e produtos, demonstrado pela crescente demanda dos municípios brasileiros em implantar programas de fitoterapia no SUS; crescimento do mercado de fitoterápicos, que atualmente está em torno de 10 a 14% ao ano; possibilidade de contribuir na redução da dependência de insumos importados utilizados na fabricação de medicamentos; e, finalmente, o grande potencial dos fitoterápicos como importante fonte de inovação em saúde. Outra vantagem para o desenvolvimento do setor no Brasil é o grande número de estabelecimentos agropecuários de pequenos agricultores e de agricultura familiar com potencial para produção de plantas medicinais.

Neste contexto, os princípios que nortearam a elaboração da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foram: ampliação das opções terapêuticas aos usuários do SUS; maior inclusão social e desenvolvimento da cadeia produtiva como um todo; articulação das ações entre os diversos Ministérios com competência na cadeia produtiva; fortalecimento da indústria nacional na área de fitoterápicos; desenvolvimento científico e tecnológico; redução da dependência tecnológica; enfrentamento das desigualdades regionais e inclusão social; uso sustentável da biodiversidade; valorização, valoração e preservação do conhecimento tradicional; e a interação entre os setores público e privado.

A demanda por uma Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos para o país é antiga. Em 2001 o Ministério da Saúde, criou um Grupo de Trabalho que elaborou uma proposta de Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Essa proposta foi validada em fórum nacional, contando com quatrocentos e sessenta participantes de todos os setores envolvidos com a cadeia produtiva que, em função da mudança de governo, não se consolidou, mas que se constituiu em um importante instrumento para elaboração da nossa atual Política Nacional.

A estratégia de elaboração da Política Nacional foi a criação, em fevereiro de 2005, de um Grupo de Trabalho Interministerial coordenado pelo Ministério da Saúde com participação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Casa Civil da Presidência da República, Integração Nacional, Indústria e Comércio, Desenvolvimento Agrário, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Optou-se pela distribuição destas representações em quatro subgrupos de trabalho nas seguintes áreas: regulamentação sanitária; cadeia produtiva e desenvolvimento sustentável; pesquisa e desenvolvimento; e acesso às plantas medicinais e fitoterápicos. O grupo da regulamentação sanitária ficou sob a responsabilidade da Anvisa, que discutiu todas as demandas de regulamentação ou necessidades de adequação das já existentes. O grupo da cadeia produtiva e desenvolvimento sustentável ficaram sob a responsabilidade dos Ministérios da Agricultura e do Meio Ambiente; o grupo de pesquisa e desenvolvimento com o Ministério da Ciência e Tecnologia; e o de acesso às plantas medicinais e fitoterápicos com Ministério da Saúde. Cada grupo contou com a participação de representantes de todos os outros Ministérios, além de especialistas. O trabalho desses subgrupos configurou-se em uma construção coletiva. Os subsídios para a elaboração dessa proposta de Política Nacional foram as recomendações das Conferências Nacionais, dos Fóruns, Reuniões Técnicas, além da consulta a legislação nacional e internacional.

O objetivo geral da política é garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. É uma Política ampla que trata de toda a cadeia produtiva de plantas medicinais e fitoterápicos.

Entre as diretrizes da Política pode-se citar: a regulamentação do cultivo, manejo sustentável, produção, distribuição e uso de plantas medicinais e fitoterápicos; a promoção da formação técnica e científica e a capacitação do setor de plantas medicinais; o incentivo à formação e capacitação de recursos humanos; o fomento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico com base na biodiversidade brasileira, abrangendo espécies nativas e exóticas adaptadas; a promoção da interação entre o setor público e a iniciativa privada, universidades e centros de pesquisa; o apoio à implantação de plataformas tecnológicas; a garantia e a promoção da segurança, da eficácia e da qualidade no acesso a plantas medicinais e fitoterápicos; a promoção e o reconhecimento das práticas populares de uso de plantas medicinais e remédios caseiros; a promoção da adoção de boas práticas de cultivo e manipulação de plantas medicinais; a promoção do uso sustentável da biodiversidade e a repartição de benefícios; a promoção da inclusão da agricultura familiar nas cadeias produtivas; o estímulo à produção de fitoterápicos em escala industrial; o estabelecimento de políticas intersetoriais para desenvolvimento socioeconômico na área; o estabelecimento de mecanismos de incentivo para a inserção da cadeia produtiva de fitoterápicos no processo de fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

A Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos foi aprovada por meio do Decreto Presidencial nº 5.813, em 22 de junho de 2006. O Decreto aprovou a Política Nacional e criou um Grupo de Trabalho Interministerial para elaboração do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Nesta nova etapa foi inserido o Ministério da Cultura, em virtude da interface de ações desenvolvidas por este Ministério com a área de conhecimento tradicional, plantas medicinais e fitoterápicos.

Quanto à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS, as Conferências Nacionais de Saúde desde 1998 vêm recomendando a introdução das plantas medicinais, da fitoterapia, da homeopatia e outras práticas integrativas e complementares dentro do Sistema Oficial de Saúde. É também uma recomendação da OMS, desde a Declaração de Alma Ata, em 1978, que seus Estados-Membros elaborem Políticas que promovam a aproximação entre os detentores de conhecimento tradicional e a medicina sanitária ocidental moderna, para que os remédios e práticas tradicionais possam ser validados e usados na atenção à saúde dos povos. Esta recomendação advém do fato de que grande parte da população dos países em desenvolvimento utiliza plantas medicinais em suas diversas formas farmacêuticas para os cuidados básicos da saúde.

Em virtude disto, outra importante Política Nacional aprovada em 2006, foi a de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, atendendo às recomendações da OMS. Esta Política foi aprovada por meio da Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006, e contempla as áreas de plantas medicinais e fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, termalismo social/crenoterapia. Posteriormente, a Portaria nº 1600, de julho de 2006, incluiu nessa Política a medicina antroposófica.

Esta Política representa um grande avanço dentro do Sistema Único de Saúde por permitir a ampliação das opções terapêuticas aos usuários, muitas delas já implantadas em municípios brasileiros. No caso da fitoterapia existem aproximadamente cento e dezesseis municípios brasileiros que têm ações ou programas de fitoterapia, alguns em fase de implantação e outros com ações implantadas aproximadamente há vinte anos. Em alguns programas existem regulamentações estaduais para os serviços de fitoterapia. A Política objetiva harmonizar essas ações que ocorrem de forma diferenciada no SUS. Existem programas que usam apenas plantas *in natura*; outros trabalham com medicamentos manipulados em farmácia ou oficina de manipulação; outros, com medicamentos industrializados. Atualmente os programas seguem regulamentações existentes, que não contemplam as peculiaridades para a fitoterapia no SUS, como também para a homeopatia.

No âmbito da PNPIC, a proposta para Plantas Medicinais e Fitoterapia visa ampliar as opções terapêuticas dos usuários do SUS, com garantia de acesso às plantas medicinais e fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia, garantindo a segurança, a eficácia e a qualidade na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

O processo de construção dessa Política iniciou-se em 2003, com a criação de grupos de trabalho compostos por representantes do governo e por várias Associações nacionais envolvidas com o tema. O Grupo da Fitoterapia, coordenado pelo Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE), contou com representantes da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/DAB, DAE), Secretaria Executiva, Anvisa, Fiocruz, Secretaria Estadual de Santa Catarina, “Programa Farmácia Viva” e organizações da sociedade civil, como a Associação Brasileira de Fitoterapia em Serviços Públicos (ASSOCIOFITO), Sociedade Brasileira de Fitomedicina (SOBRAFITO), Rede Latino Americana de Plantas Medicinais (RELIPLAM) e o – Instituto Brasileiro de Plantas Medicinais (IBPM). Após a elaboração do documento, a Política Nacional foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, aprovada no Conselho Nacional de Saúde e finalmente publicada por meio de Portaria Ministerial.

As diretrizes da Proposta para Plantas Medicinais e Fitoterapia, dentro da PNPIC, são: elaboração da Relação Nacional de Plantas Medicinais e da Relação Nacional de Fitoterápicos; provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos para os usuários do SUS; formação e educação permanente dos profissionais de saúde em plantas medicinais e fitoterapia; ampliação da participação popular e controle social; incentivo à pesquisa e desenvolvimento de plantas medicinais e fitoterápicos, priorizando a biodiversidade do país; promoção do uso racional de plantas medicinais e dos fitoterápicos no SUS; acompanhamento e avaliação da inserção e implementação das plantas medicinais e fitoterapia no SUS; garantia do monitoramento da qualidade dos fitoterápicos pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; estabelecimento de política de financiamento para o desenvolvimento de ações.

A Relação Nacional de Plantas Medicinais e a Relação Nacional de Fitoterápicos irão orientar os gestores e os profissionais de saúde sobre quais as espécies a serem utilizadas e como utilizá-las no Sistema. Para sua elaboração realizou-se um levantamento em todos os municípios brasileiros (visando contemplar espécies de todos os biomas) sobre quais espécies são utilizadas nos programas, para qual fim são utilizadas, quais são os critérios de seleção para sua inclusão na relação municipal e etc. A partir daí elaborou-se uma lista contendo duzentas e oitenta e oito espécies de plantas para submissão aos critérios de inclusão/exclusão na Relação Nacional. Realizou-se um levantamento das pesquisas existentes no país com relação a essas espécies em banco de dados, monografias, farmacopéias e internet. Concomitantemente realizou-se um levantamento das principais enfermidades que podem ser tratadas com plantas medicinais que são cobertas pela atenção básica. Por meio dos resultados obtidos neste levantamento, elaborou-se uma lista em de acordo com os critérios pré-estabelecidos. As Relações Nacionais serão acompanhadas de guias/monografias que orientarão os profissionais e gestores de saúde.

Quanto ao provimento do acesso a plantas medicinais e fitoterápicos aos

usuários do SUS, são quatro os produtos que podem ser disponibilizados: planta fresca, planta seca, fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado.

A política de financiamento do Ministério da Saúde para essa Política se baseia no apoio à implantação de serviços no Sistema; apoio à pesquisa; apoio à produção de fitoterápicos pelos laboratórios oficiais e capacitação dos profissionais de saúde.

A Política Nacional de Medicamentos e sua Relação com a Saúde Indígena

MÔNICA MARIA HENRIQUE DOS SANTOS

Dentre os eixos prioritários da Política de Medicamentos temos a Produção, a Reorientação da Assistência Farmacêutica pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a Vigilância Sanitária. Com a implantação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 1999, esta política passou por algumas mudanças. Além dos eixos prioritários foram estabelecidas diretrizes que orientam a **adoção de uma relação de medicamentos essenciais** necessários para atender a maioria das patologias de uma população.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que os países tenham legislações que regulem a questão dos medicamentos, como também recomenda que a relação de medicamentos essenciais seja efetivamente avaliada e implantada. No âmbito da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), dentre as iniciativas inovadoras voltadas à Área de Assistência Farmacêutica está o desenvolvimento de um trabalho que visa à elaboração de uma Relação de Medicamentos Essenciais, junto ao Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica do Subsistema de Saúde Indígena que se responsabilizará por identificar um elenco adequado de medicamentos a ser oferecido aos povos indígenas, de acordo com as suas características socioculturais.

A Assistência Farmacêutica é um conjunto de atividades inter-relacionadas, técnica e cientificamente centrada na equipe de saúde, envolvendo todas as ações relacionadas com os medicamentos. O Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde muito tem se empenhado para a mudança do foco da assistência pautada exclusivamente no medicamento para a organização de serviços, nestes inseridos a participação efetiva do profissional farmacêutico para que junto com outros profissionais da equipe multidisciplinar, possa desenvolver ações voltadas à garantia de uma assistência farmacêutica integral. Sem se ter o profissional capacitado e o serviço estruturado como fazer um trabalho efetivo? Como saber escolher o medicamento que precisamos no momento certo e nas condições adequadas se não temos a estrutura necessária para armazenar, distribuir e dispensar os medicamentos?

Temos que lembrar que **medicamento não é mercadoria**, medicamento é um insumo que representa um bem social. Sem o medicamento, infelizmente, os serviços de saúde não têm resolutividade de ações. Temos que reconhecer a importância desse insumo para a Medicina Convencional, diante de todos os avanços tecnológicos na área. No entanto, outros critérios também devem ser observados, principalmente no Subsistema de Saúde Indígena, envolvendo desde a prescrição correta até a distribuição adequada. E isso é um problema. Quem está na “ponta” sabe as condições das farmácias dos postos de saúde; as formas como os medica-

mentos são prescritos, armazenados, levados para as aldeias e o que representam para as comunidades indígenas. Sabemos que são desnecessários altos investimentos para adequarmos as instalações físicas que garantam a estabilidade e segurança desses insumos, necessitamos sim de vontade política. Para atender aos requisitos necessários de garantia da estabilidade dos medicamentos armazenados, ano passado, construímos no DSEI Pernambuco uma câmara de medicamentos no almoxarifado da Coordenação Regional com R\$ 40 mil. Isso também ocorreu nos Pólos-Base, o máximo que tivemos que comprar foram aparelhos de condicionador de ar e estantes.

É comum ouvirmos: **“esse medicamento não presta, o paciente tomou, não teve resposta, vamos comprar outro”**. Será que não teve resposta mesmo ou ele foi mal prescrito, mal armazenado, com iluminação, temperatura e umidade inadequadas? Sem contar o prejuízo para a instituição, nós temos o risco terapêutico para o paciente, que está exposto a drogas químicas sem nenhum critério de garantia de qualidade e estabilidade.

A Política de Medicamentos **tem como objetivo melhorar o acesso**, que significa disponibilidade equitativa e exequível de medicamentos essenciais à população. Essa questão de equidade do acesso deve ser observada. O uso racional de medicamentos tem que garantir ao paciente o acesso ao medicamento adequado.

A promoção do uso racional de medicamentos envolve, além da implementação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), campanhas educativas. Dentro do plano operacional da Assistência Farmacêutica do Departamento de Saúde Indígena (Desai), temos programado oficinas para as comunidades sobre o uso correto de medicamentos e sobre os medicamentos genéricos. É nossa preocupação a execução de um programa de educação continuada para as comunidades e também para os profissionais de saúde.

Dentro das atividades da Área de Assistência Farmacêutica, temos o **Ciclo Logístico da Assistência Farmacêutica** que representa ações básicas que devem ser implantadas nos serviços de saúde, começando pela **Seleção** dos medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico da população a ser atendida. Selecionar medicamentos não se resume a fazer a elaboração de uma lista para padronizá-los. A seleção de medicamento constitui-se num processo técnico onde são avaliados critérios relacionados à garantia do acesso aos medicamentos seguros e eficazes, através da definição de protocolos terapêuticos que garantam a adesão do paciente àquele medicamento. Considerando que trabalhamos com uma população específica, alguns medicamentos constantes na RENAME podem não ser os mais adequados para a população indígena.

Uma outra atividade do Ciclo Logístico da Assistência Farmacêutica é a **Programação**. Programar medicamentos significa estimar as quantidades necessárias para um determinado tempo, envolvendo vários critérios que devem ser observados, tais como: dados epidemiológicos, dados históricos de consumo de medicamentos, as especificidades da cultura de determinada população, etc. Por que temos

uma história de tantas perdas de medicamentos em nosso país? Porque a programação não foi feita devidamente, passando por uma equipe multidisciplinar onde frente aos critérios necessários para tal procedimento, cada área tem sua participação e responsabilidade.

Para uma efetiva **Aquisição de Medicamentos** é necessário que não só o profissional farmacêutico, mas todos os demais atores envolvidos no processo estejam preparados, seja na empresa privada, ou na empresa pública. Existem vários critérios, estratégias de compra e legislação que os profissionais responsáveis por esta atividade devem conhecer e estarem capacitados para desenvolvê-las. As licitações são processos administrativos que tanto os profissionais da administração quanto os farmacêuticos devem conhecer bem. Cabe ainda ao farmacêutico, todo acompanhamento das especificações e características técnicas dentro das normas e padrões da legislação sanitária vigentes no país para a aquisição de medicamentos e demais produtos de saúde.

Nas etapas anteriores à aquisição de medicamentos, se não soubermos selecionar e programar de forma correta ter-se-á sérios prejuízos. Estes prejuízos envolvem a aquisição de medicamentos menos efetivos, que implicará em um custo maior para a instituição, e poderemos conduzir o paciente a riscos de conseqüências irreparáveis. Além do mais o paciente não terá o medicamento na hora certa, comprometendo toda a resolutividade da assistência à saúde.

O **Armazenamento** também é outro aspecto importante, pois dele depende a manutenção e a garantia da qualidade dos insumos que estão sendo adquiridos. O armazenamento inadequado de medicamentos pode comprometer todo o trabalho criterioso da Seleção, Programação e Aquisição. Devemos conhecer as características das condições geográficas da região e instalações físicas disponíveis, para encontrar a melhor forma de armazenar os medicamentos, garantindo assim sua estabilidade físico-química. Existem vários fatores que podem afetar a estabilidade físico-química dos medicamentos: exposição direta à luz solar e à umidade, as condições inadequadas das instalações físicas do local de armazenamento e, principalmente, o desconhecimento do profissional de saúde sobre as especificidades de cada produto ali armazenado.

A **Distribuição** não se refere apenas ao transporte de medicamentos, mas também a todo o fluxo de sua movimentação, desde o almoxarifado até a entrega efetiva ao paciente. Existem locais em que os medicamentos são transportados e expostos ao sol, à poeira e à chuva. É preciso garantir condições adequadas de transporte para os insumos de saúde, para que esta ação não venha comprometer a resolutividade da assistência.

A **Dispensação de Medicamentos** não significa somente a “entrega de medicamentos”, envolvendo também o ato de fornecê-los a população com as devidas orientações farmacêuticas. Essa é uma das etapas que exige um esforço maior da instituição, pois representa uma ação continuada de todas as fases anteriores necessárias para o sucesso de toda ação.

A proposta de criação de uma Política de Assistência Farmacêutica para a Saúde Indígena é orientada por três diretrizes: (i) a organização de serviços farmacêuticos na atenção à saúde indígena; (ii) a articulação com a medicina tradicional indígena; (iii) a promoção do uso adequado e racional de medicamentos, considerando as especificidades socioculturais e epidemiológicas das populações enfocadas.

A Assistência Farmacêutica precisa ser contemplada na estrutura organizacional da Funasa. Essa Área deve ser devidamente organizada e formalizada institucionalmente para que tenha resolutividade de ação e se torne factível.

A articulação com os sistemas médicos tradicionais é um novo aprendizado. O Ministério Público presente nesta I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional, bem entende os sérios problemas referentes à aquisição de medicamentos e à garantia de seu acesso ao paciente. Essa é uma questão que envolve não só os farmacêuticos, mas todos os profissionais que têm compromisso com a qualidade da atenção à saúde prestada às populações.

Será publicada uma Portaria com a indicação dos profissionais para integrar a Comissão de Farmácia e Terapêutica. Com certeza, nós teremos nesse grupo antropólogos, mesmo que sejam como convidados. Os antropólogos serão convidados a participar desse processo de discussão sobre o melhor elenco de medicamentos para a população indígena, tanto do ponto de vista do sistema oficial de saúde, quanto da medicina tradicional indígena. E principalmente, para tentarmos esclarecer: **qual a melhor forma de acesso ao medicamento para esta população?**

O **objetivo da Política** Medicamentos para a Saúde Indígena, em construção, é integrar as ações da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, à Política Nacional de Medicamentos e à Política de Assistência Farmacêutica já implantadas no SUS. Se nós observamos a Política de Assistência Farmacêutica, ela remete à medicina tradicional, quando afirma a necessidade de estar articulada com os outros setores da saúde. Faz referência à Fitoterapia, mas não contempla as especificidades relativas à saúde indígena. Na interseção entre a Política de Medicamentos e a de Assistência Farmacêutica com a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, vamos encontrar pontos que se harmonizam.

As estratégias de implementação da Política de Medicamentos para a Saúde Indígena envolvem a identificação das ações que comprometem o uso racional de medicamentos e a definição do conceito de acesso a medicamentos para a saúde indígena. É importante discutir essas questões de forma interdisciplinar. Como identificar qual é o modelo de assistência farmacêutica que deve orientar os gestores no sentido de efetivar estas diretrizes no contexto dos povos indígenas? É importante também identificar as ações prioritárias para implementação da infra-estrutura adequada e capacitação de profissionais.

Os eixos estratégicos desta Política se centram na organização de serviços e na contratação e qualificação de recursos humanos, na medida em que as universi-

dades não preparam o profissional para o serviço público e, principalmente, para a questão indígena do país.

O monitoramento das ações e de sua articulação com os sistemas médicos tradicionais indígenas são atividades que precisam andar juntas com a **promoção do uso adequado e racional de medicamentos**, onde devemos implementar ações específicas na prática da Fitoterapia. Também precisamos promover a discussão sobre **ética na pesquisa**. Acredito que é necessário atuarmos com profissionais de diferentes campos do saber. Assim que entrei na Funasa, escutei essa frase “A voz indígena não pode ser ouvida apenas como uma bela poesia, pois contam verdades que podem ajudar no equilíbrio entre modernidade e tradição, entre economia e ecologia”, de Marcos Terena. Por isso ainda estou aqui, porque acredito que com o apoio e envolvimento de todos, vamos conseguir implementar uma Política de Assistência Farmacêutica para os Povos Indígenas que compreenda e respeite as suas especificidades socioculturais.

Limites e possibilidades da articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde

LUCIANE OURIQUES FERREIRA

O presente trabalho reflete sobre os limites e as possibilidades relacionados à criação de políticas públicas que considerem as medicinas tradicionais indígenas como recursos importantes no cuidado com a saúde. Refletiremos sobre os discursos oficiais sobre às Medicinas Tradicionais e os impasses existentes no desenvolvimento de ações de promoção das medicinas tradicionais indígenas. Para tanto, partiremos da experiência da Área de Medicina Tradicional Indígena, do Projeto Vigisus II/Funasa, que propõe, através do apoio a projetos antropológicos de pesquisa-ação, criar estratégias de articulação dos sistemas médicos indígenas ao sistema oficial de saúde.

No decorrer do processo histórico de contato interétnico, as relações de poder estabelecidas entre os povos indígenas e os agentes biomédicos foram assimétricas. A biomedicina constituiu-se em um dos instrumentos usados pela sociedade ocidental no empreendimento colonizador dos chamados países em desenvolvimento. Todavia, esse mesmo processo histórico propiciou a criação de zonas de intermedicalidade onde, através da agência exercida pelos povos indígenas, os recursos e práticas provenientes da medicina ocidental foram incorporados aos universos sociomédicos indígenas, de modo a formar sistemas médicos híbridos.

Esse é o contexto que se deve levar em consideração para se elaborar as políticas públicas de forma a implementar um modelo de atenção diferenciada para a saúde indígena no Brasil.

O Discurso da Organização Mundial de Saúde sobre a Medicina Tradicional

Tendo como objetivo incentivar os países membros a integrar a Medicina Tradicional/Medicina Complementar e Alternativa (MT/MCA) aos sistemas sanitários nacionais, através da criação de políticas nacionais que regulem o seu uso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2002 o documento “Estratégia da OMS sobre a Medicina Tradicional 2002-2005”. Por Medicina Tradicional, a OMS entende:

“As práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as enfermidades” (OMS, 2002: 7).

Para a OMS as medicinas tradicionais se transformam e medicina complementar e alternativa quando as mesmas são integradas no sistema sanitário oficial¹. Aos olhos da OMS, a ampla disponibilidade; o custo relativamente pequeno e o baixo nível de inserção tecnológica fazem das MT/MCA recursos com grande potencial econômico que devem ser explorados, de modo a aumentar o acesso de pacientes e consumidores a diferentes tipos de atenção sanitária.

A OMS, em seu discurso biomedicamente orientado, acredita que as MT/MCA estão fortemente influenciadas por contextos culturais e históricos, o que se constitui em um obstáculo à sua integração nos sistemas formais de saúde, na medida em que não possuem validação científica; ao contrário da medicina alopática, que detém um enfoque científico estando livre de valores e de influências culturais (OMS, 2002: 4). Por isso, a OMS recomenda que sejam realizadas pesquisas, baseadas em evidências, de modo a respaldar cientificamente as medicinas tradicionais como fonte legítima e regulada de cuidados em saúde.

A criação de mecanismos que permitam o desenvolvimento da **cooperação** entre os serviços de saúde biomédicos e a MT/MCA é incentivada, a fim de aumentar possibilidades de escolha por parte dos pacientes e ampliar o acesso equitativo às mesmas. A idéia vigente é a de que, através do trabalho com os especialistas da medicina tradicional, “pode-se facilitar a disseminação eficaz de mensagens sanitárias importantes entre as comunidades, além de fomentar a prática segura da medicina tradicional” (OMS, 2002: 28).

Em síntese: a política voltada para a integração das medicinas tradicionais se constitui num discurso normativo que, ao incentivar o ‘uso racional’ de produtos e práticas das MT/MCA, busca controlar os conhecimentos, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais, transformando-os em produtos do mercado da saúde.

Políticas Públicas e Medicina Tradicional no Brasil

No Brasil, as recomendações da OMS influenciam a construção da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), do Ministério da Saúde (MS)², instituída pela Portaria nº 971, publicada em 03 de maio de 2006. O objetivo é institucionalizar as Práticas Integrativas e Complementares no âmbito do SUS, respeitando os princípios constituintes desse sistema: a universalidade, a integralidade e a equidade de acesso. As práticas regulamentadas pela PNPIC são: a Acupuntura e a Medicina Tradicional Chinesa, a

¹ “Em países onde o sistema sanitário dominante se baseia na medicina alopática, ou onde a medicina tradicional não foi incorporada no sistema sanitário nacional, a medicina tradicional se classifica como medicina complementar, alternativa ou não convencional”. (OMS, 2002; 1).

² Com o conceito de práticas integrativas e complementares (PIC), o MS entende que abarca a definição da OMS sobre as MT/MCA.

Homeopatia, a Fitoterapia e o Termalismo Social/Crenoterapia (uso terapêutico de fontes naturais de águas minerais).

Dentre os temas abordados pela PNPIC, o que mais se relaciona com a questão das medicinas tradicionais indígenas é o das plantas medicinais e da fitoterapia. Além da necessidade de se valorizar as plantas medicinais no âmbito sanitário, devido ao fato de essa prática ser amplamente difundida como recurso de atenção primária à saúde, a PNPIC também está atenta para o grande potencial de desenvolvimento dessa terapêutica, em função da biodiversidade e da sociodiversidade brasileira. Para que esse potencial seja explorado, a PNPIC considera que se deve estabelecer um vínculo entre conhecimento e uso tradicional de plantas medicinais e as tecnologias científicas que validem esse conhecimento. No que se refere aos povos indígenas, especificamente, a PNPIC apenas recomenda a “articulação” com a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI).

Por outro lado, a PNASI (1999), visando prestar um atendimento diferenciado à saúde indígena no Brasil, prevê a implementação de um modelo de organização de serviços orientados por diretrizes que objetivam garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, guardadas as particularidades sociais, políticas, culturais, geográficas e históricas desses povos. Para tanto, ela cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que organiza os serviços de atenção à saúde através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A responsabilidade pela implantação dos serviços de atenção à Saúde Indígena é da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).

No que diz respeito ao desenvolvimento da medicina tradicional dos povos indígenas, a PNASI é econômica. Ao invés de preconizar a integração das medicinas tradicionais indígenas ao sistema oficial de saúde, ela recomenda que seja promovida a articulação dos sistemas médicos tradicionais indígenas ao sistema oficial, buscando assim contribuir para a “melhoria do estado de saúde dos povos indígenas”.

Aqui as medicinas indígenas são compreendidas como:

“sistemas tradicionais de saúde baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de acordo com a definição mais recente da OMS” (PNASI, 2000:17).

As Implicações do Desenvolvimento

A OMS, ao publicar o documento “Estratégias sobre a Medicina Tradicional 2002-2005”, tem como objetivo regular, disciplinar e controlar as medicinas tradicionais. Esse empreendimento é produto de uma política internacional,

biomedicamente orientada, que se expressa nas práticas discursivas das organizações internacionais e que está associada à criação de políticas e de fomento à pesquisa científica em saúde.

O interesse médico pelas medicinas tradicionais, ou etnomedicinas, se ampliou como uma possibilidade de desenvolvimento para os países do 3º Mundo no final dos anos 70, início dos 80. A partir desse momento, a idéia de integração ou colaboração entre a etnomedicina e a biomedicina passou a ser fomentada. Se, por um lado, a colaboração pode ser entendida como uma forma de utilizar todos os recursos de cuidado em saúde disponíveis de forma a responder ao problema de fornecimento de recursos biomédicos, por outro, ela reflete os interesses econômicos do desenvolvimento médico, na medida em que as etnomedicinas se apresentam como alternativas ao cuidado com a saúde de baixo custo.

A OMS, ao auto-delegar-se o papel de autoridade dirigente e coordenadora dos esforços para unir as etnomedicinas aos sistemas sanitários nacionais, recomenda que as medicinas tradicionais sejam sujeitas a uma minuciosa avaliação científica, visando o aprimoramento desses recursos terapêuticos de forma a atender aos requisitos da segurança, eficácia e qualidade dos seus produtos e de suas práticas preconizados pelos sistemas oficial de saúde.

Esse esforço de cientificizar a etnomedicina desloca conhecimentos e práticas dos seus contextos de origem, transformando-os em produtos e serviços que passam a integrar outros contextos criados pelas políticas oficiais e pelo mercado da saúde. O aumento das possibilidades de escolhas entre os produtos terapêuticos disponíveis no mercado é um dos resultados desse empreendimento (Frankenberg, 1980).

As políticas oficiais têm, sistematicamente, descontextualizado os conhecimentos, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais. Sendo assim, torna-se um desafio construir programas governamentais que entendam as medicinas tradicionais indígenas como contextos locais, reconhecendo as mesmas como sistemas de cuidados de saúde que podem beneficiar, antes de mais nada, a própria população que opera com determinada tradição médica.

O local enquanto avesso do poder: as relações de intermedicalidade

Se o poder biomédico é o que informa as práticas discursivas oficiais relacionadas às medicinas tradicionais, é no local que são estabelecidas, entre os agentes ocidentais e os povos indígenas, relações de poder assimétricas. É nas zonas de contato intermédicas, que os povos indígenas exercem o seu poder, atuando como agentes criativos na construção de sua realidade.

A zona de contato onde as influências do desenvolvimento médico e a agência social exercida pelos povos indígenas se fundem, constitui-se em um espaço de emergência das medicinas híbridas. Nesses espaços, os povos indígenas recriam a sua prática médica através da seleção e incorporação de elementos provenientes da medicina ocidental, rearranjando-os em um sistema de conhecimentos e práticas que possui uma lógica sociocultural.

Os elementos do sistema oficial de saúde, ao serem incorporados aos universos indígenas sociomédicos, passam a integrar esse universo de forma controlada. Assim os especialistas empoderam a sua própria técnica médica através de um processo de atualização e transformação dos sistemas médicos. Podemos compreender esse fenômeno como um processo de indigenização dos serviços de saúde, que implica tanto a aceitação, quanto a resistência ao poder e à ideologia biomédica. “Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório” (Fóller, 2004: 144).

Se, por um lado, os agentes ocidentais pretendem cientificizar as medicinas tradicionais através da pesquisa biomédica, por outro, nós temos os processos de indigenização da ciência e da biomedicina através da apropriação que os povos indígenas fazem dos procedimentos e recursos da medicina ocidental.

Nesse sentido, para que seja possível a colaboração entre o sistema oficial de saúde e as medicinas tradicionais indígenas, faz-se necessário levar em conta o contexto cotidiano no qual essas medicinas híbridas são socialmente produzidas e localmente compreendidas por atores sociais específicos. Os sistemas médicos constituem-se em um conjunto de conhecimentos e de práticas criativas que devem ser compreendidos de “forma dinâmica e agencial” (Jackson apud Fóller, 1994: 304), posicionando os povos indígenas como agentes de mudanças e de articulação.

A articulação de sistemas como condição da atenção diferenciada à saúde

A Área de Medicina Tradicional Indígena (AMTI) adotou a articulação de sistemas como uma estratégia que pretende contribuir para a implementação da atenção diferenciada à saúde indígena. A intenção não é criar uma política integracionista e reguladora das medicinas tradicionais, que comprometa a autonomia e a agência dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas. E sim desenvolver experiências que permitam apontar caminhos para a articulação refletida entre determinadas práticas de cuidado com a saúde, de forma a melhorar a qualidade dos serviços prestados aos povos indígenas.

Para que possamos criar políticas adequadas sobre as medicinas tradicionais indígenas é preciso superar a noção reducionista que transforma as etnomedicinas em traços culturais, produtos de mercado ou especialistas desvinculados de seus contextos comunitários. É preciso compreendê-las como sistemas associados a outros princípios socioculturais estruturantes da organização das sociedades indígenas, dentre os quais podemos apontar: a corporalidade, a pessoa, o gênero, o parentesco e a cosmologia. Assim como, aos interesses ideológicos dos diferentes agentes que compõem a zona de contato médico e que, através de suas relações, contribuem para promover as mudanças culturais.

Os itinerários terapêuticos percorridos pelos pacientes indígenas constituem-se num lugar privilegiado para compreendermos as dinâmicas estabelecidas na bus-

ca de tratamento e cura, expressando as formas como as sociedades indígenas estão agenciando os diferentes recursos terapêuticos disponíveis em situações concretas. Através do acompanhamento de itinerários terapêuticos, podemos mapear os espaços de intermedialidade emergentes nas zonas de contato, permitindo a criação de estratégias refletidas de articulação entre os sistemas médicos.

A AMTI deve considerar essas zonas de intermedialidade, onde os saberes e práticas provenientes de distintas tradições médicas são historicamente articulados por meio da agência exercida pelos povos indígenas. Em sendo assim, o seu papel é construir caminhos que permitam a qualificação da articulação de sistemas médicos a partir do processo de negociação instaurado pelos projetos de pesquisa-ação, buscando aproximar visões de mundo por meio de metodologias dialógicas e reflexivas de pesquisa e intervenção.

Considerando as diferenças epistemológicas irreduzíveis entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde, acredito que existem regiões dos sistemas médicos indígenas que permanecem fora da zona fronteira em que ocorre a articulação entre sistemas médicos. Essas zonas inatingíveis que, geralmente, estão protegidas pela fronteira intermédica do “segredo”, devem ser respeitadas.

Como exemplo citamos um episódio que ocorreu durante o processo de negociação do Projeto de Valorização dos Saberes e das Práticas Médicas dos Povos Indígenas do Leste de Roraima³. Em uma das discussões realizadas durante o processo de negociação do projeto⁴, uma liderança Macuxi disse que considerava difícil que os pajés trabalhassem juntamente com os Agentes Indígenas de Saúde (AIS), pois há pajés que trabalham apenas à noite e sozinhos. Além disso, considerava complicado investir na construção de hortos de plantas medicinais para serem usados pelos pajés, pois para tratar as doenças que são sua especialidade, eles devem buscar as plantas, as pedras e os animais usados no tratamento, no mato.

Por outro lado, a implementação de ações de articulação de sistemas também se apresenta como um grande desafio. Quando passamos a analisar situações concretas em que os serviços de saúde poderiam atuar de forma articulada com os cuidadores indígenas da saúde dentro das comunidades, verificamos que grande parte dos gestores e dos profissionais de saúde possuem dificuldades em compreender e reconhecer os saberes, as práticas e os praticantes das medicinas tradicionais indígenas.

Entretanto, já existem iniciativas no Brasil que buscam articular o trabalho dos profissionais e instituições de saúde às práticas tradicionais de cuidado com a gestante indígena e que demonstram que a estratégia de articulação de sistemas pode contribuir para a implementação da atenção diferenciada à saúde indígena.

³ O projeto proposto pelas lideranças indígenas do Conselho Indígena de Roraima (CIR) tem como tema central a valorização do uso das plantas medicinais e a criação de estratégias de trabalho conjunto entre os diferentes atores indígenas que trabalham com a saúde: pajés, parteiras, agentes indígenas de saúde e professores indígenas.

⁴ Esse processo de negociação entre a Área de MTI e o CIR levou, aproximadamente, dois anos.

A Coordenação Regional da Funasa no Estado de São Paulo, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, definiu alguns hospitais de referência para parto Guarani. Esses hospitais devem entregar para a parturiente a placenta acondicionada de forma que a mesma possa ser enterrada na aldeia; deve propiciar uma dieta adequada no período em que ela permanece no hospital, respeitando as regras do resguardo; e permitir que a parteira acompanhe o parto.

O conhecimento tradicional sobre os recursos terapêuticos não está difundido de forma homogênea nas sociedades indígenas. Pelo contrário, existem conhecimentos que pertencem a determinados praticantes, ou mesmo a famílias e/ou clãs que conformam a organização dos sistemas médicos indígenas. Nesse sentido, a difusão dos conhecimentos acontece de acordo com a organização social e cosmológica dessas sociedades.

Todavia, quando propomos que as ações de saúde sejam elaboradas e realizadas de forma participativa, percebemos que a relação de poder historicamente estabelecida entre os agentes ocidentais e os povos indígenas se inverte. No contexto dos projetos de pesquisa-ação, onde lideranças indígenas participam na construção e na tomada de decisões, tanto o projeto de pesquisa quanto os pesquisadores tendem a ser apropriados como algo que a elas pertencem. Portanto, no entendimento de algumas dessas lideranças, os projetos devem funcionar segundo a sua lógica própria e as equipes do projeto devem ser subordinadas aos seus comandos. Ao mesmo tempo, as ações e os recursos disponibilizados pelos projetos são apropriados por essas lideranças como um meio de promoção pessoal e aquisição de prestígio frente às comunidades indígenas. Por outro lado, esses projetos se apresentam como fonte de benefícios econômicos para essas lideranças e para determinados segmentos que as mesmas representam. O que ocorre aqui é um processo de indigenização dos projetos de pesquisa-ação que estão sendo promovidos pela AMTI, Projeto Vigisus II, Funasa.

No decorrer do Projeto de Intervenção Indígena para a Redução do uso de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS (Ferreira, 2004), em função da relação de confiança estabelecida com as lideranças indígenas, passei a ser reconhecida como secretária e assessora dos Mbyá, não só para o desenvolvimento do projeto, mas também para atuar em outras questões que os mesmos demandavam. Ou seja, fui incorporada pelos Mbyá como subalterna e não propriamente como pesquisadora e técnica responsável pela execução do projeto. Talvez, por isso, o fato de as lideranças que participaram do processo de construção e execução do projeto não reconhecerem a autoria da antropóloga na elaboração e execução do mesmo, na medida em que o interesse dessas lideranças não está voltado para a dimensão técnica, mas sim em perceber esses projetos como um meio de incrementar o poder e o prestígio e alcançar determinados fins políticos de seus interesses.

Considerações Finais

Nesse sentido, podemos afirmar que, se por um lado as agências ocidentais, em seu empreendimento colonizador e desenvolvimentista, historicamente vêm

subordinando os povos indígenas através da instituição de relações de poder assimétricas, por outro, os povos indígenas desenvolveram estratégias de manutenção e atualização do seu poder, através dos mecanismos de incorporação do “Outro” aos seus universos socioculturais e sociomédicos. Até o momento, a busca de superação dessa relação de poder pelos agentes ocidentais tem se dado através do esforço individual de alguns pesquisadores e indigenistas que atuam junto aos povos indígenas. Quando o ideal de criação de uma relação menos assimétrica orienta a ação desses agentes sociais, colocado em prática através da proposta de projetos participativos, os povos indígenas acabam incorporando esses indivíduos em uma posição subordinada no interior de seus esquemas sócio-hierárquicos.

Nesse sentido, nos perguntamos se a busca por relações de poder horizontais não seria mais um ideal ocidental, baseado nos princípios do individualismo moderno, e dificilmente alcançável, na medida em que estamos interagindo com agentes inscritos em sociedades hierárquicas.

As zonas de intermedialidade em que ocorrem os encontros intermédicos estão perpassadas por diferentes práticas discursivas, expressivas de conhecimentos e interesses provenientes de distintas esferas da vida social. Nelas se cruzam os interesses internacionais representados pelo discurso regulador e disciplinar, biomedicamente orientado, do desenvolvimento médico, veiculado pelos organismos internacionais como a OMS; os interesses dos Estados Nacionais, influenciados por essa tendência internacional, que tem como interesse desenvolver políticas que permitam a integração das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde nacionais e explorá-las como potencial de desenvolvimento; os interesses de ONG, Universidades e empresas que se interessam em realizar pesquisas, projetos assistenciais e de desenvolvimento; os interesses regionais e locais, inscritos em territórios políticos específicos, onde se encontram os diferentes atores representantes das agências ocidentais, as lideranças e povos indígenas.

Os encontros médicos ocorrem em contextos complexos e polifônicos, pois os atores que neles transitam são altamente heterogêneos, tanto os ocidentais quanto os indígenas, sendo provenientes de distintos horizontes de tradição. No Brasil, é neste espaço que o conceito de medicina tradicional indígena vem sendo continuamente negociado, muitas vezes de forma conflituosa, entre os diferentes agentes institucionais que compõem esse campo: OMS, MS, Funasa, Universidades, ONG, missões religiosas, povos indígenas; políticos, gestores, antropólogos, profissionais de saúde, especialistas e lideranças indígenas. O conceito de medicina tradicional indígena não está fechado, pelo contrário, ele é aberto e polissêmico, permitindo que múltiplas interpretações sejam feitas.

Mas, se por um lado se faz necessário considerar as medicinas tradicionais indígenas na criação de políticas de saúde de forma a efetivar os direitos diferenciados a saúde dos povos indígenas, por outro, nos perguntamos: é possível o desenvolvimento de uma política de saúde diferenciada, baseada em uma relação participativa-dialógica entre as agências ocidentais e os povos indígenas, que considere as medici-

nas tradicionais indígenas como sistemas de saúde importantes nos contextos em que eles tradicionalmente operam?

Bibliografia

- GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist** 25(4), 1998.
- FERREIRA, Luciane Ouriques. O fazer antropológico em ações voltadas para a redução do uso abusivo de bebidas alcoólicas entre os Mbyá-Guarani no RS. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa..** Rio de Janeiro: Editora Contra Capa/ABA, 2004.
- FOLLÉR, Maj-Lis. Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther Jean & GARNELO, Luiza (orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas: reflexões sobre antropologia participativa.** Rio de Janeiro: Editora Contra Capa/ABA, 2004.
- FRANKBERG, R. Medical Anthropology and Development: A Theoretical Perspective. In: **Social Science and Medicine**, 1980.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol 8 (1), 2003.

Debate sobre Políticas Públicas

Thiago Ávila: Ângelo Giovani, em sua palestra, mencionou que existe uma lista contendo 288 espécies de plantas para submissão aos critérios de inclusão/exclusão na Relação Nacional de Plantas Medicinais. Tal lista foi formulada a partir de um mapeamento das pesquisas que existem no país com relação a essas espécies. Neste sentido, gostaria de levantar uma problemática: existem plantas que já foram alvo de pesquisas científicas que estão registradas em bancos de dados e farmacopéias, no entanto, o uso tradicional que uma comunidade indígena faz da planta pode abrir novas portas que não estão contempladas nestes registros. Como lidar com essa questão, ou seja, situações em que as espécies já têm um registro, mas cujos usos pela comunidade possam ser inovadores, gerando processos de novas patentes e de novas utilizações da planta? Como pensar esta questão na Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos?

Outra questão que gostaria de trazer para o debate refere-se ao modo como a medicina tradicional está sendo pensada nestas Políticas. Tenho a impressão de que a medicina tradicional está sendo tratada como medicina complementar e alternativa. No entanto, para os povos indígenas a medicina complementar e alternativa é a *medicina do branco*. Estes são aspectos que deveríamos levar em conta para a construção de estratégias de articulação entre o sistema médico indígena e o sistema oficial de saúde.

Renato Athias: Qual é a participação das lideranças indígenas na discussão dessas Políticas?

Miriam Chagas: As colocações de Luciane Ferreira lançam luz sobre a questão da agência indígena e de como os discursos da OMS sobre medicina tradicional não podem ser vistos como algo monolítico e estanque. Tais discursos se colocam no âmbito local, nacional e internacional, onde são apropriados e integrados a diferentes vozes e participações. Na palestra de Monica Santos sobre a Política Nacional de Medicamentos e sua interface com a construção de uma Política de Assistência Farmacêutica para os Povos Indígenas, percebemos que estamos diante de um processo: a passagem do uso de uma planta como remédio para o seu uso como medicamento. Esta passagem se refere ao processo capitalista de produção de mercadorias. É interessante pensarmos: como os povos indígenas estão se apropriando deste processo? Como eles estão se posicionando?

Denise Wolf: Eu apresento um ponto para o debate: como pensar em uma Política Nacional de Plantas Medicinais, sem a reformulação do pensamento vigente de que só o que valida o uso de uma espécie são as pesquisas científicas? Por que não validar o uso tradicional, se o uso medicinal é comprovado por gerações que por

* Debate editado por Patrícia Osório, Consultora da AMTI, Projeto Vigisus II, Funasa.

longos anos vêm utilizando determinada espécie de planta? Como essas questões estão sendo colocadas dentro da Comissão Interministerial responsável pela formulação de estratégias visando à instituição da fitoterapia no SUS?

Ângelo Rodrigues: Eu vou trazer aqui o exemplo das farmácias vivas existentes em vários municípios brasileiros. Elas funcionam da seguinte forma: existem os hortos para a produção das espécies de plantas; as oficinas de manipulação ou farmácias de manipulação, onde os medicamentos são manipulados e prescritos pelo médico na rede de atenção primária. Basicamente, o serviço funciona desta maneira: hortos, farmácia ou oficina de manipulação e atendimento na atenção primária. A proposta da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas é a de harmonizar e institucionalizar todos estes programas.

A Relação Nacional de Plantas Medicinais foi construída a partir de alguns critérios semelhantes aos da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), que contém a lista de medicamentos que são disponibilizados no Sistema Único de Saúde. Outros critérios foram diferenciados, por exemplo, a RENAME solicita a realização de testes clínicos e pré-clínicos para todos os medicamentos de síntese. Para os fitoterápicos, tivemos que montar critérios diferenciados para selecionar as espécies de plantas a serem utilizadas.

No caso dos fitoterápicos enquanto medicamentos industrializados, o fundamental é que tenham o registro na Anvisa. No caso das plantas medicinais o processo é mais complexo. Foi realizada uma espécie de consulta pública: quais são os critérios para uma planta fazer parte da Relação que será disponibilizada? O uso tradicional não pode ser utilizado como o único critério. Existem outras questões: a planta a ser utilizada está em extinção? existe um plano de manejo? qual a parte da planta a ser utilizada? Outra questão importante refere-se ao fato de ser o Brasil um país com diversos biomas. Assim, será que uma planta utilizada tradicionalmente na região norte terá o mesmo efeito quando utilizada na região sul, pensando aqui nos critérios de segurança e eficácia? Precisamos ter cuidado quando estamos diante da tentativa de construção de políticas públicas a nível governamental. Por isso, é importante a validação científica, as pesquisas botânicas e químicas.

Gostaria de colocar mais duas questões: uma referente à prescrição e a outra sobre a participação das comunidades na discussão destas Políticas. Quem prescreve um medicamento fitoterápico é o médico. Precisamos deixar claro que a fitoterapia não é tradicional. Ela é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais de diferentes formas farmacêuticas. Ela segue a linha alopática. Segundo a OMS, o que nós temos de tradicional é o uso medicinal de plantas pelas comunidades indígenas. Assim, o Ministério da Saúde não pode mudar a competência dos profissionais. Quem regula essas questões são os próprios Conselhos Federais que seguem leis. Dentro dessa lógica, quem prescreve o medicamento fitoterápico são profissionais que têm a competência de prescrever.

Sobre a participação das comunidades na construção e implementação das Políticas, é importante dizer que o “pessoal da ponta” participou das discussões. Todos os

grupos de trabalho realizados até o momento para a discussão destas Políticas foram feitos de forma participativa. Apesar de não se constituir em uma política pública ideal para todos os setores, tais políticas podem ser entendidas como grandes avanços, na medida em que introduzem nos sistemas oficiais de saúde, práticas que apresentam uma outra forma de ver e entender o ser humano. O objetivo não é o de institucionalizar práticas tradicionais e sim o de pensar de que forma tais práticas podem contribuir para o sistema oficial de saúde.

Luciane Ferreira: Gostaria de enfatizar que precisamos considerar a agência dos povos indígenas para resolução de problemas que dizem respeito aos próprios povos indígenas. Em outras palavras, nós, como sujeitos colonizadores, nos achamos no direito de definir e resolver os problemas de saúde que os povos indígenas enfrentam – problemas estes muitas vezes criados pelo contato. Não estou dizendo que esta questão exige o Estado da sua responsabilidade de criar políticas públicas voltadas à saúde, assim como, manter um sistema de informação adequado, não só para os povos indígenas, mas para toda a população brasileira. Eu acredito que precisamos dialogar com os organismos internacionais e com os gestores das políticas públicas. Entretanto, destaco a importância da reflexão crítica sobre o que estamos fazendo e a que interesses estamos servindo.

É importante que a gente não reproduza relações de poder que historicamente estão constituídas e que estão marcadas na nossa subjetividade por mecanismos de controle e de disciplinamento. Reproduzimos relações de poder e ainda as escamoteamos por de trás de uma auto-imagem de “boas pessoas”, “bons cristãos” e “humanitários”.

No contexto indígena, a própria mobilização do povo pode iniciar um processo de resolução dos problemas de saúde. E aí que se situa a nossa contribuição como atores que apóiam os processos de diálogo e de troca de informações. Relembrando as colocações da professora Jean Langdon, quando da “Problematização dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena”, no dia 03/08/06, e do exemplo trazido por Greene (1998)¹ onde o xamã prescreve e xamaniza uma injeção penicilina numa sessão de cura; ou, no caso de relatos Macuxi que afirmam que os xamãs recebem espíritos de médicos brancos e prescrevem medicamentos. Como nós vamos capacitar esses prescritores indígenas que estão receitando medicamentos? É neste contexto que eu trago para o debate a reflexão sobre a resistência. Qual é a lógica que está informando este processo de apropriação que os povos indígenas fazem dos medicamentos? É nesta lógica que podemos encontrar pistas para reduzir os danos da hipermedicalização junto aos povos indígenas. Talvez uma das estratégias seja trabalhar com a idéia de redução de danos, ao invés da utilização da noção do

¹ GREENE, S. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna Lands, Peru. *American Ethnologist* 25(4), 1998.

uso racional, noção esta dada a partir de uma racionalidade epistemologicamente inscrita num horizonte de tradição que não é o horizonte indígena.

Nestas Políticas acerca das medicinas tradicionais, percebemos que o foco não está no contexto no qual o medicamento ou a planta são utilizados, ou seja, no momento em que as pessoas se reúnem, trocam experiências e negociam significados sobre os eventos patológicos. A cura não se reduz ao princípio ativo da planta, ela engloba a relação do homem com o meio, do homem com a natureza. Todas as legislações que tratam da proteção aos conhecimentos tradicionais se referem a conhecimentos sem carne, conhecimentos “desencarnados”. Coloca-se assim uma pergunta: como criar uma Política de Medicina Tradicional Indígena que considere o contexto?

Podemos pensar as Políticas sobre Medicina Tradicional como avanços. No entanto, tais Políticas provocam impactos no local que precisam ser considerados. É necessária uma reflexão crítica sobre os processos que subjazem o movimento de construção destas Políticas. E é preciso, antes de tudo, dar visibilidade à agência indígena, à voz indígena, às decisões indígenas, às escolhas indígenas... Caso contrário, nós não estaremos construindo uma Política que realmente considere e traga reconhecimentos aos saberes e práticas tradicionais dos povos indígenas. Nós estaremos enquadrando esses povos num reconhecimento ditado por nossos próprios parâmetros ocidentais.

Carta da I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa.

A I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena ocorreu entre os dias 01 e 05 de agosto de 2006, em Pirenópolis/GO. Na abertura foi apresentada a proposta da Área de Intervenção de Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II – Ações Inovadoras em Saúde, por Luciane Ferreira; e o Projeto Vigisus II/Funasa, por Guilherme Macedo. Ainda na abertura o Coordenador Geral do Projeto Vigisus II, Hermézio Serrano Filho, saudou os participantes e Graciliana Celestino Wakanã, do Comitê Intertribal de Mulheres Indígenas do Nordeste (COIMI), fez a Conferência de abertura do Evento.

Durante o encontro foram apresentados os Projetos vinculados à Área de Medicina Tradicional Indígena, tanto os em desenvolvimento, quanto os em processo de negociação:

- 1) Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto dos Povos Indígenas do Acre e Sul do Amazonas, por Laura Pérez (NESSI/UFSC, Olhar Etnográfico);
- 2) Caracterização dos Sistemas de Parto dos Povos Indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba, por Rita de Cássia Neves (consultora Vigisus) e Graciliana Celestino Wakanã (COIMI);
- 3) Medicina Tradicional Indígena Manoki, Nambikwara e Enawene Nawê, por Lédson Kurtz de Almeida (consultor Vigisus), Ivar Bussato e Gilton Mendez (OPAN);
- 4) Estudos para a Sustentabilidade Ambiental e Cultural do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais, por Liliane de Souza (consultora Vigisus), Mônica dos Santos (DSEI PE) e Maria Eliane Barreto da Silva (farmacêutica);
- 5) Valorização dos Saberes e das Práticas Médicas dos Povos Indígenas do Leste de Roraima, por Elaine Moreira (UFRR).

Outras reflexões baseadas em Projetos desenvolvidos por pesquisadores e Universidades, relativos às medicinas tradicionais indígenas, contribuíram com a discussão, abordados aspectos associados a esta temática. Dentre as experiências estão:

- 1) O contexto Alto-Xinguano de Incorporação de Projetos e Ações em Saúde, por Marina Cardoso (UFSCAR);
- 2) Medicina Tradicional Indígena no Rio Negro, por Renato Athias (UFPE);

Esses projetos foram problematizados pela professora Esther Jean Langdon, da UFSC.

Também foi apresentada, por Fabíola Wüst Zibetti, a Legislação de Propriedade Intelectual, sendo a mesma discutida à luz dos casos trazidos por Thiago Ávila, sobre o acesso aos conhecimentos tradicionais associados Krahô, e pela reflexão levantada pela Analista Pericial em Antropologia do MPF- PR - RS, Miriam Chagas.

Ainda nesse processo foram apresentadas as Políticas Nacionais de Plantas Medicinas e Fitoterápicos e de Práticas Integrativas e Complementares do Ministério da Saúde, por Ângelo Rodrigues (MS). E a Política Nacional de Medicamentos e sua relação com a saúde indígena, por Mônica Santos (DSEI-PE). Por fim, Luciane Ferreira (Vigisus/Funasa) problematizou os discursos políticos dos organismos internacionais sobre a medicina tradicional enquanto medicina complementar e alternativa.

Os projetos revelaram a necessidade de uma melhor caracterização das políticas dirigidas aos povos indígenas em relação aos contextos sócio-políticos locais. Enfatizaram as questões de recuperação, valorização de determinadas práticas de saúde dos povos indígenas, tais como as de cuidado com a gestação, o parto e o pós-parto; os procedimentos terapêuticos dos povos indígenas como o uso das plantas medicinais; e o papel dos diferentes praticantes dedicados ao cuidado com a saúde das comunidades indígenas.

A partir das discussões realizadas emergiram as seguintes Recomendações:

1) Problematizar o conceito de “medicina tradicional indígena” de forma a demarcar um campo de intervenção mais preciso em relação ao conjunto das práticas indígenas de promoção da saúde, prevenção e cuidados terapêuticos com a doença. As “medicinas tradicionais indígenas” não podem ser tratadas pelas políticas públicas como medicinas complementares e alternativas.

2) Os processos de construção de políticas públicas e de desenvolvimento de ações institucionais, governamentais e não-governamentais vêm utilizando e se apropriando das noções relativas às “medicinas tradicionais indígenas” de forma a não dar conta da diversidade de sentidos, contextos e configurações dos sistemas terapêuticos nativos. Nesse sentido, faz-se necessário construir definições que possam tanto abranger essa diversidade quanto serem empregadas na construção de programas e políticas públicas relacionados às “medicinas tradicionais indígenas”. Para tanto, precisamos rever os conceitos de “parteira”, “pajé”, “detentores de saberes tradicionais”, “fitoterapia”, entre outros, problematizando-os em relação aos múltiplos contextos - cosmológicos, ontológicos, sócio-políticos, culturais e históricos - em que eles estão inscritos.

4) A construção de políticas públicas voltadas para as “medicinas tradicionais indígenas” deve ser produto de um amplo processo de discussão e negociação continuada de forma a contemplar a efetiva participação comunitária, bem como a contribuição dos pesquisadores, dos profissionais de saúde e dos gestores de políticas públicas vinculados à questão da saúde indígena.

5) Deve-se respeitar as diversas competências, legitimidades dos saberes, práticas e praticantes das medicinas indígenas em todas as esferas de intervenção e decisão.

6) Os processos que levam à construção de políticas públicas sobre as “medicinas tradicionais indígenas” devem seguir o seu próprio tempo, sem estarem sujeitos às pressões burocráticas e políticas partidárias e nem pelas demandas emergenciais para solucionar problemas pontuais de saúde. Esse deve ser um processo estruturante dessa política pública.

7) Deve-se evitar que as políticas públicas sejam dirigidas verticalmente aos povos indígenas. Até então a implementação de políticas públicas têm se pautado pela adequação normativa das reivindicações dos povos indígenas aos modelos já institucionalizados e segundo critérios de racionalização e controle das ações em saúde.

8) A construção das políticas públicas deve estar embasada em conhecimentos etnográficos aprofundados sobre as realidades indígenas locais: itinerários terapêuticos, combinações de fatores econômicos, políticos e culturais, contextos de intermedialidade, atuação dos diversos agentes de cuidado com a saúde em relações hierárquicas de poder e as próprias práticas de auto-atenção relacionadas à organização social, cosmológica e ritual nas quais elas estão inseridas. Esses conhecimentos devem subsidiar a compreensão das realidades epidemiológicas e orientar a intervenção em saúde nas comunidades indígenas.

9) A formação dos profissionais de saúde, a organização de serviços, os sistemas de referência e contra-referência e as diferentes áreas técnicas de atuação da Funasa (Desai, DSEI), devem ser adequadas para atender efetivamente as demandas por atenção diferenciada em saúde das comunidades indígenas.

10) A construção de políticas públicas voltadas para as “medicinas tradicionais indígenas”, em sua interface com o campo da assistência farmacêutica, que engloba a questão dos fitoterápicos e do uso de plantas medicinais, deve respeitar os direitos intelectuais coletivos referentes ao acesso aos conhecimentos tradicionais associados, considerando as legislações internacionais e nacionais que abordam o tema.

11) Deve-se criar instâncias de diálogos interculturais, interdisciplinares e interinstitucionais para propiciar a eficácia e a legitimidade das ações em saúde dirigidas às populações indígenas, incluindo as esferas de decisão.

12) O Projeto “Estudos Culturais e Ambientais para a Sustentabilidade do Sistema Médico Fulni-ô: Oficina de Manipulação de Plantas Medicinais” deve ser

renegociado com as lideranças comunitárias Fulni-ô a fim de atender às expectativas da comunidade. Além disso, ele deve estar de acordo com as exigências legais concernentes à proteção de direitos intelectuais coletivos. A Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II não deve, pela natureza estruturante dos projetos que apóia, responder pelas demandas criadas pela ausência de uma política de assistência farmacêutica estruturada.

13) Todas as políticas de saúde voltadas para os povos indígenas (saúde mental, saúde da mulher e da criança, vigilância nutricional e segurança alimentar, assistência farmacêutica, dentre outros) devem considerar e estar articuladas às “medicinas tradicionais indígenas”, de acordo com os itens acima especificados.

14) Aproximar a reflexão antropológica sobre as “medicinas tradicionais indígenas” e os conhecimentos indígenas a fazer cotidiano dos profissionais de saúde que atuam nos Pólos-Bases, DSEI e a todas as instâncias do SUS.

15) Que as políticas públicas relacionadas às “medicinas tradicionais indígenas” considerem os sistemas médicos em contextos, evitando a descontextualização de praticantes, práticas e saberes indígenas de acordo com aspectos legais, morais e éticos dos próprios povos indígenas; bem como, a mercantilização, o controle, a regulamentação e a normatização pelo Estado das “medicinas tradicionais indígenas”.

Encaminhamentos:

- 1) Publicação dos Anais da I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena;
- 2) Publicação de um livro com os resultados e experiências dos projetos;
- 3) Criação de um Grupo de Trabalho interinstitucional, com caráter consultivo, objetivando subsidiar a execução de ações relacionadas à Área de Medicina Tradicional Indígena do Projeto Vigisus II/Funasa.
- 4) Dar continuidade às Reuniões de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena, de forma a consolidar o grupo de discussão sobre o tema e ampliar a participação de indígenas vinculados aos projetos em desenvolvimento.
- 5) A próxima Reunião deve aprofundar os temas discutidos e incluir novos temas em seu conteúdo programático, tais como: metodologias participativas; ética em pesquisa; papel e contribuição da Antropologia na construção e implementação de programas e políticas de atenção diferenciada a saúde indígena; avaliação do andamento das ações da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus/Funasa; direitos de imagem.
- 6) Reunião da equipe da Área de Medicina Tradicional Indígena com o GT para elaboração da proposta de confecção de um documentário etnográfico, para a orientação das publicações da Área de MTI visando à sistematiza-

ção dos resultados das experiências desenvolvidas, e a construção de subsídios para novos projetos de pesquisa e intervenção da Área.

- 7) Elaboração de um DVD multimídia com as apresentações e discussões realizadas durante a I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena.

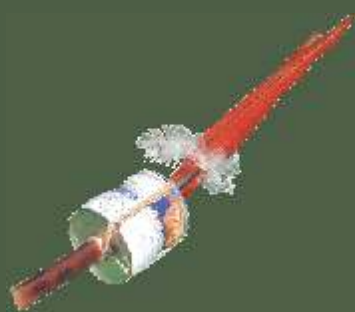
Pirenópolis, 05 de agosto de 2006.

Participantes:

1. Gilton Mendes dos Santos (OPAN, UFAM/MA);
2. Miguel Maron Teixeira (OPAN)
3. Edison Rodrigues de Souza (OPAN)
4. Ivar Luiz Vendrusculo Busatto (OPAN)
5. Edison Benedetti Ruiz (DSEI Cuiabá)
6. Ledson Kurtz de Almeida (consultor Vigisus MTI)
7. Graciliana Selestina Gomes da Silva (COIMI)
8. Rita de Cássia Maria Neves (consultora Vigisus MTI)
9. Mônica Maria Henrique dos Santos (DSEI-PE)
10. Maria Eliane Barreto da Silva (farmacêutica)
11. Liliane Cunha de Souza (consultora Vigisus MTI)
12. Ricardo Calaça Manoel (Instituto Olhar Etnográfico)
13. Virginia Litwinczik (Instituto Olhar Etnográfico)
14. Laura Pérez Gil (NESSI/UFSC, Instituto Olhar Etnográfico)
15. Maria Railda de Souza (DSEI Alto Juruá)
16. Maria Cleudes Lira Leon (DSEI Alto Purus)
17. Flávia Cristina de Mello (NESSI/UFSC)
18. Esther Jean Langdon (NESSI/PPGAS/UFSC)
19. Thiago Antonio Machado de Ávila (CTI Timbira)
20. Marina Denise Cardoso (UFSCAR)
21. Elaine Moreira (UFRR)
22. Renato Monteiro Athias (NEPE/PPGA/UFPE)
23. Georgia da Silva (PPGAS/UFPE)
24. Fabíola Wust Zibetti (CPGD/UFSC)
25. Denise Rosana Wolf (IECAM)
26. Mirian de Fátima Chagas (MPF/PR - RS)

27. Ângela Maria Baptista (6^o Câmara - MPF)
28. Ângelo Giovani (Departamento de Assistência Farmacêutica, MS)
29. Walteir Chaves Costa (SEDUC/RO)
30. Marlinda Patrício (antropóloga)
31. Mario Castelani (Desai/Funasa)
32. Miguel Fotti (Desai/Funasa)
33. Luciane Ouriques Ferreira (Gerente da AMTI, Projeto Vigisus/Funasa)
34. Patrícia Osório (consultora Vigisus MTI/Funasa)
35. Rayane Monteiro Meneses (estagiária MTI, Projeto Vigisus/Funasa)
36. Selmo Norte (Gerente do Subcomponente III, Projeto Vigisus/Funasa)
37. Guilherme Macedo (Coordenador Técnico do Projeto Vigisus/Funasa)
38. Tânia Ferreira (Consultora Vigisus Subcomponente I/Funasa)

A I Reunião de Monitoramento dos Projetos de Medicina Tradicional Indígena ocorreu entre os dias 01 a 05 de agosto de 2006 em Pirenópolis/GO. Neste momento foram relatados os resultados dos projetos de pesquisa-ação da Área de Medicina Tradicional Indígena, Projeto Vigisus II/Funasa; apresentadas outras experiências de projetos relacionados aos sistemas médicos indígenas; e abordadas questões relativas à propriedade intelectual, à proteção da diversidade sociocultural e às políticas públicas associadas às medicinas tradicionais e à saúde indígena. MEDICINA TRADICIONAL INDÍGENA EM CONTEXTOS - ANAIS DA I REUNIÃO DE MONITORAMENTO é uma compilação das apresentações realizadas durante o evento.



Medicina Tradicional Indígena



**Projeto
VIGISUS**

Fundação
Nacional
de Saúde

Ministério
da Saúde

