

Introdução

A questão que motivou a escrita deste trabalho foi apresentar ao leitor como os Munduruku vivenciam a gestação, o parto e o pós-parto em tempos que se coloca a difícil tarefa de valorizar, reconhecer e respeitar a diversidade étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil e a necessidade de minimizar os processos de medicalização da saúde indígena sem, com isso, abrir mão do direito de cidadania de acesso aos serviços de saúde biomédicos. Especialmente porque, do ponto de vista dos Munduruku, a biomedicina não é uma panaceia, e sim um recurso mais entre outras formas de atenção à saúde com o qual pretendem contar para prevenir, solucionar, minimizar ou tratar questões relativas às enfermidades. Gostaria de destacar que, apesar das diferenças entre os saberes biomédicos e os saberes indígenas no trato com a saúde, mulheres e homens Munduruku têm articulado esses saberes no nível das práticas de “autoatenção” relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto (Menéndez, 2003; 2009).

Neste trabalho, práticas de “autoatenção” referem-se, em sentido lato, às atividades realizadas por sujeitos coletivos ou individuais, que implicam na reprodução biossocial do grupo. Em sentido estrito, tais práticas referem-se àquelas manejadas intencionalmente nos processos de saúde/doença/atenção no âmbito familiar de forma relativamente autônoma aos especialistas¹. Cumpre esclarecer desde já que a gesta-

1 O conceito de formas de autoatenção, proposto por Menéndez (2003; 2005; 2009), se insere no debate da antropologia dedicada ao estudo dos processos de saúde/enfermidade/atenção em contextos de pluralidade médica. O autor propõe que as pesquisas deveriam focalizar os saberes de pessoas leigas, uma

ção, o parto e o pós-parto não eram tratados como eventos de doença pelos Munduruku. Ainda assim, ocupavam posição central nas preocupações e nos interesses nativos sobre a saúde, na medida em que constituíam parte de um conhecimento acumulado pelas experiências compartilhadas ao longo de gerações que versavam sobre a vitalidade das relações sociais, afetivas e cosmológicas. Os Munduruku compartilhavam assim uma “cosmografia” mantida pelo esforço em gerenciar um distanciamento ideal entre eles e os outros seres que habitam o cosmo. Neste trabalho utilizo o termo cosmografia de acordo com a definição de Little, a qual abrange

the collective, historically contingent identities, ideologies, and environmental knowledge systems developed by a social group to establish and maintain human territory (Little, 2001: 5).

Para os Munduruku, o cosmo estaria organizado em distintos lugares – entre os quais cito aqueles que ocupam um papel destacado na vida cotidiana: *centro, beira, aldeia, embaixo da terra, fundo do rio e ar* –, de tal forma que cada um desses espaços seria habitado por distintos seres. Assim, a cosmografia praticada pelos Munduruku remeteria à inscrição de significados particulares ao seu território. A construção social desses significados abrangia também um conjunto determinado de práticas e de relações sociais na condução adequada da vida cotidiana e convivência com os demais seres do cosmo, o qual podemos chamar de cosmopolítica. A manutenção de um distanciamento ideal, além de definir espaços e tempos de circulação cotidiana para os Munduruku, estava subsumida em um conjunto de deveres e modos de proceder como formas de garantir e manter a saúde individual e coletiva.

Embora se reconheça, por um lado, nas políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas no Brasil, que esses produzem e mane-

vez que, em geral, os estudos conduzidos a partir dos saberes de especialistas tendem a destacar muito mais as divergências e os antagonismos do que as articulações entre as diferentes formas de atenção à saúde.

jam saberes relativos à saúde e doença, apontando a estreita relação entre estes saberes e a dimensão sociocultural e geográfica de cada povo e a relevância destes saberes no enfrentamento das enfermidades cotidianas, por outro lado, as políticas de Estado, ainda assim, operam reproduzindo uma imagem caricatural e estereotipada do que identificam como medicina indígena. Conforme apontaram Ferreira (2013) e Scopel (2013), no Brasil, as políticas de Estado acomodam uma definição da medicina indígena sustentada na oposição alegórica entre tradicional e moderno. Esta alegoria colocaria a medicina tradicional no polo de “crenças” do passado, imutável, e os índios como guardiões de um conhecimento “natural” a ser preservado como testemunho do patrimônio da humanidade (Conklin, 2002). No polo oposto, estaria a medicina moderna, convencional, científica, tecnológica, em crescente transformação, baseada em evidências, de abrangência e relevância mundial, devendo estender-se aos cantos mais remotos do mundo em nome da “boa saúde” ou do “bem-estar” (Lock, 2004).

Os efeitos dessa alegoria sobre a “medicina tradicional indígena” repercutem diretamente na concepção das políticas públicas de saúde e na atuação dos profissionais de saúde que tendem a “essencializar” as formas de atenção à saúde e às enfermidades praticadas pelos povos indígenas (Langdon, 2007). Ao focalizar as práticas de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto realizadas por mulheres e homens Munduruku, vem à tona um conjunto de saberes que dificilmente os profissionais de saúde biomédicos compreenderiam como eficaz no cuidado com a saúde, ainda que tais práticas cumprissem um papel inquestionável, do ponto de vista dos indígenas, para o bem-estar na produção de pessoas. E isso, em parte, resulta da imagem caricatural de uma medicina tradicional indígena universal. Imagem que desconhece as especificidades locais porque parte de uma postura cientificista e biológica, que embasa a forma de atenção biomédica à saúde e às enfermidades (Langdon, 2007: 112).

A atribuição de determinadas características à forma de atenção biomédica – como eficácia pragmática, orientação curativa, relação médi-

co-paciente assimétrica e subordinada, exclusão do saber do paciente, profissionalização formalizada, biologismo, associabilidade, a-historicidade, aculturalismo, individualismo, identificação ideológica com a racionalidade científica, saúde/enfermidade como mercadoria, tendência à medicalização dos problemas e à separação entre teoria e prática – permite caracterizar o “modelo médico hegemônico (MMH)” (Menéndez, 2005: 47)².

Se, por um lado, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) prevê em seu escopo uma atenção diferenciada, sensível às “especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos” (Brasil, 2002: 7), por outro, a biomedicina alopatia está em um processo contínuo de expansão mundial³. Isso resultaria em uma tensão entre princípios e projetos aparentemente contraditórios, mas com efeitos singulares nos contextos de pluralidade médica. Às políticas públicas de Estado de reconhecimento, valorização e integração dos saberes indígenas nos serviços de saúde sobrepõe-se a racionalidade do modelo médico hegemônico em selecionar, avaliar, validar e capacitar, por exemplo, os praticantes indígenas conforme uma

- 2 Cumprir destacar que, conforme assinala o próprio Menéndez, por ser um modelo, isto é, uma abstração feita com intenção heurística, esta caracterização corresponde apenas parcialmente à realidade

[...] *el manejo de modelos como de tipos ideales debe asumir desde el principio que el tipo y el modelo no equivalen a “la realidad” que quieren describir y explicar, sino que son construcciones basadas en la realidad* (Menéndez, 2011: 37).

Entretanto, ainda assim, a definição de modelo médico hegemônico permite identificar alguns elementos norteadores na forma de atenção biomédica alopatia com a qual os indígenas têm contato através dos serviços de atenção primária gerida pela Secretária de Atenção Básica à Saúde Indígena (Sasi) no Brasil, como nas ações de controle e acompanhamento pré-natal ou de planejamento familiar, nos serviços prestados no âmbito da atenção secundária e terciária da rede municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) (Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Garnelo, 2003; 2012; Langdon *et alii*, 2006; Scopel, 2013; Ferreira, 2013).

- 3 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002.

orientação marcadamente biologista de caráter e pretensão universalista. Isso produz uma relação de subalternização e desvalorização de alguns saberes indígenas e seus praticantes em detrimento de outros saberes, em consequência da identificação via uma aproximação pelas categorias similares àquelas praticadas e reconhecidas pela biomedicina (Langdon, 2013; Sesia, 1996). Em termos práticos, isso significa a promoção de uma imagem genérica e reducionista dos especialistas indígenas, como, por exemplo, pajé ou parteira, em consequência da operação lógica de equivalência errônea entre categorias distintas, mas pensadas como similares pelos gestores de políticas públicas e pelos profissionais de saúde biomédicos. Langdon (2007; 2013) sublinhou que o equívoco em se pensar o pajé como um tipo de médico e a parteira como um tipo de obstetra, frequente nas iniciativas das políticas de Estado, se pautaria em uma concepção limitada da medicina tradicional indígena desconhecidora da pluralidade étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil e da diversidade de especialista indígenas e mesmo das práticas xamânicas e dos pajés. Ao que tudo indica, isso também ocorre em outros países, como no México. Sesia (1996) assinalou que as iniciativas do governo mexicano em capacitar parteiras, ao fim, acabaram por reforçar e promover o modelo de atenção biomédico, pois os cursos oferecidos desconheciam e ignoravam os saberes específicos dessas especialistas.

Entre os Munduruku, identificamos a atuação de uma diversidade de especialistas indígenas cujas práticas, de modo algum, podem ser reduzidas a competências específicas (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012). Notamos mesmo que os saberes relativos a *pegar criança*, isto é, sobre partejar, não estão restritos às práticas das *parteiras*⁴. Como pretendo demonstrar neste trabalho, os partos realizados durante o período de minha pesquisa de campo foram realizados, em geral, por mulheres mais velhas da família extensa. Embora haja atualmente parteiras na Terra Indígena Kwatá-Laranjal (TIKL), seria um equívoco su-

4 Destaco em *itálico* os termos de uso corrente no cotidiano entre os Munduruku.

por que a prática de partejar fosse restrita a essas especialistas. Ao contrário, meus dados apontam que *pegar criança*, *puxar mãe do corpo* e *pegar barriga*, saberes centrais nas formas de atenção indígena à gestação, ao parto, ao pós-parto e à saúde da mulher de modo geral, estavam diluídos na sociedade Munduruku e não limitados à atuação de especialistas. Em síntese, *parteira*, no contexto da TIKL, emerge como categoria social cuja definição genérica e universal não contempla a diversidade de práticas associadas aos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, nem mesmo a heterogeneidade de praticantes indígenas envolvidos no processo de nascimento.

A Pnaspi (Brasil, 2002: 13 e 17-18) reconhece a diversidade social e cultural dos povos indígenas e recomenda a articulação com “sistemas tradicionais de saúde”, mas o modelo médico hegemônico sustenta sua crescente expansão na reprodução de relações sociais de hegemonia e subalternidade. Embora a Pnaspi tenha a noção de “articulação” como diretriz, a qual pressupõe o reconhecimento e o respeito aos saberes indígenas e às iniciativas de ações nos serviços de saúde que se somem a estes saberes, sem sobrepor-se a eles, o que se verificou nas políticas de Estado foram diferentes tentativas de integração. Segundo Langdon (2007; 2013), tais políticas de integração dos saberes indígenas e seus praticantes redundaram em equívocos, reforçando a emergência de categorias sociais e reproduzindo a hegemonia da biomedicina, uma vez que, para integrar, era preciso capacitar ou produzir evidências científicas que fundamentassem a legitimidade e a prática segura dos especialistas e seus saberes a partir do paradigma biomédico (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Ferreira, 2013; Langdon, 2013; Pérez-Gil, 2007). Em síntese, à diretriz da “atenção diferenciada” preconizada na Pnaspi (Brasil, 2002), sobrepõe-se o crescente movimento de expansão mundial da biomedicina alopatíca e conseqüentemente da medicalização da saúde⁵.

5 Há estudos sobre a expansão do modelo biomédico de atenção ao parto realizados em diferentes países. O estudo de Sargent e Bascope (1996) sobre conheci-

Esse processo de expansão biomédica verifica-se, por exemplo, nas políticas de saúde reprodutiva no Brasil e mundo afora. No Brasil, por exemplo, em 2004, o Ministério da Saúde lançou um plano de ação para a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para o período de 2004-2007, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a humanização e melhoria na qualidade desses serviços a “[...] segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades [...]” (Brasil, 2004: 6). A mulher indígena aparece como um desses segmentos, aos quais se propõe melhorar as condições de vida e saúde por meio da ampliação dos serviços de atenção integral à saúde em 100% dos polos base, da capacitação dos profissionais de saúde que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e no treinamento de parteiras indígenas (Brasil, 2004: 43). Outro exemplo seria o plano de ação especial para reduzir a mortalidade infantil e materna e para ampliar as ações de atenção básica junto às populações indígenas, lançado pelo Ministério da Saúde em 2012⁶. Para isso, foi instituído o Comitê de Gestão Integrada das Ações de Atenção à Saúde e Segurança Alimentar dos Povos Indígenas, coordenado pelo Ministério da Saúde, mas que integrava ações de outros ministérios, entre eles, o Ministério da Defesa, o Ministério da Justiça/

mentos relacionados ao parto feito no México, nos Estados Unidos e na Jamaica, cada qual caracterizado pelo acesso ou não à alta tecnologia obstétrica e hospitalar. Fiedler (1996) discutiu as mudanças nos conhecimentos e representações sobre o parto no Japão e a interação entre parteiras e obstetras no contexto hospitalar. No Brasil, há ainda a dissertação de Giberti (2013) sobre o processo de nascimento entre os Pankararu, Pernambuco, na qual a autora destacou uma articulação entre os conhecimentos indígenas e biomédicos sobre gestação e parto. Cito também o trabalho de Tornquist (2004), que analisou a complexidade do processo de medicalização do parto no Brasil e apontou as similaridades com o movimento mundial de expansão da forma biomédica de assistência ao parto e as especificidades nacionais e regionais de institucionalização do parto hospitalar ao estudar as iniciativas do movimento pela humanização do parto e nascimento.

6 Conforme site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=1862>. Acessado em: 26 Nov. 2013.

Fundação Nacional do Índio (Funai), o Ministério do Desenvolvimento Agrário e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Segundo o Plano, 16 DSEI's seriam selecionados em todo o Brasil para a execução imediata das ações de ampliação de cobertura vacinal, de vigilância nutricional e suplementação alimentar, de incentivo ao aleitamento materno, além da realização de exames sorológicos (HIV, sífilis, hepatites B e C), acompanhamento de pré-natais, identificação e monitoramento dos casos de gravidez de alto risco e articulação com a rede municipal e estadual de saúde para atendimento dos casos de média e alta complexidades. A intenção expressa era que esses serviços, em sua maioria da prática biomédica, fossem promovidos em todos os 34 DSEI's, ao longo do tempo. Ambas as iniciativas previam ações integradas com outros ministérios do governo federal e com secretarias municipais e estaduais para ampliar a cobertura da atenção primária biomédica às populações indígenas.

Infelizmente, no que se refere às ações executadas e aos resultados alcançados, ainda pesam as dificuldades de notificação dos dados. Em novembro de 2013, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão do Ministério da Saúde responsável pela gestão da saúde aos povos indígenas no Brasil desde 2010, promoveu um encontro junto à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para institucionalizar a vigilância de óbitos maternos e infantis⁷. O encontro teve por objetivo alertar sobre a importância do registro da causa da morte para adequar as estratégias de redução das taxas de mortalidade materna e infantil, que apresentam índices superiores às médias nacionais, segundo os gestores da SVS. Entre as estratégias apontadas foram destacadas as propostas de intensificação da vigilância epidemiológica e de informação, de implantação de sistemas informatizados e de integração da atuação dos setores de saúde indígena, em suma, discutir e aprimorar o processo de registro e fluxo dos dados. Envolve toda política pública de

7 Conforme site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=44217>. Acessado em: 24 Nov. 2013.

saúde a ideia de o maior controle das informações ser central na definição das estratégias de ações locais. Entretanto, apresentamos recentemente um trabalho sobre o fluxo de dados acerca dos programas de controle de hipertensão, diabetes e vigilância alimentar e nutricional em crianças nos polos base da TIKL, no qual se evidenciaram algumas descontinuidades e contradições da medicalização no contexto indígena (Scopel & Dias-Scopel, 2010; Scopel, Dias-Scopel & Diehl, 2010). A produção e o fluxo dos dados, ao invés de gerar informação epidemiológica sobre a situação para repercutir no planejamento das ações, fora reduzida a um controle sobre o trabalhador/indivíduo e sobre as ações dos profissionais de saúde. Além disso, havia uma descontinuidade dos dados entre os níveis locais e o nível da gestão do DSEI, isto é, os profissionais que atuavam nas aldeias reclamavam da falta de retorno das análises epidemiológicas sobre os dados consolidados mensalmente. Este é um fato que transpassa outros contextos indígenas (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Scopel, Dias-Scopel & Diehl, 2010; Scopel & Dias-Scopel, 2010). Os problemas envolvidos no registro e fluxo dos dados pode gerar uma situação difícil para o planejamento das ações, especialmente se levarmos em consideração a grande rotatividade de profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais de saúde indígena (Emsi) e o nível de gestão dos DSEI's (Diehl; Dias-Scopel & Langdon, 2012).

Nesse cenário de subnotificação, de falhas nos fluxos de dados e de alta rotatividade dos profissionais da Emsi, extensivo ao contexto da TIKL, os agentes indígenas de saúde (AIS), os agentes de saneamento e os agentes microscopistas Munduruku tiveram uma atuação importante nas ações de atenção básica. Na TIKL, por exemplo, 52% dos AIS que estavam trabalhando durante o período da pesquisa de campo já atuavam há mais de dez anos no cargo. Estes AIS, conseqüentemente, tinham uma longa experiência de trabalho junto à Emsi e acumulado saberes e procedimentos biomédicos, como pesar, aferir pressão, fazer sutura, aplicar injeções (embora essa tarefa tenha sido retirada do conjunto de atividades que realizavam), usar o termômetro, além de

preencher uma série de formulários com dados relativos aos programas controlados por eles nas aldeias (como, por exemplo, controle de hipertensão e diabetes, e pesagem das crianças). E embora os AIS não fossem expertos nos saberes indígenas para enfrentamento dos processos de saúde/enfermidade/atenção, também incluíram em suas práticas cotidianas indicação de *remédios caseiros* e de especialistas indígenas.

Entretanto, verifica-se uma gradativa e contínua expansão da medicalização da saúde indígena e dos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, como veremos ao longo deste trabalho, no contexto da TIKL. Entendo que é importante considerar os processos de indigenização da biomedicina como forma efetiva de articulação de saberes (Sahlins, 2007: 544), porém, sem minimizar o crescente processo de medicalização da gestação, do parto e do pós-parto no campo da saúde indígena⁸.

Como veremos, os Munduruku têm articulado as formas de atenção indígena e biomédica no nível das práticas de autoatenção relativas à

8 A proposta de Sahlins permite uma explicação alternativa sobre os arranjos culturais em suas especificidades locais frente às análises de processos de hegemonia/subalternidade ou resistência em um mundo cada vez mais globalizado, interconectado, de economia capitalista e expansão biomédica. Conforme Sahlins (1997a; 1997b; 2007), os processos de “indigenização” exemplificam a agência das populações indígenas nos processos de expansão das fronteiras capitalistas de modo a prover o próprio desenvolvimento, otimizando as próprias dinâmicas socioculturais e políticas, em conformidade com um ideal próprio de boa vida e bem-estar. No campo específico da saúde indígena, podemos pensar que esses processos promoveram práticas de “intermedicalidade”. Greene (1998) utiliza a noção de intermedicalidade para apontar a incorporação de recursos biomédicos como penicilina, aspirina e outros elementos não indígenas como gasolina, por exemplo, feita pelos xamãs peruanos em suas práticas xamânicas, que, ao final, cooperavam para inspirar o poder deles. Estudos feitos entre populações indígenas no Brasil também têm utilizado a proposição de Sahlins sobre indigenização para enfatizar o complexo fluxo de bens, informações e trocas entre o nível local, da aldeia, e o nível nacional e internacional, com foco especial nos espaços de produção das políticas públicas de saúde (Garnelo, 2003; Scopel, 2007; Ferreira, 2013).

gestação, ao parto e ao pós-parto. As mulheres indígenas fazem uso de *banhos*, *pegam barriga*, *puxam a mãe do corpo*, seguem dietas alimentares e junto com seus maridos cumprem prescrições sobre determinadas atividades físicas, entre outras práticas articuladas ao acompanhamento pré-natal feito no polo base, com a enfermeira, ou exames laboratoriais realizados nas unidades do SUS. Além disso, os partos ocorrem tanto na aldeia como no hospital da cidade mais próxima da TIKL. Esta articulação entre saberes – indígenas e biomédicos – acomoda diferentes conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia da gestação, do parto e do pós-parto, sobre concepção e formação do corpo, sobre prevenção e manutenção da saúde ou tratamento de determinadas enfermidades e sobre reprodução, entre muitos outros aspectos. Além disso, acomoda também paralelos entre a racionalidade terapêutica indígena e a biomédica como, por exemplo, o reconhecimento do efeito iatrogênico dos medicamentos, a importância dada à alimentação e um ideal de minimização de riscos e de estados de vulnerabilidade.

O nascimento de uma criança, para os Munduruku, mobiliza uma diversidade de atores sociais envolvidos em esforços coletivos e individuais na expectativa de garantir e manter o bem-estar da criança e igualmente da mãe e do pai. O nascimento de uma criança é mais bem compreendido como processo que abarca um conjunto de ações e relações sociais orquestradas durante a gestação, o parto e o pós-parto, cujos sentidos visados atravessam motivações estreitamente relacionadas com o bem-estar da família e não apenas do indivíduo, seja este a criança, a mãe ou o pai, com a produção de pessoas hábeis socialmente e com a modelação do corpo desejável, em síntese, com a produção e manutenção da sociabilidade Munduruku. Se, por um lado, as expectativas que orientam os atores sociais mobilizando-os a engajar-se em relações sociais ao longo do processo de nascimento permitem enfatizar alguns elementos que compõem a estrutura social, por outro, inflectem também as estruturas da situação ou do campo de ação em que se movem. Nesse sentido, é importante ter em mente o contexto de pluralidade de formas de atenção à saúde e enfermidades, com o

qual conviviam os Munduruku da TIKL. Havia os serviços de saúde biomédicos, ofertados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e pelo SUS, que constituíam uma das formas de atenção às enfermidades, juntamente com as formas de autoatenção, as formas de atenção indígena (*pegadores de desmentidura e rasgadura, benzedores, parteiras*), xamânicas (*pajés, espiritistas, remédios caseiros*) e religiosas (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012; Scopel, 2013).

A análise das práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto realizadas por mulheres e homens Munduruku permitiu focalizar o nascimento como um processo de reprodução biossocial tanto de novos membros na família elementar, de laços afetivos entre os membros da família extensa, da sociedade Munduruku, quanto dos próprios saberes sobre concepção, fisiologia, anatomia e comportamentos adequados à gestação, ao parto e ao pós-parto. Ainda mais, a análise das práticas de autoatenção relativas a esse processo apontou que as mulheres Munduruku vêm articulando os saberes indígenas com os saberes biomédicos. Assim, parece razoável problematizar sobre o modo como os Munduruku têm articulado práticas indígenas e práticas biomédicas no trato com a gestação, o parto e o pós-parto, e refletir sobre quais dinâmicas, relações sociais e ideologias, nesse contexto de pluralidade médica, são (re)criadas, mantidas e transformadas a partir da interação interétnica. Cabe perguntar igualmente como a proposta de uma “atenção diferenciada” pode contemplar os saberes indígenas e seus praticantes sem que, para isso, precise validá-los ou capacitá-los segundo uma racionalidade biomédica.

ATENÇÃO DIFERENCIADA E O ÍNDIO HIPER-REAL

No contexto da saúde indígena no Brasil, desde a I Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1986, já se apontava a importância da “atenção diferenciada” para melhorar a qualidade e eficácia dos serviços biomédicos ofertados a essa população. Na época, o Brasil passava por um período de redemocratização e de reforma sanitária em que muitos segmentos da sociedade civil organizada reuniram-se para pro-

por e fazer incorporar suas demandas na Constituição de 1988. Ramos (1995) cita a importância do movimento indígena e a extensiva participação de lideranças indígenas associadas a antropólogos, jornalistas, missionários, indigenistas, entre outros, nesse processo. A Constituição definiu os princípios de acesso universal e igualitário aos serviços do SUS e a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária como diretrizes da organização dos serviços (Brasil, 1988, Seção II, Da Saúde). A Carta garante aos índios o direito à sua organização social, aos costumes, às línguas, crenças, tradições e às terras tradicionalmente ocupadas (Brasil, 1988, Capítulo VIII – Dos Índios). Destaca ainda, no Capítulo II, o direito ao trabalho, lazer, à saúde, educação, alimentação, maternidade e infância, à proteção entre outros direitos sociais. Com a criação do SUS, em 1990, ampliou-se a cobertura dos serviços de saúde à população brasileira, e com a criação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, foi garantido ao indígena um modelo diferenciado e global de atenção à saúde como parte da rede do SUS⁹.

O Subsistema de Saúde Indígena passou por diversas reformulações quanto à definição dos órgãos competentes e de suas atribuições para a promoção da saúde aos povos indígenas de 1999 até 2010, quando as ações passaram da gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para a Sesai, no interior do Ministério da Saúde¹⁰. Todavia, os princípios aprovados na Pnasp ainda figuram como diretrizes para

9 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é instituído pela Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e

dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

10 A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) foi criada inicialmente pelo Decreto n.º 7.336, de 19 de outubro de 2010. Este foi revogado pelo decreto n.º 7.530, de 2011, o qual, por sua vez, foi também revogado pelo decreto n.º 7.797, de 2012, sendo novamente revogado pelo decreto n.º 8.065, de 7 de agosto de 2013, atualmente vigente.

a promoção das ações de atenção à saúde, com foco na participação comunitária nas atividades de planejamento, execução e controle dos serviços. No tocante à promoção de uma “atenção diferenciada”, destaca-se:

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (Brasil, 2002: 17-18).

Após mais de uma década da aprovação da Pnapsi, a demanda por “atenção diferenciada” ainda consta da pauta de reivindicações dos povos indígenas no Brasil. A convocação da V Conferência Nacional de Saúde Indígena, por exemplo, foi aprovada com o seguinte título: “Subsistema de atenção à saúde indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”. No documento que visa orientar as pautas de discussão da V Conferência Nacional, realizada em dezembro de 2013, destacam-se as ações de saúde voltadas à criança e à mulher indígena.

Langdon (2013) citou algumas dificuldades subjacentes à implementação de uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas no Brasil. A autora apontou as diferenças ideológicas que embasam as noções de integração e de articulação e citou a falta de entendimento por parte dos gestores e profissionais de saúde sobre o que seria e como promover uma “atenção diferenciada”. A noção de articulação supõe diálogo entre os atores envolvidos (Langdon, 2013). Todavia, há algumas dificuldades na construção desse diálogo devido à projeção de imagens holográficas ou hiper-reais dos índios (Ramos, 1995). Ramos analisou a relação interétnica entre índios e indigenistas pro-

fissionais de instituições privadas das ONGs e concluiu que os profissionais brancos projetavam um simulacro da ética branca, ao forjarem a imagem de um índio modelo/modelo de índio, um índio hiper-real com qualidades, valores, padrões éticos e estéticos ao construir seus objetos de política: a defesa dos direitos indígenas. Sugiro que as ideias de imagem holográfica e índio hiper-real podem ventilar as análises no campo da saúde indígena, uma vez que também os gestores e profissionais de saúde parecem atuar a partir da imagem de um índio modelo/modelo de índio e sua “medicina tradicional”. Ao índio hiper-real contrapõe-se o “índio de verdade” e sua alteridade irreduzível às “essencializações” singulares e homogeneizantes.

Assim sendo, a permanência da temática da “atenção diferenciada” nos debates nacionais sobre a questão da saúde indígena bem como as considerações apontadas por Langdon (2013) parecem indicar a importância de tomá-la não como fato social dado *a priori*, mas como noção em processo de construção, com força para produzir e reproduzir um marco social, ideológico, legal e institucional nas políticas públicas de saúde para os povos indígenas com e contra a tendência homogeneizadora do Estado. Por um lado, a noção de “atenção diferenciada” pode ser observada como projeto do movimento indígena e sua implementação como ato político importante para o reconhecimento da diversidade e das especificidades culturais desses povos e para evidenciar as experiências históricas vividas como realidades de exploração econômica e marginalização social. Por outro lado, é possível também identificar as matrizes ideológicas de políticas internacionais, ratificadas pelo Estado brasileiro, na configuração de políticas nacionais de saúde pública como, por exemplo, a Pnasp, conforme apontou Ferreira (2013). Ao mesmo tempo em que há um esforço para lutar contra as imagens que as políticas de Estado se esforçam para impor ao “tradicional”, coexiste a necessidade de lutar contra a invisibilidade cultural, social e sanitária dos povos indígenas, especialmente nos contextos de grande proximidade aos centros urbanos e na Região Norte do Brasil.

Uma invisibilidade que se estende também sobre a falta de dados epidemiológicos e antropológicos sobre a saúde da mulher indígena no Brasil, cuja produção poderia impactar no planejamento de ações de saúde de forma adequada às especificidades locais (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Pérez-Gil, 2007; Ferreira, 2013). Isso se torna uma questão relevante, uma vez que o SUS e a Sesai definem o levantamento epidemiológico como base para a promoção de estratégias adequadas e ações racionalizadas de intervenção em saúde. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Coimbra Jr. *et alii*, 2009), a situação de saúde das mulheres e crianças indígenas é pior do que as registradas para a população não indígena, sendo ainda mais críticas nas aldeias localizadas na Região Norte¹¹. Isso apareceu nos dados analisados, por exemplo, referentes ao número de consultas realizadas durante o pré-natal e tipo de exames solicitados, entre eles, o baixo percentual e até a ausência de sorologia das principais infecções, como para detectar sífilis. Além disso, também sugeriram problemas de subnotificação e registro das ações, reconhecendo que isso poderia impactar nas análises feitas. Contudo, com base nos dados obtidos e analisados, verificaram a baixa cobertura dos serviços de saúde, além da baixa qualidade dos serviços de atenção ao pré-natal para as populações indígenas, e isso incluía a falta de registro das ações e procedimentos realizados. Os autores concluíram que:

Assim, mostra-se necessário investimentos na qualificação profissional para um acompanhamento obstétrico e materno-infantil satisfatório, a fim de se promover a equidade entre indígenas e não indígenas e de perseguir o objetivo primordial da atenção pré-natal: o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (Coimbra Jr. *et alii*, 2009: 203).

11 Este inquérito foi o primeiro levantamento nacional sobre as condições de saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil, resultado de um projeto da Funasa, financiado pelo Banco Mundial e executado por pesquisadores de diversas instituições sob a coordenação geral do pesquisador Carlos Coimbra Jr., da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

É necessário ressaltar que a efetividade das ações biomédicas não resulta somente da qualificação profissional ou da expansão da cobertura dos serviços de atenção à saúde ou ainda de formas mais competentes de produção e controle das informações e dos dados epidemiológicos.

Neste trabalho, inspirado pelas reflexões de Boccarra (2012), sugiro que a “atenção diferenciada” não seja apenas uma noção, mas um campo social e simbólico orquestrado por diferentes atores com interesses e entendimentos igualmente diversos envolvidos na promoção da saúde dos povos indígenas¹². Pesquisas recentes ainda demonstram que não há um significado fixo, evidente, nem mesmo compartilhado acerca da noção de “atenção diferenciada” (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Langdon, 2013). Trata-se antes de um campo social em formação, não de um conceito apenas. Nesse processo de construção do campo da “atenção diferenciada”, podemos assumir que

saberes culturais constituem não apenas explicações e significados, mas também ideologias através das quais certas realidades políticas e econômicas são legitimadas (Comaroff, 2013).

Nesse sentido, a abordagem antropológica tem muito a contribuir, pois, há muito, já apontou que os saberes e as práticas relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto são eventos marcados culturalmente,

12 Bocarra (2012) faz uma revisão do conceito de interculturalidade, no Chile. A partir de uma análise histórica dos usos desse conceito, situa os diferentes contextos e atores que têm utilizado a noção de interculturalidade e demonstra um deslocamento de seu sentido original. Utilizado a princípio pelo movimento indígena como forma de luta política, marcadamente subversiva, e posteriormente apropriado pelo Estado chileno em sua “retórica neoindigenista”. O autor conclui que a noção de interculturalidade está em processo de construção e se caracteriza como campo social no qual atores, com diferentes posições de poder e interesses, manejam lutas de classificação “*que desembocan en la definición de lo que es la cultura indígena legítima*”. Minha sugestão é que podemos observar um processo semelhante ao redor da noção de “atenção diferenciada” no Brasil.

carregados por uma dimensão simbólica. Desde o início do século XX, com os trabalhos de Van Gennep (1978) e Mauss (2003a), sabemos que a noção de corpo varia historicamente e de sociedade para sociedade. Esses autores ensinaram que o corpo emerge, na antropologia, como categoria analítica, portanto, socialmente construída. De modo semelhante, os estudos de etnologia indígena das Terras Baixas Sul americanas, desde a década de 1970, advertem o investimento na construção da pessoa e fabricação dos corpos como uma singularidade que transpassa a diversidade linguística, social e cultural das populações indígenas sul-americanas, embora realizados por mecanismos e arranjos sociais que demarcam universos e convenções simbolicamente diversos (Seeger; Da Matta; Viveiros de Castro, 1979). Recentemente, alguns autores têm apontado que as formas de produção de corpos e pessoas entre as populações indígenas amazônicas inscrevem-se nas relações de parentesco e de gênero (Belaunde, 2005, 2006; Conklin, 2001; McCallum, 1999, 2001; Viegas, 2003). Em geral, esses estudos contribuem para o exercício de estranhar as nossas próprias noções de corpo, pessoa, gênero, família, saúde, doença, morte etc. Um estranhamento salutar na busca do diálogo interétnico.

Espero que este livro contribua com uma etnografia sobre a forma como os Munduruku vivenciam atualmente o nascimento de um novo ser, com foco nas práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto e para um debate crítico sobre a “atenção diferenciada” às populações indígenas no Brasil.

