I - Povos indígenas e o processo saúde–doença

2. Processo saúde–doença

Carlos E. A. Coimbra Jr.
Ricardo Ventura Santos
Andrey Moreira Cardoso

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

COIMBRA JR., C. E. A., SANTOS, R. V., and CARDOSO, A. M. Processo saúde–doença. In: BARROS, D. C., SILVA, D. O., and GUGELMIN, S. Â., orgs. *Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena* [online]. Vol. 1. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 47-74. ISBN: 978-85-7541-587-0. Available from: doi: [10.7476/9788575415870.004](https://doi.org/10.7476/9788575415870.004). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fyyqb/epub/barros-9788575415870.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

2. Processo saúde–doença

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Ricardo Ventura Santos

Andrey Moreira Cardoso

Qualquer discussão sobre o processo saúde–doença dos povos indígenas precisa levar em consideração a sociodiversidade existente.

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde que, associado às particularidades socioculturais de cada etnia, está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional, nas diversas regiões do país. Ao longo dos séculos, essas frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, especialmente vírus, ocasionando graves epidemias; quer seja pela usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência, e/ou pela perseguição e morte de indivíduos ou mesmo de comunidades inteiras. No presente, emergem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem as doenças crônicas não-transmissíveis, a contaminação ambiental e a dificuldades de sustentabilidade alimentar, para citar poucos exemplos.

Para compreendermos o processo de saúde–doença dos povos indígenas, é necessário lançar mão de múltiplas perspectivas, oriundas da história, da antropologia e da saúde pública. É preciso olhar para o passado a fim de entender as dinâmicas contemporâneas. Configura-se fundamental atentar para a cultura desses povos, sua riqueza e seus conhecimentos, assim como para as formas de interação com a sociedade nacional, de modo a entendermos como os povos indígenas respondem às doenças em seu cotidiano.

Como vimos anteriormente, no Capítulo 1 deste livro, “Povos indígenas no Brasil”, são aproximadamente 220 etnias, com diferentes organizações social, econômica e cultural e com as mais diversas experiências de contato e interação com a sociedade nacional.

A saúde e a doença no passado

Na visão de muitos, antes da chegada dos europeus ao Brasil, em 1500, os índios viviam em um ambiente no qual se encontravam pouco expostos a doenças. Nessa perspectiva, o continente americano é apresentado como uma espécie de paraíso na Terra, com flora e fauna abundante, fartura de alimentos e poucos agravos capazes de produzir sofrimento, doença ou morte.

A VISÃO IDEALIZADA DA VIDA DOS INDÍGENAS NO PASSADO

Segundo a famosa *Carta do Piloto Anonymo*, documento contemporâneo à epístola de Pero Vaz de Caminha: “Os homens e as mulheres, formosos de corpo, andavam nus, com toda a inocência. Pescavam, caçavam, dormiam suspensos em redes, cercavam-se de aves lindas e multicores. No meio do clima doce, viviam em pleno estado natural” (CAMINHA apud FRANCO, 1937, p. 34).

Essa carta teve ampla circulação na Europa seiscentista e, acredita-se, exerceu profunda influência na construção do mito de um “estado social primitivo”, segundo o qual vivia-se em harmonia com a natureza generosa, esbanjando saúde e felicidade. Um século depois, o padre francês Claude d’Abbeville, observou que:

os índios lhe pareciam fisicamente bem proporcionados [...] eram notavelmente longevos e sadios. Viviam normalmente de 100 a 140 anos, embora ele tenha tratado com alguns que carregavam, frescos e bem dispostos, 160 e até 180 janeiros. As mulheres, com 80 e 100 anos ainda davam de mamar às crianças (D’ABBEVILLE apud FRANCO, 1937, p. 48).

De certo modo, tal visão sobre as terras americanas estava em franca oposição com o que prevalecia na Europa da época, onde grassavam grandes epidemias que dizimavam parcelas expressivas da população (como a varíola e a peste), fome disseminada, guerras intermináveis e muitas outras mazelas sociais.

Estudos desenvolvidos com base em várias disciplinas, como a arqueologia, a paleopatologia (estudo das doenças no passado, em geral a partir da análise de esqueletos, múmias, fezes fossilizadas etc.) e a biologia, mostram que a visão da América produzida pelos primeiros cronistas é uma simplificação que, talvez por satisfazer a um anseio romântico que se difunde em meio à sociedade moderna industrial, perdura até hoje.

Recuperar as principais causas de adoecimento e morte na América pré-colombiana é tarefa bastante complexa. Os povos indígenas que vivem no Brasil no presente, assim como seus ancestrais, não desenvolveram a escrita, de modo que não temos registros dessa natureza.

O texto *Diversidade cultural das sociedades indígenas*, apresentado no Capítulo 1, também enfoca essa questão.

Para vislumbrar esse passado, geralmente lançamos mão de dados arqueológicos e paleopatológicos, a fim de buscar reconstruir quais doenças afetavam as populações no continente antes da chegada dos europeus. Informações complementares advêm de investigações biomédicas realizadas entre populações indígenas recém-contatadas, com vistas a caracterizar seu perfil imunológico e parasitário, na expectativa de que, ao menos em parte, reflitam as condições do passado.

Essas várias abordagens geram informações de enorme relevância, mas apresentam limitações de diversas ordens. Por exemplo, somente uma parcela muito pequena de esqueletos e outros remanescentes humanos pré-históricos são preservados. Assim, os estudos paleopatológicos baseiam-se em séries reduzidas, em geral recuperadas em locais onde as condições de preservação são mais adequadas. Portanto, não são amostras representativas do passado. Além disso, muitas causas de morte não deixam registro no material ósseo. Se, de um lado, é possível determinar a causa da morte de um indivíduo que faleceu, por exemplo, em razão de um traumatismo craniano resultante de luta ou acidente – pois o paleopatologista é capaz de identificar a fratura –, de outro, a partir da análise do esqueleto, é impossível afirmar, por exemplo, que uma criança faleceu devido à desidratação decorrente de um episódio de diarreia. No caso de algumas doenças infecciosas, como a tuberculose e a sífilis, além das análises macroscópicas do esqueleto, baseadas em técnicas da biologia molecular (análise do DNA), tem sido possível determinar se os indivíduos eram portadores ou não de infecção. Quanto ao estudo de populações recém-contatadas, há sempre a possibilidade de já terem sido expostas anteriormente a doenças introduzidas e por elas desconhecidas, apesar de viverem em relativo isolamento. Por exemplo, uma doença como a malária, transmitida pelo mosquito *Anopheles*, não requer contato face a face entre índios e não-índios para sua transmissão.

Fotos 1 e 2 – Coprólito (fezes humanas fossilizadas), no qual foram encontrados ovos de helmintos parasitas (ancilostomídeos)

Foto: Adauto Araújo

Foto: Adauto Araújo

Nota: Coprólito escavado no sítio arqueológico da Pedra Furada, Piauí, datado de aproximadamente 7 mil anos atrás.

Apesar de todas essas dificuldades, há alguns aspectos relativamente bem estabelecidos quanto à história das doenças que acometiam os índios no passado (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1992; SOUZA; ARAÚJO; FERREIRA, 1994). Há doenças que já existiam nas Américas antes da chegada dos europeus, como a tripanosomíase sul-americana (doença de Chagas), algumas parasitoses intestinais (como a ancilostomose e a tricuriase) e a leishmaniose tegumentar. Outros exemplos incluem a tuberculose e as treponematoses. Algumas viroses, como hepatite B e herpes, também são consideradas nativas do continente americano. A análise de arcadas dentárias pré-históricas evidencia que, por exemplo, a cárie e as infecções periodontais afetavam os indígenas e tinham forte inter-relação com os padrões de subsistência (possuíam pior dentição aqueles que praticavam a agricultura).

Além desses fatores de origem infecciosa, os estudiosos das doenças da pré-história do continente americano sinalizam para um cenário muito possivelmente marcado por adoecimento e morte vinculados às atividades ocupacionais (acidentes devido à derrubada de árvores, acidentes ofídicos, afogamentos etc.) e, em alguns contextos, por causa de conflitos intergrupais (guerras). Uma vez que a fecundidade das mulheres era elevada, provavelmente era alta a mortalidade materna.

Foto 3 – Fêmur de um adulto evidenciando cicatriz de fratura com seqüela, possivelmente devido a acidente, com encurtamento do osso

Nota: Fêmur datado de aproximadamente mil anos atrás, encontrado no sítio arqueológico Praia das Laranjeiras II, Balneário Camboriú, Santa Catarina.

Tanto no caso das doenças infecciosas como no de outros agravos, é importante ressaltar que havia consideráveis diferenças nos perfis de adoecimento e morte de população para população. Aparentemente pequenas diferenças ambientais ou sociocomportamentais (que incluem padrão de espacialização das aldeias, tipo de casa e ecologia alimentar) podiam produzir importantes diferenciais epidemiológicos entre grupos indígenas que habitavam uma mesma região. Por exemplo, populações cuja subsistência era baseada na caça e na coleta apresentavam condições de saúde bucal melhores que aquelas de agricultores (isso porque milho e mandioca são importantes agentes cariogênicos). Possivelmente a tuberculose acometia de forma mais acentuada populações pré-colombianas que atingiram densidades demográficas maiores, como nos Andes e na América Central. Uma conjunção de fatores socioeconômicos e ambientais (tipo de moradia, presença de mamíferos domesticados nos domicílios que atuavam como reservatórios do parasita etc.) propiciou a endemização da doença de Chagas por domiciliação (pela adaptação do barbeiro, o *Triatoma infestans*, ao domicílio humano) na região andina, mas não em outras regiões das Américas (COIMBRA JÚNIOR; SANTOS, 1994).

Contrastando com as doenças consideradas autóctones (nativas), há evidências de que aquelas que ocasionaram elevados níveis de depopulação (redução populacional), com a morte de milhares de índios nos primeiros tempos de contato, como a varíola, o sarampo e a gripe, foram introduzidas nas Américas a partir da colonização européia, trazidas de outras partes do mundo. Sobre esse ponto, o naturalista Karl Friedrich P. von Martius, com base em sua viagem pelo Brasil de 1817 a 1820, escreveu o seguinte:

[...] a varíola era completamente desconhecida pelos índios, antes do povoamento português. Agora, porém, com a mais tremenda rapidez alastra-se até aos mais remotos ermos, e cada tribo conhece e teme essa doença, como se fora o mais pernicioso veneno para seu sangue. [...] Assim, a varíola representa na raça vermelha o mesmo papel da peste oriental. Onde explode, separam-se os membros da família; muitas vezes os pacientes são deixados ao desamparo; os sãos, dominados por cego terror e desorientados, fogem, em debandada, para as matas (MARTIUS, 1979, p. 75-76).

Há uma longa discussão sobre as causas que elevaram os níveis de mortalidade da população indígena. Acredita-se que uma das principais razões da depopulação que se seguiu às epidemias foi a desestruturação socioeconômica das aldeias afetadas, o que comprometeu a provisão de água e de alimentos para os doentes, mais do que as debilidades imunológicas (COIMBRA JÚNIOR, 1987).

A RESPOSTA CULTURAL EM FACE DAS EPIDEMIAS

É indubitável o papel exercido pelas doenças infecciosas de caráter epidêmico no delineamento do quadro demográfico atual e, até mesmo, da organização social de significativa parcela da população indígena brasileira. Entre elas destaca-se o sarampo, dados os elevados índices de morbimortalidade, a sua alta transmissibilidade (não raramente disseminando-se por várias aldeias de uma região em curto período de tempo) e ao quadro desolador que, em geral, caracteriza o período pós-epidêmico. A acentuada depopulação observada leva a uma desorganização da estrutura social, assim como a ocorrência de profundas alterações no padrão de assentamento, economia e base de subsistência.

Os índices de letalidade verificados durante epidemias de sarampo são parti-

cularmente elevados quando o grupo atingido é deixado à própria sorte, sem cuidados médicos básicos. Nessas ocasiões, o tipo de resposta do grupo ante a epidemia, acionado com base em seu sistema de crenças e práticas médicas tradicionais, poderá ser de crucial importância para sua sobrevivência. Do ponto de vista epidemiológico, a resposta da população pode muitas vezes direcionar o curso da epidemia. Isso porque a forma pela qual os indivíduos percebem a origem da doença constitui um fator importante na determinação do tipo de comportamento assumido pelo grupo diante da epidemia.

Figura 1 – Representação sobre as práticas de cura em índios das Américas, mostrando importância conferida à sangria (ao fundo) e aos banhos

Fonte: Teodoro De Bry (1995).

Entre os Kaingáng, em meados dos anos 1940, a antropóloga Gioconda Mussolini observou que, como forma de se protegerem contra os espíritos de mortos recentes (a quem atribuem a capacidade de produzir doença e morte), os indivíduos se amontoavam na casa comunal, abandonando todos os serviços. As implicações desse comportamento durante uma epidemia de sarampo são óbvias, já que favorece sobremaneira o contato entre indivíduos sãos e doentes, além de comprometer seriamente o estado nutricional do grupo. A autora também relatou que uma outra maneira de se “protegerem” era fugir do local em que aconteceram as primeiras mortes, pois, segundo lhe foi relatado, “... o espírito que arrebatou o primeiro pode arrebatá-los outros índios”.

A equipe de pesquisadores liderada pelo geneticista James Neel descreveu que, durante o surto de sarampo ocorrido entre os Yanomámi em 1968, vários indivíduos ainda assintomáticos, mas provavelmente passando pelo período de incubação da doença, deixavam suas malocas para fugirem da epidemia, espalhando-a assim por 15 outras aldeias num período de apenas dois meses. A crença de que tinham sido enfeitiçados por espíritos enviados pelos pajés-feiticeiros de aldeias vizinhas os levou a um quadro de completa resignação. Mesmo aqueles ainda não atingidos recolhiam-se às suas redes e aguardavam pela morte “inevitável”.

Comportamento semelhante foi descrito por Darcy Ribeiro entre os Ka’apór (Urubu). Durante a epidemia que os atingiu em 1950, os habitantes da aldeia fugiram para a floresta imaginando tratar-se de um ser sobrenatural que atacaria a aldeia e que poderia ser evitado caso fossem para longe. Ao encontrá-los dispersos na mata, Ribeiro descreveu um quadro desolador, em que muitos já morriam de fome e sede, e as mães, febris e inconscientes.

Extraído e adaptado de Coimbra Júnior (1987).

Outro aspecto relevante que surge com a literatura sobre saúde no passado das Américas é quanto à ocorrência de doenças crônicas não-transmissíveis. O estudo de populações recém-contatadas revela que sobrepeso, obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus* são praticamente inexistentes sob condições tradicionais de vida. Esse perfil se associa às características da alimentação indígena e também a um padrão de moderada a intensa atividade física.

É incorreto afirmar que não existiam doenças no continente americano antes da chegada dos europeus no final do século XV e início do XVI. Por certo as pessoas estavam expostas a muitos agravos. Não obstante, e aqui reside um ponto de grande relevância, era um conjunto de agravos distintos daquele que veio a se estabelecer a partir do contato com os colonizadores. Particularmente, houve a introdução de doenças potencialmente favorecedoras de epidemias (como sarampo, varíola, gripe), que tinham a capacidade de matar grandes contingentes populacionais em um curto período de tempo. Como veremos adiante, alterações verificadas no padrão de ocupação do espaço, na economia e na ecologia alimentar resultaram na sedentarização e no aumento da concentração populacional das aldeias e na dependência alimentar por produtos industrializados. Do ponto de vista epidemiológico, esses fatores guardam estreita relação com

a transmissão de determinadas doenças infecciosas, em particular aquelas veiculadas através da água e dos alimentos contaminados por microorganismos intestinais, e com a emergência de doenças metabólicas associadas ao consumo excessivo de açúcares e à obesidade.

A saúde indígena no presente

Nos dias atuais persiste um cenário no qual muito pouco se conhece sobre as condições de saúde dos povos indígenas, o que é particularmente grave diante da reconhecida condição de vulnerabilidade social a que estão sujeitos. Obviamente, hoje conhecemos bem mais sobre a saúde–doença dos povos indígenas se comparado às evidências disponíveis no passado.

POVOS INDÍGENAS E A “INVISIBILIDADE” DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

No Brasil, não se dispõe de informações detalhadas e confiáveis relativas aos mais básicos indicadores sociodemográficos dos povos indígenas, como taxa de mortalidade infantil, esperança de vida ao nascer ou principais causas de morbidade e mortalidade. São muitas as implicações de ordem prática decorrentes dessa carência de dados. Como direcionar políticas e planos de ação social para grupos que vivenciam situações de isolamento e marginalidade no contexto regional? Como avaliar o impacto de programas nacionais, como, por exemplo, o controle de endemias e a vacinação em grupos étnicos minoritários, com base em indicadores macrorregionais ou nacionais que não têm sensibilidade para detectar a dinâmica dos processos saúde/enfermidade em nível microrregional? Somente com a estruturação de um sistema de estatísticas contínuas, efetivamente confiável e com um maior refinamento metodológico do censo decenal e de outros mecanismos de coleta de dados, no que tange aos povos indígenas, será possível reverter essa danosa “invisibilidade”, demográfica e epidemiológica, em que um dos efeitos mais adversos é impedir que se disponham de dados confiáveis para evidenciar, propor e colocar em marcha mudanças visando a diminuir situações de desigualdade em saúde.

Adaptado de Coimbra Júnior; Santos (2000).

Para refletir

Se você trabalha com povos indígenas, quais são as doenças mais comuns observadas em seu cotidiano de trabalho? Procure descrevê-las considerando faixa etária, sexo e ocupação a que possam estar relacionadas.

Não obstante, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas os colocam em desvantagem perante outros segmentos da população brasileira. É o próprio Ministério da Saúde que corrobora esse diagnóstico, como destaca o documento referente à Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais [...] Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirma a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 10).

Veremos esse assunto no Capítulo 3, “Políticas públicas em saúde para os povos indígenas”.

Passados vários anos desde o início da implantação da atual Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (1999), este cenário continua predominante.

Até um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indígenas num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos. A raridade de tais eventos no presente não elimina o peso exercido pelas doenças infecciosas no cotidiano da maioria dos povos indígenas. Infelizmente, a inexistência de um sistema de informação impede uma análise minimamente detalhada acerca da epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias nas populações indígenas, como também limita tentativas de avaliação de programas de controle das principais endemias. Até mesmo dados de cobertura vacinal são difíceis de serem obtidos.

No Capítulo 3, discutiremos melhor sobre os sistemas de informação voltados para a população indígena.

A tuberculose destaca-se como uma das principais endemias que acomete os povos indígenas no país. Sua importância deve-se não somente a seu peso histórico como fator de depopulação, como também à ampla

distribuição no presente. Durante a primeira metade da década de 1990 foram registrados pela Secretaria da Saúde de Rondônia 329 novos casos de tuberculose em indígenas (ESCOBAR et al., 2001). Essa cifra representa cerca de 10% do total de casos notificados em todo o estado no período, apesar do contingente indígena não alcançar 1% da população total de Rondônia. Um aspecto importante da epidemiologia da tuberculose nas populações indígenas é sua maior incidência em crianças e adolescentes, cerca de 30% a 50% dos casos notificados ocorrem em menores de 15 anos de idade (BARUZZI et al., 2001; BASTA et al., 2004; ESCOBAR et al., 2001).

A relevância da malária no perfil epidemiológico da população indígena é inquestionável. Grupos vivendo em certas áreas da Amazônia e do Centro-Oeste, em especial aquelas sob a influência de fluxos migratórios, atividades de mineração ou de implantação de projetos de desenvolvimento, são particularmente vulneráveis. Nesses contextos, elevadas taxas de morbidade e mortalidade por causa da malária têm sido observadas. O caso dos Yanomámi, ocorrido na segunda metade da década de 1980 e início da década de 1990, mereceu ampla cobertura da imprensa e é particularmente ilustrativo de uma epidemia de malária causada pela invasão de território indígena. A chegada de milhares de garimpeiros em Roraima não só alterou profundamente o ambiente, criando condições para a transmissão da malária, mas também introduziu variedades do parasita (em especial de *Plasmodium falciparum*) resistentes aos quimioterápicos usuais. Segundo Pithan, Confalonieri e Morgado (1991), durante a pior fase da epidemia, cerca de 40% dos óbitos registrados entre os Yanomámi internados na Casa do Índio de Boa Vista foram em razão da malária. Não há estatísticas confiáveis sobre o impacto da malária nas comunidades Yanomámi mais isoladas, mas se sabe que muitas pessoas morreram sem atendimento minimamente adequado.

Uma característica marcante da maioria das áreas indígenas é a precariedade das condições de saneamento. Raramente os postos indígenas, onde convivem funcionários administrativos, agentes de saúde, escolares e visitantes, dispõem de infra-estrutura sanitária adequada. É comum também a ausência de infra-estrutura destinada à coleta dos dejetos e a inexistência de água seguramente potável nas aldeias. Nesse cenário, não é de surpreender que as parasitoses e infecções intestinais sejam amplamente disseminadas.

Fotos 4, 5 e 6 – Condições ambientais e de saneamento em aldeias indígenas de diversas regiões do Brasil

Foto: Paulo Sérgio Delgado

Fonte: Vídeo *Muita terra para pouco índio?*
(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 2002).

Fonte: Vídeo 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena (2006).

As condições ambientais favoráveis à transmissão de helmintos e protozoários intestinais são também aquelas que propiciam a contaminação da água de consumo e dos alimentos por enterobactérias e rotavírus. Em especial os rotavírus (considerados um dos mais importantes agentes de diarreia) têm sido amplamente referidos em inquéritos sorológicos realizados em populações indígenas amazônicas (LINHARES, 1992). O resultado imediato desse cenário marcado por condições ambientais facilitadoras da veiculação de infecções de transmissão hídrica é a elevada carga de doença e morte associada às gastroenterites, chegando a responder por quase metade das internações hospitalares de crianças indígenas e por até 60% das mortes em crianças menores de um ano.

As hepatites constituem importantes causas de morbidade e mortalidade entre os povos indígenas. Diversos inquéritos têm revelado elevadas prevalências de marcadores sorológicos para hepatite B. Por vezes, a presença de portadores crônicos do vírus é numericamente expressiva nas aldeias. Nesses casos, não é rara a presença de co-infecção pelo vírus Delta (HDV), ocasionando óbitos em razão de quadros graves de hepatite aguda. Por exemplo, entre os Mundurukú, no Pará, onde ocorreram vários óbitos por hepatite, Soares e Bensabath (1991) relataram que cerca de 50% dos indivíduos portadores do vírus da hepatite B também se apresentavam positivos para o vírus da hepatite D. A epidemiologia da hepatite C nas populações indígenas ainda não foi investigada sistematicamente.

Coimbra Júnior et al. (1996) chamam a atenção para a presença de inúmeras práticas culturais de cunho ritual, cosmético ou curativo (escarificações, tatuagens, sangrias etc.) por meio das quais pode ocorrer a transmissão dos vírus das hepatites B e D em sociedades indígenas. Tais práticas, aliadas à interação com garimpeiros, militares e outros agentes de frentes de expansão, colocam as populações indígenas (em especial alguns grupos) em condições particularmente vulneráveis para a transmissão não somente de hepatites, como também de outros vírus veiculáveis pelo sangue (ISHAK et al., 2003).

Apreende-se, portanto, que o contexto geral de mudanças socioculturais, econômicas e ambientais no qual se inserem os povos indígenas no Brasil de hoje tem grande potencialidade para influenciar seus perfis de saúde. O detalhamento anterior lista tão-somente uns poucos fragmentos de um quadro sanitário mais amplo, complexo e multifacetado que nos é, em grande medida, desconhecido. Dentre as doenças não mencionadas, sem tentar esgotar a questão, merecem atenção a esquistossomose e o tracoma entre indígenas no Nordeste, a hanseníase na população indígena em geral (sobre a qual não há praticamente informação no que pese essas populações estarem inseridas em contextos sociogeográficos de moderada a alta endemicidade) e a Aids (de norte a sul do país). O tema da saúde da mulher indígena tem sido pouquíssimo investigado, apesar das elevadas prevalências de infecções ginecológicas reportadas em alguns estudos (COIMBRA JÚNIOR; GARNELO, 2004).

Outra questão relevante no cenário da saúde dos povos indígenas diz respeito aos impactos das mudanças ambientais decorrentes da construção de barragens e hidrelétricas em suas terras ou nas proximidades, das

atividades extrativistas como o garimpo, ou mesmo da introdução de novas tecnologias agrícolas que envolvam a substituição do sistema de horticultura consorciada tradicional por monoculturas.

Para refletir

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, quais foram os impactos das mudanças ambientais sobre a saúde das comunidades indígenas na região na qual você atua?

Koifman (2001) mapeia a localização das principais hidrelétricas no país e sua relação com as terras indígenas, chamando a atenção para os seus possíveis impactos sobre a saúde. O foco do autor é a associação entre exposição contínua aos campos eletromagnéticos gerados pelas redes de transmissão e determinados tipos de câncer. Outro agravo ambiental com consequências importantes para a saúde indígena decorre da contaminação pelo mercúrio utilizado em garimpos de ouro na Amazônia. Essa questão associa-se ao consumo de peixe (capaz de concentrar mercúrio orgânico em seu organismo), item importante na alimentação de muitos grupos indígenas, o que favorece a contaminação disseminada pelo mercúrio de indivíduos dos vários grupos etários e de ambos os sexos, mesmo nos casos em que os garimpos estejam situados fora da terra indígena propriamente dita (BRABO et al., 1999; SANTOS, E. et al., 2003).

Um aspecto contemporâneo importantíssimo da saúde indígena no país diz respeito à emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes tipo II. O surgimento desse grupo de doenças como elemento importante no perfil de morbidade e mortalidade indígena está estreitamente associado a modificações na subsistência, na alimentação e no padrão de atividade física que resultam da complexa interação entre mudanças socioculturais e econômicas. No bojo dessas mudanças, verifica-se que, concomitante à emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, há um crescente número de relatos sobre a ocorrência de transtornos psiquiátricos que, não raro, impactam sobre as comunidades de forma disseminada, incluindo jovens e adultos de ambos os sexos. Casos de suicídio, alcoolismo e drogadição vêm sendo reportados em número crescente de etnias. Observa-se também aumento importante das mortes por causas externas, sejam essas ocasionadas por acidentes automobilísticos e uso de maquinário agrícola, ou por violência – em muitos dos casos, assassinatos e mesmo massacres perpetrados por madeireiros, garimpeiros e outros invasores de terras indígenas.

A introdução do sal, as bebidas alcoólicas destiladas e os alimentos contendo elevados teores de gorduras, associados à redução dos níveis de atividade física, têm sido apontados como os principais fatores responsáveis pela emergência da obesidade e da hipertensão nas populações indígenas.

Para refletir

Você observa a emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes, hipertensão arterial e obesidade, nas comunidades indígenas?

Se você é um profissional que trabalha com povos indígenas, algum grupo etário ou de gênero lhe parece mais afetado?

O caso dos Xavánte em Mato Grosso ilustra bem esse processo. No início dos anos 1960, os Xavánte foram estudados por uma equipe constituída por médicos e antropólogos. Cerca de 30 anos depois, o mesmo grupo de índios foi reestudado e os resultados apontam claramente para uma tendência de aumento dos níveis tensionais sistólicos e diastólicos, além de uma correlação positiva entre pressão sistólica e idade, inexistente anteriormente (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002). Os autores desse estudo argumentam que, no curso de quase 50 anos de contato com a sociedade nacional, aconteceram mudanças no estilo de vida que predispuseram os Xavánte à hipertensão e a outras doenças cardiovasculares (DCVs). Por exemplo, houve significativo aumento nas médias do peso corporal dos adultos, bem como redução da atividade física. Atualmente, o arroz constitui a base da alimentação, e o sal é usado diariamente. Além disso, uma parcela expressiva dos homens fuma, o que não acontecia no passado.

A obesidade é um problema de saúde em ascensão nas populações indígenas. Dois casos ilustrativos das inter-relações entre mudanças socioeconômicas e ambientais e suas influências sobre o estado nutricional e composição corporal de adultos são aqueles dos Suruí de Rondônia (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 1996) e dos Xavánte (GUGELMIN; SANTOS, 2001). No final da década de 1980, estudo realizado em adultos Suruí revelou que os indivíduos que já não estavam diretamente envolvidos em atividades de subsistência “tradicionais” consumiam uma dieta que combinava alimentos industrializados pobres em fibras, com elevados teores de gorduras e açúcares, e apresentavam menores níveis de atividade física. Esses indivíduos exibiam médias de peso bem mais elevadas do que a população adulta Suruí em geral. As diferenças alcançavam 7,6 kg entre as mulheres e 5,7 kg entre os homens. Os autores concluíram que o segmento da população Suruí que ganhou mais peso

foi aquele mais diretamente envolvido com o cultivo de café e o comércio de madeira, ocasionando mudanças importantes na alimentação e nos padrões de atividade física. Gugelmin e Santos (2001) compararam duas comunidades Xavante com diferentes trajetórias de contato com a sociedade não-indígena e demonstraram que as médias de peso eram significativamente mais elevadas onde as mudanças ambientais e socioeconômicas foram intensas.

O diabetes tipo II era desconhecido entre povos indígenas até a primeira metade do século XX. Sobretudo na América do Norte, tornou-se um dos mais sérios problemas de saúde em diversas sociedades, por vezes apresentando prevalências que superam aquelas reportadas para a população em geral. A redução da atividade física, o aumento na ingestão calórica e o desenvolvimento de obesidade têm sido apontados como os principais fatores associados à emergência dessa doença nas populações indígenas (VIEIRA FILHO, 1996).

Durante as décadas de 1970 e 1980, a imagem de índios obesos sofrendo de diabetes era estranha para a maioria dos antropólogos e médicos brasileiros. O grupo de pesquisa liderado por Roberto G. Baruzzi, que por várias décadas tem realizado pesquisas e provido assistência às populações indígenas do Parque do Xingu, conduziu vários inquéritos que não detectaram casos de diabetes ou obesidade (BARUZZI; FRANCO, 1981). Os povos indígenas Xinguanos são conhecidos por manterem-se aderidos a um sistema de subsistência e alimentar relativamente tradicional, apesar das mudanças verificadas nos últimos anos. Um panorama bem distinto, no entanto, foi observado por João Paulo B. Vieira Filho que, com base em anos de trabalho entre os Xavante, sintetiza bem o problema:

Quando iniciei minhas visitas anuais aos índios Xavantes de Sangradouro e São Marcos, há 20 anos, observei que eram delgados e com atividade física intensa, não havendo nenhum caso com sintomatologia de diabetes melito. [...] Nos últimos anos, têm ocorrido casos de diabetes com sintomatologia exuberante entre os Xavantes que se tornaram obesos (VIEIRA FILHO, 1996, p. 61).

Portanto, as mudanças nos perfis de adoecimento e morte que se observam nas populações indígenas no Brasil, com a rápida emergência de doenças crônicas não-transmissíveis, tendem a adquirir maior visibilidade no futuro próximo, como reflexo da intensidade das mudanças

socioculturais, comportamentais e ambientais. Conhecer a dinâmica da transição em saúde dessas populações reveste-se de importância estratégica para orientar a organização, o planejamento e a melhoria da qualidade dos programas e serviços destinados à assistência aos indígenas.

Saúde, cultura e enfermidade

Saúde e doença constituem processos de extrema complexidade, por conjugarem fatores biológicos, ambientais, socioeconômicos e culturais, o que impossibilita estabelecer uma hierarquia entre eles.

Pode-se dizer, de um lado, que uma dimensão do processo de geração de conhecimento no campo da saúde é “universal”. Por exemplo, os resultados de pesquisas em campos como imunologia, genética e farmacologia podem ser aplicados a qualquer contexto. De outro lado, outras abordagens igualmente importantes para o entendimento da complexidade dos fatores que se conjugam na determinação da saúde e da doença em uma dada população ou comunidade enfatizam a importância do “particular”. É nesse contexto que entra a antropologia, ciência que nos ensina que o processo saúde–enfermidade de uma população é estreitamente associado a sua visão de mundo, a sua **cultura**.

Doença e morte constituem parte integral da experiência humana e, por conseguinte, da dinâmica de qualquer sociedade. Sem subestimar a importância dos fatores bioecológicos, socioeconômicos e políticos na determinação do processo saúde–enfermidade, a abordagem antropológica no estudo das doenças privilegia os fatores de ordem cultural.

No que pese o desenvolvimento das pesquisas no campo da antropologia médica (ou antropologia da saúde), prevalecem no planejamento e na execução dos programas e serviços de saúde as informações e diretrizes oriundas do campo biomédico. Como observa Elizabeth Uchoa e J. Vidal (1994), “os programas de saúde partem do pressuposto de que a informação gera uma transformação automática dos comportamentos das populações frente às doenças”. Essa abordagem (reducionista) negligencia os diferentes fatores sociais e culturais que intervêm na adoção dos comportamentos ante a doença e os riscos de adoecer.

Cultura – Há muitas definições possíveis do conceito de cultura. Segundo Helman (2003, p. 12):

“cultura é um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios esses que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação a outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural. [...] Proporciona aos indivíduos um meio de transmitir suas diretrizes para a geração seguinte mediante o uso de símbolos, da linguagem, da arte e dos rituais. Em certa medida, a cultura pode ser vista como uma ‘lente’ herdada para que o indivíduo perceba e entenda o seu mundo e para que aprenda a viver nele”.

CULTURA, SOCIEDADE E OS SETORES DE CUIDADOS À SAÚDE

Para se analisar a oferta de saúde em um dado contexto local, o antropólogo e médico Arthur Kleinman propôs um esquema que apresenta a interatividade de três setores, que podem se sobrepor: familiar, popular (*ou folk*) e profissional (KLEINMAN, 1978). Em geral, é no setor familiar que as pessoas inicialmente se percebem e experimentam os sintomas da doença, decidindo o que fazer e se engajando em comportamentos de procura por cura. O setor popular caracteriza-se por não ser burocrático, constituindo-se de especialistas que não passaram necessariamente por treinamento universitário e que não têm profissão regulamentada. O reconhecimento e a legitimação pela comunidade são definidores de sua inserção e para o desempenho das atividades de “curador”. Esse setor inclui parteiras, xamãs, pajés, rezadores, ervateiros etc. Finalmente, o setor profissional compreende as profissões de saúde organizadas burocraticamente, cujos profissionais passam por um treinamento formal, técnico ou universitário. Na maioria das sociedades, este setor é representado pela moderna medicina científica e demais profissões reconhecidas como da área da saúde (medicina, enfermagem, farmácia, nutrição etc.). A utilização alternada ou simultânea desses diferentes setores do sistema de cuidados caracteriza o que se denomina de “pluralismo médico”.

O antropólogo Moacir Haverroth utilizou esse esquema de análise para estudar o tratamento da diarreia em crianças entre os Warí (Pakaánova), povo que vive em Rondônia, próximo da fronteira com a Bolívia (HAVERROTH, 2004).

Haverroth observou que os tratamentos caseiros constituem recurso importante, por vezes a única opção à qual as mães recorrem para tratar os filhos com diarreia. Os outros setores de cuidados são buscados de acordo com a percepção acerca da gravidade do episódio de diarreia e de sua possível causa, além da disponibilidade de recursos econômicos e de transporte. A eficácia terapêutica, entendida como a supressão dos sinais e sintomas, constitui um dos critérios mais importantes na determinação do itinerário terapêutico, ou seja, o roteiro seguido pelo doente e seus familiares na busca da cura.

Na esfera familiar, o uso de “remédios do mato” (cascas, raízes, sementes, folhas maceradas) é amplamente difundido entre os Warí, que podem ser administrados ao doente de forma combinada ou associada. Um remédio muito conhecido para o tratamento da diarreia é a planta chamada *ka karama*, a qual pode ser usada de várias formas. Trata-se de um tipo de cipó que, quando cortado, libera um líquido que deve ser bebido pelo doente. Ao mesmo tempo, o cipó pode ser amarrado à cintura do doente para ajudar na cura. Segundo os Warí, o corpo humano é percebido como cheio de “buracos”, ou poros, através dos quais se dá a passagem tanto de remédios para o seu interior como a entrada e a eventual eliminação/expulsão de agentes causadores de doença.

Além de “remédios” propriamente ditos, há certas comidas, principalmente à base de aves, que são prescritas (ou seja, indicadas) para o doente não apenas como alimento, mas cujo caldo pode ser usado também como “banho” ou aplicado através de fricção. Porém, há animais que são proscritos (ou seja, proibidos) da alimentação do doente.

No caso das diarreias, a recorrência ao xamã não é comum entre os Warí, mas eventualmente ele pode ser consultado.

No presente, as famílias Warí fazem amplo uso de medicamentos industrializados, que podem ser facilmente adquiridos no posto de saúde da aldeia ou comprados diretamente no balcão de qualquer farmácia na cidade mais próxima.

Em síntese, o itinerário terapêutico de uma criança Warí com diarreia inicia no domicílio e, a partir daí, pode tomar vários rumos, mantendo-se dentro dos limites e recursos da aldeia (que inclui o posto de saúde) ou seguindo-se para a cidade mais próxima, Guajará-Mirim, onde está localizada uma Casa de Saúde do Índio mantida pela Funasa, assim como várias farmácias e clínicas que oferecem cuidados médicos especializados.

É importante frisar que a escolha e a busca de recursos terapêuticos para um evento particular de doença não são necessariamente excludentes, sendo possível o emprego de vários “remédios”, simultaneamente ou não, de distintas origens (mato, xamã, posto de saúde, farmácia etc.). Ou seja, a experiência de estar doente insere-se em um dinâmico processo de pluralismo médico.

O reconhecimento e a percepção de sinais e sintomas são determinantes do comportamento do doente em relação à doença e ao seu grupo social, assim como do grupo social em relação ao doente. Há, portanto, uma “construção cultural” sobre a doença que independe do diagnóstico médico. O caso da hanseníase ilustra bem este ponto. Sob a ótica estritamente médica, é questão relativamente bem resolvida, já que sua etiologia, patogenia, diagnóstico e tratamento são conhecidos e padronizados. No entanto, a construção cultural da hanseníase leva, com frequência, a uma visão muito diferente acerca da doença, estigmatizando o doente e trazendo, dentre outras consequências, a imposição de sérias barreiras à sua aceitação e integração no meio social.

Em relação ao modelo de atenção à saúde indígena corrente no Brasil, atentar para concepções culturais de corpo, saúde/doença, contágio, cura e prevenção é imperativo para que se assegure o sucesso das ações de saúde entre esses povos. Em tese se preconiza que o ideal seria conceber

Como vimos no Capítulo 1 deste livro, são centenas de etnias indígenas no país; o que nos permite falar em igual número de culturas indígenas.

programas e serviços de saúde específicos para cada povo ou sociedade, mas sabe-se que, na prática, tal abordagem é extremamente difícil, se considerarmos a complexidade do processo de formulação e execução de uma política nacional de saúde.

A tensão entre a tendência ao universalismo das ações de saúde e a especificidade (ou a particularidade) das demandas, que assume uma roupagem matizada segundo a cultura local, estará sempre presente. Esse reconhecimento é fundamental para que o cotidiano das práticas nos serviços de saúde seja pautado pelo respeito às diferentes formas de expressão e de comportamento diante dos agravos. Estamos falando, portanto, da necessidade de um exercício contínuo de relativismo cultural nas intervenções e nas reações dos profissionais de saúde que, em seu dia-a-dia, atendem pacientes etnicamente diferenciados. É fundamental, portanto, que se levem em conta os diferentes processos lógicos (por conseguinte, culturais) que caracterizam cada contexto.

RELATIVISMO CULTURAL

No final dos anos 1950, Benjamin Paul, um dos precursores dos estudos em antropologia da saúde, buscou ilustrar a centralidade do “relativismo cultural” no entendimento da determinação da saúde/doença. Paul parafraseou o famoso malariologista Samuel Darling, que se notabilizou por trabalhos de controle dessa endemia durante a construção do Canal do Panamá: “se você deseja controlar os mosquitos, deve aprender a pensar como um mosquito” (PAUL, 1955). Em outras palavras, para que se obtenha sucesso no combate a esses insetos, é importante conhecer detalhadamente seu comportamento reprodutivo, ciclo de picadas etc. Da mesma forma, se almejarmos trabalhar com sociedades humanas, é igualmente importante conhecermos seus hábitos, sistemas de crenças e práticas de saúde, conhecimentos sobre cura/prevenção e prioridades de saúde. Essa perspectiva ajuda a garantir a compreensão, a participação e o engajamento da comunidade nas ações de saúde.

Entre os povos indígenas no Brasil, saúde, doença e enfermidade estão intimamente relacionados ao conceito de “corpo” que não é o mesmo das sociedades ocidentais, estas fortemente pautadas pela racionalidade científica que entende o corpo como uma estrutura biológica que cresce, desenvolve-se e funciona como um sistema anátomo-fisiológico regulado biogeneticamente. Na visão indígena, trata-se de um “corpo” culturalmente construído, ou seja, que não se desenvolve ou sobrevive “naturalmente”, mas que requer constantes intervenções sociais (exter-

nas), que poderão variar segundo sexo, idade, linhagem etc. Segundo Eduardo Viveiros de Castro, com base nas pesquisas que realizou entre os Yawalapiti do Alto Xingu,

[o corpo humano] precisa ser submetido a processos intencionais, periódicos, de fabricação [...] tal fabricação é concebida dominante, mas não exclusivamente, como um conjunto sistemático de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo e o mundo: fluidos corporais, alimentos, eméticos, tabaco, óleos e tinturas vegetais (CASTRO, E. V., 1981, p. 31).

A importância de intervenções externas sobre o corpo visando seu pleno desenvolvimento pode ser percebida em vários exemplos extraídos da literatura antropológica. A fecundação constitui um bom exemplo do que estamos falando. Como observa Seeger (1980), o entendimento de muitos povos indígenas sobre essa questão distancia-se do modelo ocidental, científico, segundo o qual o feto resulta da combinação de um gameta masculino (espermatozóide) e um gameta feminino (óvulo). Para os Suyá, os Araweté, os Yawalapiti e tantos outros povos indígenas, a criança se forma a partir do acúmulo de sêmen no útero, circunscrevendo o papel da mulher na concepção de um “receptáculo”. A contribuição física, efetiva, da mãe dá-se após o nascimento, por meio da alimentação da criança. Nas palavras de Viveiros de Castro (1981, p. 33),

a expressão “estou fazendo (meu filho)” é usada pelos Yawalapiti para explicar as ações de um homem [...] durante o período em que [este] constrói, por relações sexuais repetidas, o corpo da criança no corpo da mãe (CASTRO, 1981, p. 33).

Vê-se nesse exemplo a centralidade das intervenções sociais no processo de construção ou de fabricação do corpo humano, da “pessoa”, nas sociedades indígenas.

Não pára na concepção e nascimento o processo de construção (sociocultural) do “corpo”, da “pessoa”. São bem conhecidos os rituais de reclusão aos quais são submetidos os adolescentes em diferentes sociedades indígenas, e que incluem tratamentos por vezes dolorosos que combinam rigorosas proibições alimentares, o uso de eméticos, a aplicação de sangrias, além de atividades físicas que podem ser extenuantes – como a bem conhecida caçada de fogo entre os Xavante (COIMBRA JÚNIOR et al., 2002; MAYBURY-LEWIS, 1967). Nas palavras de Viveiros de Castro,

Corpo – Se o entendimento corrente da antropologia em relação à perspectiva indígena de “corpo” leva-nos a uma concepção do corpo como lócus da construção da vida social, capaz de interligar diferentes domínios da cultura, faz sentido buscar entender os processos fisiológicos, como a alimentação, o adocimento ou mesmo a cura, como processos sociais.

Em geral, os sistemas indígenas de interpretação das doenças articulam-se, de um lado, às múltiplas dimensões do indivíduo doente (que incluem, por exemplo, o descumprimento de proibições sexuais ou alimentares) e, de outro, aos poderes da sociedade e da natureza, externos a sua pessoa e ao seu grupo social imediato (por exemplo, o ataque de espíritos de animais e feitiços).

Doença, segundo Albert e Gomez (1997, p. 44), “constitui um fenômeno global pelo qual o doente, sua família e sua aldeia analisam e reconstróem suas relações com o mundo perigoso dos ‘outros’, humanos ou não-humanos, que os cerca”. Para os familiares e afins, o que acontece a um de seus corpos pode afetar os demais, principalmente quando certos membros do grupo são percebidos como mais fracos ou vulneráveis, no caso de crianças e velhos. Dessa forma, doença e cura devem ser vistas como processos sociais que forçosamente irão incluir, para além do doente, seus familiares e afins.

[para os Yawalapiti] toda reclusão é sempre concebida como uma mudança substantiva do corpo. Fica-se recluso, dizem, para “trocar o corpo”, “mudar o corpo”. Não apenas para isso, é certo: para formar, também, ou reformar, a personalidade ideal-adulta, sobretudo no caso da reclusão pubertária, a mais importante (CASTRO, E. V., 1981, p. 35).

Tais rituais constituem importantes marcadores de mudança, de transição, tendo como objetivo: fazer crescer “forte”, fazer um adulto “bonito”, mudar o **corpo**.

SAÚDE, DOENÇA E A NOÇÃO DE CORPO NAS COSMOLOGIAS INDÍGENAS

Entre os Suyá do Parque do Xingu, o antropólogo Anthony Seeger observa, por exemplo, que quando alguém apresenta um pé infeccionado (inchado e ardendo),

o pai, a mãe, os irmãos e irmãs plenos, além de seus filhos, evitarão comer pimenta, sal, a carne avermelhada de determinado peixe, ou peixe com dentes afiados. Acredita-se que, uma vez que partilham basicamente da mesma substância corporal, quando um deles come essas comidas quentes, ou comidas da cor de fogo (vermelho), ou a carne do peixe com dentes pontiagudos, os efeitos (o calor, a pungência) serão sentidos pelo parente doente. Seu pé ficará mais vermelho, mais inchado, e ele terá dores agudas como se o dente de peixe estivesse nele (SEEGER, 1980, p. 129).

Para Julio C. Melatti (1976), um caso como esse ilustra o que designa “relações de substância”, de extrema importância para se entender o sistema político, vida cerimonial, regras alimentares e práticas de cura indígenas. De acordo com essa lógica, pais, filhos e afins estão ligados por relações ou laços de identidade corporal que remontam a concepção que, em última instância, reduz o corpo a uma essência única – sêmen, criador, pai. Nos dizeres de um homem Suyá, ao esfregar seu corpo: “[...] é tudo sêmen” (SEEGER, 1980, p. 129).

Determinadas culturas indígenas elaboram praticamente toda e qualquer doença ou agravo (inclusive o que poderíamos chamar de “acidentes”) baseados numa lógica xamânica. Por exemplo, a não observação de prescrições e proibições alimentares, sexuais e rituais (como o resguardo menstrual ou aquele do pós-parto) pode trazer doença não somente ao transgressor, mas também aos seus parentes próximos. Comumente é

o **xamã** ou pajé quem intervém para restabelecer a ordem ou debelar a “doença”, por meio de sessões rituais de cura da qual tomam parte, além do doente, familiares e afins.

Há situações em que o potencial humano de produzir o “mal” é preponderante sobre outros modelos explicativos de doença, recaindo sobre indivíduos pertencentes a outras aldeias ou facções (clãs, linhagens etc.) as acusações de feitiçaria. Entre os Yanomámi, visitantes de aldeias vizinhas são comumente “acusados de se vingar de atritos diversos (insultos, avareza, ciúme sexual, roubos) com uma feitiçaria baseada no uso de plantas e substâncias mágicas, em geral jogadas ou sopradas durante os encontros cerimoniais intercomunitários” (ALBERT; GÓMEZ, 1997, p. 45-46).

Figura 2 – Representação sobre as práticas de cura em índios das Américas, mostrando a ação de xamãs e o uso do tabaco e de outras ervas

Fonte: Teodoro De Bry (1995).

Xamã é palavra que vem da língua siberiana tungue e designa aquele que faz a mediação entre o mundo humano e o mundo dos espíritos. Segundo a antropóloga Jean Langdon (1996, p. 26), o xamanismo constitui um “sistema cosmológico no qual, na sua expressão simbólica, o xamã é o mediador principal”. Para a autora, as experiências extáticas constituem a base do poder xamânico e envolvem várias técnicas que incluem o uso de substâncias psicoativas, sonhos, cantos e danças, dentre outras.

Figura 3 – Representação de um “espírito auxiliar” de uma xamã Suruí, desenhado pelo próprio xamã

Fonte: Carlos E. A. Coimbra Jr. (1980).

Espíritos maléficos associados a determinados locais na floresta, a quedas ou mesmo a picadas de cobras são percebidos como relacionados ao mundo sobrenatural. Em qualquer uma dessas situações, portanto, os Yanomámi recorrerão à cura xamânica (ALBERT; GÓMEZ, 1997; TAYLOR, 1996).

MALÁRIA E CULTURA ENTRE OS YANOMÁMI

Segundo o antropólogo Bruce Albert,

[os Yanomámi fazem marcada diferença] entre doenças que afetam o indivíduo (*rããra*) e doenças que afetam a coletividade (*waiwai*). Assim, um caso isolado de coma malárico pode ser associado a uma agressão de espíritos xamânicos ou a um ataque de feiticeiros inimigos *oka*, enquanto crises de malária afetando vários membros de uma aldeia são interpretados como *xawara* (epidemia). Temos aqui um exemplo típico dos conflitos de interpretação entre medicina ocidental e etiologia Yanomámi que os profissionais de saúde podem encontrar no campo; conflitos que só podem ser resolvidos com diálogo intercultural. No caso, convencer a aceitar o tratamento antimalárico significa, ao mesmo tempo, admitir a relevância da etiologia indígena e persuadir os parentes do doente de que a malária é também uma das causas da doença. Uma confrontação direta com a interpretação xamânica só levaria ao conflito e ao fracasso terapêutico (ALBERT; GOMEZ, 1997, p. 49).

É importante frisar, no entanto, que nem todas as culturas indígenas recorrem igualmente ao xamã para intermediar os processos de cura. Na realidade, há sociedades que sequer possuem a figura do xamã como um especialista que se diferencia dos demais membros do grupo, ou, mesmo tendo o xamã, este não desempenha papel na cura ou prevenção das doenças. Segundo o antropólogo Marco Antônio Gonçalves, “[...] o xamanismo Pirahã não se insere como rito de cura, e as práticas terapêuticas estão **completamente ausentes** de seu contexto” (2001, p. 145, grifo nosso). Ao interceder junto aos demais seres do cosmos, o xamã Pirahã, por exemplo, desempenha papel estratégico nas guerras ao fornecer, aos guerreiros de seu grupo, informações sobre os inimigos.

Em outros grupos, os xamãs podem ter poderes diversos como, por exemplo, o de “controlar” as espécies (de animais e plantas). Entre os Tapirapé, Charles Wagley relata que os xamãs podem “copular” (durante o sonho) com as queixadas para aumentar o seu número e propiciar sucesso nas caçadas (WAGLEY, 1988, p. 189).

Portanto, nas “culturas xamânicas”, o papel social do xamã transcende o de um “curador”, desempenhando importante papel político, cerimonial e ritual. Insistimos nesse ponto porque se tornou corrente entre profissionais de saúde a noção segundo a qual o xamã seria o equivalente a um

“médico indígena” ou “tradicional”. A Funasa tem promovido cursos e encontros de xamãs, pois entende que, assim fazendo, está promovendo a “medicina tradicional”.

Ao longo deste Capítulo 2, vimos que a cultura constitui o arcabouço no qual é elaborado o complexo sistema de crenças e práticas de saúde. Aí se inserem os referenciais que permitem explicar, no âmbito de um sistema cultural específico, a etiologia, a sintomatologia, o prognóstico, a busca pela cura e pela prevenção das doenças. Tais referenciais são de fundamental importância na ordenação e explicação dos acontecimentos em torno do indivíduo e seu grupo social, dando-lhes sentido e servindo como linha de orientação para a tomada de decisões diante da doença e da morte.

PARA CONSOLIDAR SEUS CONHECIMENTOS

Leia o estudo sobre a etnomedicina dos Baniwa, um povo da região do Alto Rio Negro, no Amazonas: *Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa*, de Luiza Garnelo e Robin Wright (2001), publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 2, p. 273-284, 2001, cujos artigos estão todos disponíveis na página eletrônica do SciELO.

O estudo indicado trata da correlação entre a cosmologia do grupo, seu sistema de representações de doença e práticas de cura e as mudanças advindas do contato com os não-índios. Os autores observaram que o levantamento dos mitos explicativos da origem das doenças demonstrou a existência de diversas categorias tradicionais que orientam as práticas de cura e a incorporação dos saberes biomédicos.

Referências

ALBERT, B.; GOMEZ, G. G. *Saúde Yanomami: um manual etnolingüístico*. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi, 1997.

BARUZZI, R. G. et al. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 407-412, 2001.

_____; FRANCO, L. J. Amerindians of Brazil. In: TROWELL, H. C. (Ed.); BURKITT, D. P. (Ed.). *Western diseases: their emergence and prevention*. Londres: Edward Arnold. 1981. p. 138-153.

BASSO, E. *The Kalapalo Indians of Central Brazil*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.

BASTA, P. C. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 37, n. 4, p. 338-342, 2004.

BRABO, E. S. et al. Níveis de mercúrio em peixes consumidos pela comunidade indígena Sai Cinza, na reserva Mundurukú, Município de Jacarecanga, Estado do Pará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 325-331, 1999.

CASTRO, E. V. *Araweté: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.

_____. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero, 1981. p. 31-41.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre essas populações. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 22-37, 1987.

_____. *Pahíter: arte e vida Suruí*. Ed. Especial. Brasília: Sobrindes, 1980.

_____ et al. Hepatitis B epidemiology and cultural practices in Amerindian populations of Amazonia the Tupi-Mondé and the Xavante from Brazil. *Social Science & Medicine*, v. 42, n. 12, p. 1738-1743, 1996.

_____ et al. *The xavante in transition: health, ecology, and bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: Michigan University Press, 2002.

_____; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S. (Org.); SANSONE, L. (Org.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004.

_____; SANTOS, R. V. Ocupação do espaço, demografia e epidemiologia na América do Sul: a doença de Chagas entre populações indígenas. In: SANTOS, R. V. (Org.); COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 43-62.

_____; _____. Paleoepidemiologia e epidemiologia de populações indígenas brasileiras: possibilidades de aproximação. In: ARAÚJO, A. (Org.); FERREIRA, L. F. (Org.). *Paleopatologia e paleoepidemiologia: estudos multidisciplinares*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1992. p. 169-184 (Coleção Panorama ENPS, 4).

_____; _____. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 5, p. 125-132, 2000.

DE BRY, Teodoro. *América: 1590-1634*. [Gereon Sieverwich, ed.]. Madrid: Ediciones Siruela, 1995.

ESCOBAR, A. L. et al. Tuberculose em populações indígenas de Rondônia, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 285-298, 2001.

FRANCO, A. A. M. de. *O índio brasileiro e a Revolução Francesa*. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1937.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília, 2002.

GARNELO, L.; WRIGHT, R. Doença, cura e serviços de saúde: representações, práticas e demandas Baniwa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 273-284, mar. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000200003&lng=pt&nrm=iso>.

GÓMEZ I PRAT, J.; SOUZA, S. M. Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 98, p. 151-159, 2003. Suplemento 1.

GONÇALVES, M. A. *O mundo inacabado: ação e criação em uma cosmologia Amazônica: etnografia pirahã*. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2001.

GONÇALVES, M. L. C.; ARAÚJO, A.; FERREIRA, L. F. Human intestinal parasites in the past: new findings and a review. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 98, p. 103-118, 2003. Suplemento 1.

GUGELMIN, S. A.; SANTOS, R. V. Ecologia humana e antropometria nutricional de adultos Xavante, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 313-322, 2001.

HAVERROTH, M. *O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari', Estado de Rondônia, Brasil: interfaces entre antropologia e saúde pública*. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

HELMAN, C. G. *Cultura, saúde e doença*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

ISHAK, R. et al. Epidemiological aspects of retrovirus (HTLV) infection among Indian populations in the Amazon Region of Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 4, p. 901-914, 2003.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*, v. 12, n. 2, p. 85-93, 1978.

KOIFMAN, S. Geração e transmissão de energia elétrica: impacto sobre os povos indígenas no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 413-423, 2001.

LANGDON, E. J. M. Xamanismo: velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E. J. M. (Org.). *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Ed. da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. p. 9-37.

LEITE, M. S. et al. Perfis de saúde indígena, tendências nacionais e contextos locais: reflexões a partir do caso Xavante, Mato Grosso. In: COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.); SANTOS, R. V. (Org.); ESCOBAR, A. L. (Org.). *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 105-125.

LINHARES, A. C. Epidemiologia das infecções diarreicas entre populações indígenas da Amazônia. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 121-128, 1992.

MARTIUS, K. F. P. von. *Natureza, doenças, medicina e remédios dos índios brasileiros*. 2. ed. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1979.

MAYBURY-LEWIS, D. *Akwe-Shavante society*. Oxford: Clarendon Press, 1967.

MCCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. (Org.); RABELO, M. C. (Org.). *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Relume Dumará, 1998. p. 215-245.

MELATTI, J. C. Nominadores e genitores: um aspecto do dualismo Krahó. In: SCHADEN, E. (Org.). *Leituras de etnologia brasileira*. São Paulo: Ed. Nacional, 1976. p. 139-148.

PAUL, B. (Ed.). *Health, culture and community: case studies of public reactions to health programs*. New York: Russel Sage Foundation, 1955.

PITHAN, O.; CONFALONIERI, U.; MORGADO, A. A situação de saúde dos índios Yanomâmi: diagnóstico a partir da Casa do Índio de Boa Vista, Roraima, 1987-1989. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 563-580, 1991.

SANTOS, E. C. O. et al. Diagnóstico das condições de saúde de uma comunidade garimpeira na região do Rio Tapajós, Itaituba, Pará, Brasil, 1992. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 212-225, 1995.

_____. et al. Avaliação dos níveis de exposição ao mercúrio entre índios Pakaanóva, Amazônia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 199-206, 2003.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Socioeconomic differentiation and body morphology in the Suruí of southwestern Amazonia. *Current Anthropology*, v. 37, n. 5, p. 851-856, 1996.

SEEGER, A. *Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

_____. *Nature and society in Central Brazil: the Suyá Indians of Mato Grosso*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

SOARES, M. C.; BENSABATH, G. Tribos indígenas da Amazônia Oriental como população de risco para a hepatite D (Delta). *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, v. 33, n. 3, p. 241-242, 1991.

SOUZA, S. M.; ARAÚJO, A.; FERREIRA, L. F. Saúde e doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil: paleopatologia e paleoparasitologia. In: SANTOS, R. V. (Org.); COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Saúde e povos indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 21-42.

TAYLOR, K. I. A geografia dos espíritos: o xamanismo entre os Yanomâmi setentrionais. In: LANGDON, E. J. M. (Org.). *Xamanismo no Brasil: novas perspectivas*. Florianópolis: Ed. da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. p. 118-151.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VIEIRA FILHO, J. P. B. Emergência do diabetes melito tipo II entre os Xavântes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 42, p. 61, 1996.

WAGLEY, C. *Lágrimas de boas-vindas: os índios Tapirapé do Brasil Central*. Belo Horizonte: Ed. Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1988.