Parte III - Saúde reprodutiva e população indígena

10. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva

Esther Jean Langdon

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LANGDON, E.J. Políticas públicas de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 211-226. ISBN: 978-85-7541-615-0. Available from: doi: [10.7476/9788575416150.0011](https://doi.org/10.7476/9788575416150.0011). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.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/).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INDÍGENA: IMPLICAÇÕES PARA MINORIAS E SAÚDE REPRODUTIVA

Esther Jean Langdon

O artigo *Corpo, Fertilidade e Reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcance*, de Renato Athias (nesta coletânea), levanta várias considerações relativas ao tema de saúde reprodutiva e etnicidade. Trata-se de um grupo indígena específico, mas aponta para realidades pertinentes a outros índios e também a outras etnias minoritárias no Brasil. Levando em conta os aspectos particulares e gerais do trabalho, espero comentá-lo analisando as particularidades das políticas públicas de saúde indígena, destacando as implicações sobre o campo geral de etnicidade e saúde reprodutiva.

No Brasil, o índio é uma minoria em termos numéricos e étnicos. A população indígena compõe, aproximadamente, 0,2% da população brasileira (Ricardo, 1995). Atualmente é estimada em 340 mil pessoas, porém ainda não existem dados exatos sobre o tamanho dessa população. Além de os indígenas serem numericamente poucos em comparação com a população total, são caracterizados por uma multiplicidade de grupos e línguas. A maior parte dos índios brasileiros pertence a microssociedades. Quarenta por cento dos 206 povos — ou seja, 83 grupos — têm uma população até 200 indivíduos e cerca de 77%, até mil indivíduos (Ricardo, 1995). Eles se encontram em vários estágios de contato com a sociedade envolvente: em um extremo, existem os grupos isolados ou semi-isolados, sofrendo ainda o impacto da violência e das doenças de contato; no outro, estão os que mantêm contato constante com a população não-indígena, havendo um número considerável que vive na periferia das cidades grandes. Inclusive, como nos é demonstrado no artigo de Renato Athias, há um significativo número desse grupo vivendo em uma favela da cidade de São Paulo.

A situação de contato constante é característica das regiões populosas do país: Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde se instalam mais de 50% da população indígena brasileira. Podemos observar que a situação sanitária dessas co-

munidades é semelhante à dos grupos pobres da população geral: altas incidências de desnutrição, tuberculose, problemas de saúde bucal, parasitas, alcoolismo, alta mortalidade infantil, baixa expectativa de vida etc. E há uma grande preocupação de que a Aids se torne uma epidemia que ameace a sobrevivência dos povos indígenas nos próximos anos.

Apesar da Constituição Federal promulgada em 1988 dedicar um capítulo especial aos povos indígenas e ser considerada uma das constituições mais avançadas, tornando o Brasil uma referência como estado pluriétnico, é possível afirmar que ainda hoje, a exemplo de outros grupos minoritários, os indígenas não gozam de cidadania plena. As lutas contra as invasões de suas terras e os esforços para a demarcação de seus territórios continuam. O Estatuto do Índio, criado em 1973, está ainda em vigor, mesmo após várias tentativas de revisão. Segundo essa legislação, o índio ocupa o *status* de um menor de idade, sendo considerado 'relativamente incapaz'. Vítimas de estereótipos pejorativos, os índios também sofrem discriminação e exploração frente à sociedade nacional. Quando examinamos seu direito à saúde, descobrimos que o processo de tornar este direito uma realidade está apenas iniciando, e a discussão sobre a saúde reprodutiva na população indígena é ainda mais incipiente. A questão de etnicidade e direitos reprodutivos representa uma dupla discriminação: a desigualdade dos serviços de saúde entre grupos étnicos, e a falta de atenção adequada à saúde reprodutiva.

Políticas públicas e a saúde indígena

A constituição de 1988 foi parte da redemocratização do país. Na mesma década, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado, delegando mais responsabilidade e poder às municipalidades. Frente a essa reforma de municipalização da saúde, em 1986 se realizou a Primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, que objetivava avaliar a situação de saúde desses povos e criar uma política efetiva para eles. Na época, a Fundação Nacional do Índio (Funai) estava encarregada da saúde indígena. Em teoria, 90% dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos nos postos de saúde localizados dentro das áreas indígenas. Casos mais difíceis, que precisassem de diagnóstico ou tratamento mais sofisticado, deveriam ser remetidos aos hospitais locais e/ou aos serviços do Ministério da Saúde com o qual a Funai mantinha convênios, tais como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) rural, Secretarias de Saúde dos Estados, Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) e Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam). Final-

mente, os casos mais sérios deveriam ser encaminhados às Casas do Índio nos Centros Regionais da Funai.

Porém, na época da Primeira Conferência, a situação da saúde indígena era precária e os serviços se caracterizavam pela falta de uma rede eficiente de atendimento, de uma infra-estrutura adequada nas áreas, de profissionais preparados para trabalhar com a especificidade cultural das várias etnias e de recursos financeiros. Tampouco existiam dados sobre a situação epidemiológica desses grupos e nenhuma instituição era encarregada de centralizar os dados. Ainda mais, a Funai, com seus vários problemas, estava incapacitada para atender as necessidades de saúde dos índios, em estado lamentável devido a fatores como a marginalização, a perda de território, as mudanças ambientais, a conseqüente perda das técnicas tradicionais de subsistência e a exploração por parte da sociedade envolvente. Essa situação deteriorada era vivida pelos Pankararu no final dos anos 1990, e a pesquisa de Renato Athias representa um estudo de caso que se pode generalizar para a maior parte dos povos indígenas.

A Primeira Conferência contou com um número considerável de representantes indígenas (na maior parte homens) e funcionários da Funai e do Ministério da Saúde, profissionais da saúde, antropólogos e membros de organizações não-governamentais que trabalham junto às comunidades indígenas. A participação indígena — indicando o crescimento da força política das suas organizações no país, notadamente a União das Nações Indígenas (1988) — foi importante para as conclusões da Conferência, entre as quais gostaria de ressaltar três que apontam os caminhos adotados pela legislação de saúde indígena nos últimos 15 anos: 1) a necessidade urgente da implantação de um subsistema específico, com a criação de uma agência para esse fim, vinculada ao gestor do SUS, que garanta ao índio o direito universal à saúde; 2) a necessidade de um modelo de atenção diferenciada que respeite as especificidades culturais e práticas tradicionais de cada grupo; e 3) a inclusão das comunidades no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação dos serviços de saúde.

Para realizar a primeira recomendação, foi sugerida a organização de um subsistema através de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Para a segunda e a terceira, foi sugerida a incorporação de índios no atendimento e no acompanhamento do processo por antropólogos. Essas propostas foram incorporadas pela Assembléia Nacional Constituinte em 1988, que criou o SUS e garantiu aos povos indígenas o direito de atenção integral e diferenciada em relação à saúde.

Entre essa conferência e a criação dos Distritos Sanitários em 1999, onze anos depois, a administração e a gerência de saúde indígena passaram

por várias mudanças com a intenção de estabelecer um subsistema de atendimento que integrasse as atividades das instituições governamentais e não-governamentais. As universidades foram consideradas uma parte importante nas parcerias entre a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Funai, os municípios e as ONGs. Seu papel, nem sempre bem definido, incluía pesquisa, consultoria, provisão de serviços e oferecimento de cursos para profissionais e/ou indígenas. Houve um aumento de pesquisas realizadas para contribuir com o desenvolvimento de atenção diferenciada para grupos indígenas, no decorrer dos últimos dez anos. A pesquisa dos Pankararu dirigida por Renato Athias é um exemplo.

Em 1996, o Programa Nacional de DST/Aids, ligado diretamente ao Ministério da Saúde, começou a se preocupar com os povos indígenas, o que se tornou uma contribuição de extrema relevância, pois até 2000 foram realizadas reuniões e desenvolvidos projetos de significância devido, sobretudo, aos recursos financeiros internacionais. No entanto, há de se lamentar que a especificidade do programa concentre-se na prevenção de DST/Aids, sem abranger a saúde reprodutiva, que é extremamente importante para etnias em risco de extinção.

Por outro lado, para a resolução da questão de controle social em nível nacional, já fora criada, em 1991, a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O papel da CISI tem sido aconselhar (e recomendar) ao CNS sobre questões da política de saúde indígena e da formulação, execução e controle social dos programas de saúde para o índio. Desde 1993, houve várias tentativas de criar conselhos locais e regionais de saúde para garantir maior participação indígena, porém, sua implantação enfrentou vários problemas e poucos conselhos foram efetivamente estabelecidos até o final de 2000.

A função do papel de Agente Indígena de Saúde (AIS) foi concebida como importante vetor para a inclusão e participação da comunidade nos serviços de saúde e mediação entre a biomedicina e o sistema médico tradicional (Santos, 1996). A saúde da mulher e da criança consta como um dos 21 temas considerados como conteúdos básicos para a formação dos AIS (Santos, 1996). Há várias razões pela falha dos AIS em desempenhar esse papel de mediação, que não cabe analisar aqui, mas vale notar a inexistência de uma avaliação sobre a participação de mulheres como AIS, e também sobre as formas de como os AIS abordam a questão da saúde reprodutiva. Como demonstra Renato Athias no caso dos Pankararu e como veremos adiante, a questão da saúde reprodutiva é tema relevante na provisão de serviços culturalmente sensíveis, para o qual ainda falta uma discussão aprofundada.

Com a criação dos DSEI, a responsabilidade da gestão de Saúde Indígena passou para a Funasa. Sob sua orientação, 34 Distritos Sanitários foram organizados rapidamente, novos recursos financeiros foram concedidos para o funcionamento dos Distritos e vários concursos foram abertos para médicos e enfermeiros, entre outros, no atendimento dos povos indígenas.

Os Distritos Sanitários são organizados independentemente das divisões estaduais e municipais, e variam significativamente na sua composição étnica e em seu tamanho. Cada distrito tem uma equipe de funcionários da Funasa que administra e repassa os recursos financeiros aos projetos específicos de saúde. Idealmente, as ONGs devem formular e administrar os programas específicos de saúde primária dentro das áreas indígenas, estabelecendo convênios com os municípios, hospitais e outras instituições para a provisão de serviços específicos dentro e fora das áreas. Em certos locais, as ONGs são as próprias organizações indígenas. Em outros, em particular no sul do Brasil, ONGs especiais foram criadas para preencher esse papel. Finalmente, há também municípios que recebem as verbas destinadas à saúde indígena. Esse é o caso dos Pankararu, que Renato Athias analisa em outro trabalho (Athias & Machado, 2001).

Assim como na década anterior à criação dos DSEI, o êxito do atendimento de saúde para o índio ainda depende da colaboração de várias instituições, governamentais ou não. Entre elas a Funasa, os municípios, a Funai, os militares (em regiões isoladas), as ONGs e as universidades.

Segundo a Funasa, gradualmente está se resolvendo o problema de acesso aos serviços e há um aumento considerável de recursos financeiros para a saúde indígena, permitindo que cada distrito conte com uma ou mais equipes interdisciplinares que atendam aos postos de saúde localizados nas áreas indígenas. Em casos de atendimentos mais especializados, os índios são dirigidos aos serviços do SUS. No entanto, ainda é muito cedo para avaliar o êxito global desse sistema, pois os problemas se diversificam em cada região, seja pelas diversidades culturais indígenas seja pelo histórico e a atual condição de contato, exigindo soluções tanto locais quanto distritais.¹

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena (Brasil, 2001), realizada em junho de 2001, consiste de 157 propostas e aborda todos os aspectos do tema: modelo de gestão e organização dos serviços, vigilância em saúde, controle social, agentes indígenas de saúde etc. Um de seus itens

¹ Veja Athias & Machado (2001) para uma comparação entre o Rio Negro e Pernambuco.

menção especificamente os aspectos da saúde reprodutiva, abrangendo doenças sexualmente transmissíveis (DST), Aids e alcoolismo, além de correlatos como a tuberculose, propondo como prioritários os cuidados às mulheres, às crianças e aos adolescentes (Brasil, 2001 — proposta 29). No mesmo item, a proposta número 45 recomenda “promover a participação das mulheres (...) por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, formação como agentes indígenas de saúde e formação de grupos de discussão sobre seus problemas específicos, sejam locais, regionais ou nacional”.

Não pretendo avaliar toda a política de saúde indígena em relação à saúde reprodutiva, que é o tema tratado nesta coletânea por Carlos Coimbra Jr. e Luiza Garnelo. Porém, o trabalho sobre os Pankararu levanta várias considerações importantes com respeito à garantia de serviços adequados e aos direitos reprodutivos de grupos étnicos no Brasil. Sua situação é um bom exemplo de cruzamento entre saúde e etnicidade, porque seu *status* no contexto do Nordeste não difere muito de outros grupos étnicos. Eles têm séculos de contato e, atualmente, ocupam uma posição semelhante à de outras etnias empobrecidas e discriminadas na região, independentemente de suas origens. Há uma diferença cultural por causa dessas origens e dos históricos de contato, mas todos os grupos minoritários, índios ou não, apresentam suas especificidades culturais. É importante mencionar que a pesquisa entre os Pankararu foi realizada antes da implantação dos DSEI, numa época em que os serviços de saúde indígena estavam quase abandonados, em vista de graves problemas financeiros e organizacionais. E é evidente que o problema de acesso dos Pankararu a esses serviços era semelhante ao de outras comunidades pobres rurais. Naquele período, os Pankararu utilizavam os serviços do SUS nas cidades mais próximas, mas o pleno acesso e a qualidade desses serviços deixavam muito a desejar, principalmente por causa da falta de transporte, discriminação e pobreza vivenciadas por esse grupo.

Epidemiologia e diferenças étnicas

“Os serviços de saúde devem atender às necessidades epidemiológicas do grupo étnico em questão” (Brasil, 2002). Quando consideramos a relação etnia/epidemiologia, estamos examinando uma relação mais social do que biológica, mesmo sem negar que a composição genética de uma etnia deixa o grupo mais ou menos vulnerável a certas doenças, comparando-se com a população geral. Em verdade, esse não é um fator tão significativo nos grupos indígenas com várias décadas de contato, como é o caso dos Pankararu. Assim, o diagnóstico sa-

nitário desse grupo se caracteriza por doenças e queixas associadas às precárias condições de vida existentes na região semi-árida, ameaçada pela escassez alimentar, pela falta de saneamento básico e pelas condições de trabalho físico às quais a população está submetida. Realidade que os inclui entre os 85% das terras indígenas que fazem parte do *Mapa da Fome entre os Povos Indígenas no Brasil* (Verdum, 1995).

O efeito da discriminação na saúde do índio é mais obviamente evidenciado fora do Nordeste, onde a população em geral não sofre devido às secas e à pobreza, como ocorre nesta região brasileira. Por exemplo, em Santa Catarina, um dos estados mais ricos do país, a maior parte da população indígena sofre de fome ou carência alimentar (Verdum, 1995). Uma pesquisa comparando os índios Xokleng com a população branca de Santa Catarina demonstrou que a mortalidade infantil dos índios é muito mais alta do que a dos brancos, concluindo que as causas se devem às condições de vida precária, e não por questões genéticas (Werner, 1983). Diehl (2001a) corrobora com essa conclusão, demonstrando na sua análise do perfil epidemiológico para os Kaingáng da Área Indígena Xapecó, também em Santa Catarina, que as condições de vida são as causas mais importantes e influentes para a precariedade da saúde desse grupo. Pesquisando os prontuários do Posto de Saúde da aldeia Sede, registrados em setembro de 1999, ela encontrou dados que apontam o maior percentual das doenças de caráter infecto-parasitário, entre as crianças índias de 0 a 14 anos. Avaliando este fato, Diehl (2001a:443) conclui que “essa comunidade está inserida em uma realidade característica das populações pobres de outras regiões do Brasil, vivendo sob condições precárias, com alimentação protéico-calórica insuficiente, sem abastecimento de água potável e de rede e tratamento de esgotos”. As consequências para a saúde reprodutiva são óbvias.

A situação não parece ser diferente em outros locais do sul do Brasil. Uma comparação entre as populações não-indígenas e os Kaingáng do Rio Grande do Sul concluiu que, entre 1986 e 1995, o número de mortes consideradas evitáveis através de assistência básica — por doenças como desnutrição, tuberculose, e câncer cérvico-uterino, além das de causas mal definidas (Höckerberg, Duchiade & Barcellos, 2001) — é significativamente maior entre os índios.

Em Mato Grosso, o levantamento epidemiológico realizado nas áreas indígenas no período de 1993 a 1995, pela Escola Paulista de Medicina, confirma que a situação de saúde é semelhante, sendo que 46,7% das causas de morte para todas as idades foram atribuídas às infecções respiratórias agudas (IRA), gastroenterocolites e desnutrição. Essas causas foram responsáveis por 76,2%

das mortes durante o primeiro ano de vida. Para todas as etnias estudadas, registrou-se uma concentração de 58,9% das mortes na faixa etária entre 0-5 anos.²

Em geral, há uma falta de dados epidemiológicos sobre a situação de saúde dos índios, impossibilitando serviços orientados às necessidades específicas. A falta de dados que abordam especificamente doenças na área de sexualidade e reprodução dos Pankararu pode ser generalizada para os outros povos indígenas. Porém, certos dados indicam que os povos com contato freqüente ou contínuo com a sociedade envolvente têm taxas altas de DST e, conforme mencionado, há um risco grande de uma epidemia de Aids entre eles. O primeiro caso oficial de infecção por Aids entre as comunidades indígenas foi registrado em 1986, em Santa Catarina, e descobriu-se ter sido contraído através do contato de um índio com uma prostituta soropositiva. A análise desse caso demonstra as causas sociais da doença, evidenciando resultados das relações do grupo com a sociedade envolvente (Wiik, 2001; Langdon & Rojas, 1991).

Há grandes dificuldades para se aferir exatamente quantos casos de Aids existem entre os indígenas. Falta uma rede adequada para identificação de doentes, e os índios, freqüentemente, têm pouca experiência com a doença (Langdon, 1997). No entanto, sabemos os caminhos de entrada: prostituição das moças indígenas, migração e visitas dos índios aos centros urbanos, presença de garimpeiros e obreiros nas áreas indígenas, práticas e valores sexuais diferentes, situação minoritária caracterizada por exploração e dominação, alcoolismo, entre outros (Leonardi, 2000).³

O aumento da Aids entre os povos indígenas reflete as tendências globais da epidemia. Noventa e cinco por cento dos casos se encontram entre a população pobre, marginalizada, discriminada e do terceiro mundo (Connors & McGrath, 1997).

Há também uma feminilização da epidemia, particularmente entre as mulheres pobres e socialmente marginalizadas. Pesquisas no Brasil citam como

² Unidade de Saúde e Meio Ambiente/UNIFESP/EPM. *Segundo Relatório de Consultoria em Saúde Indígena*, 1995, apud Santos et al. (1996:9).

³ Alcoolismo tem sido reconhecido como um problema entre os povos indígenas há anos. Tradicionalmente, os homens foram considerados os mais aptos para abusar de álcool. Porém, pesquisas mais recentes indicam que as mulheres índias também têm problemas do abuso de álcool, e foram já registrados casos de síndrome fetal de álcool entre os Kaingáng, do Paraná (Oliveira, 2000).

causas desta pauperização fatores como desigualdade e preconceito de gênero, desigualdade e preconceito racial/origem étnica, interação com as demais infecções sexualmente transmissíveis e sua relação com a pobreza, padrões de assistência à saúde e HIV/Aids (Bastos & Szwarcwald, 2000). Apesar de os índios ainda não demonstrarem uma taxa de infecção igual às altas taxas das populações negras e pardas, sua vulnerabilidade ocorre também devido ao cruzamento dos mesmos fatores citados anteriormente e porque os casos de Aids entre os índios refletem a mesma feminilização. Segundo o diretor do Programa Nacional de DST/Aids para as populações indígenas, Ivo Britto:

dos 39 casos confirmados no estado do Mato Grosso do Sul, 8 são de crianças portadoras de HIV/Aids, além do crescimento da epidemia entre as mulheres indígenas. Enquanto na população geral se têm 2 casos de Aids em homens para 1 caso em mulheres, na população indígena, em algumas regiões, temos 2 casos em mulheres, para 1 caso em homens. (Britto, apud Oliveira 2001:3)

Frente à ameaça de DST/Aids, é necessário um programa de prevenção que consiga transmitir o perigo dessas doenças entre as etnias diferentes. Para o êxito dos programas de prevenção, é imprescindível que haja conhecimento e respeito aos valores, às percepções e às práticas ligadas ao corpo, à sexualidade e à reprodução. Estudos antropológicos, tais como este sobre os Pankaruru, têm demonstrado que as práticas sexuais e matrimoniais e a organização familiar variam radicalmente entre uma etnia e outra. Assuntos como ciúmes, fidelidade, casamento e valorização dos filhos não são fáceis de entender, e um programa sem sensibilidade intercultural corre o risco de falhar.

Respeito à cultura e aos saberes tradicionais

Nesta última parte de meus comentários, quero abordar a questão de serviços orientados para especificidades culturais que respeitem os saberes e as práticas tradicionais do grupo étnico. Os princípios da saúde indígena têm chamado a atenção, e o tema faz parte de toda a legislação sobre saúde indígena, desde 1991. Porém, é um assunto pouco aprofundado na provisão de serviços e entre as equipes de saúde, o que é particularmente marcante quando subestimamos o conhecimento da mulher sobre seu corpo e as práticas tradicionais de gravidez e parto.

Etnicidade e percepção do corpo e da doença

A pesquisa antropológica dos últimos anos tem demonstrado que as maneiras pelas quais percebemos e vivenciamos nossos corpos e suas doenças são construídas, em grande parte, pelos processos sociais e culturais, e não por processos biológicos. Alguns analistas sociais argumentam que o corpo é o conceito central para entender a relação entre o indivíduo e a sociedade (Lock & Scheper Hughes, 1990). Vários autores (Seeger, DaMatta & Viveiros de Castro, 1987; Turner, 1980; Viveiros de Castro, 1987; McCallum, 1998) têm explorado este tema entre as culturas indígenas. O corpo individual é transformado num corpo social via inúmeras dietas, ritos de passagem, tabus e enfeites corporais (pinturas corporais, cortes de cabelo, plumagens, ervas, roupas etc.). Além disso, as noções de reprodução e sexualidade são ligadas aos processos cíclicos encontrados na natureza e cosmologia, tais como os processos de vida e morte, mudanças das estações, transformação de energias etc. Qualquer programa de saúde orientado pelo princípio do respeito aos saberes e às práticas tradicionais precisa entender essas noções sobre a fabricação do corpo e a reprodução. Eles estão no centro do sistema de saúde tradicional. O estudo de Wiik (2001) sobre Aids entre os Xokleng demonstra que a sociedade e os agentes macroconjunturais externos também são intimamente interligados ao corpo e assim devem ser estudados.

Renato Athias destaca que sabemos pouco sobre essas noções do corpo e da doença e, particularmente, sobre os valores e as práticas ligadas à sexualidade, às relações de gênero e à reprodução. É necessário pesquisar os sistemas culturais de saúde e capacitar os profissionais para atuar em grupos etnicamente diferenciados. Athias também está correto ao afirmar que é preciso entender as relações de gênero e a organização da família para compreender melhor todas as questões relacionadas à saúde reprodutiva, e que se faz necessário ampliar o foco das políticas públicas, buscando formular os programas de educação e de saúde sob uma perspectiva de gênero.

A proposta da III Conferência Nacional de Saúde Indígena de priorizar a saúde da mulher, projetando sua participação junto aos serviços públicos como partícipe nas decisões que afetam sua própria saúde, é um passo importante. Mas, até recentemente, esta não havia sido uma preocupação nas políticas públicas que lidam com os índios.

Os estudos que examinam as relações de gênero em outras culturas demonstram que as desigualdades comuns nas sociedades européias não caracterizam necessariamente outras culturas. No entanto, programas de desenvolvimento ligados a grupos culturalmente diferenciados tendem a reproduzir as relações desiguais, tidas como naturais pela sociedade dominante.

Ignoradas como atores importantes nos processos sociais, é necessário entender como as mulheres participam ativamente das decisões da vida do grupo. Em princípio, os brancos procuram homens índios para estabelecer relações de mediação com as instituições brancas, ignorando a contribuição da mulher na vida social e política. Por exemplo, entre os índios Siona, da Colômbia, as mulheres são as detentoras dos saberes sobre plantas medicinais e são elas que ocupam um papel importante na colheita e administração destas plantas. Porém, quando uma ONG com boas intenções quis criar uma horta comunitária de remédios, a pesquisadora procurou um homem com conhecimento xamânico para a colheita e administração da horta, apesar de este não ser o papel social de um homem siona, nem mesmo dos xamãs. Na criação desse projeto, os saberes do resto da comunidade e, particularmente, os das mulheres foram ignorados.

Medicalização e saberes tradicionais

Em geral, essa tendência de ignorar o papel da mulher como especialista em saúde é generalizada nos programas brasileiros que lidam com índios. Quando existe uma preocupação com as especialistas nativas, considera-se o papel do xamã o mais relevante, com a idéia de que os serviços de biomedicina podem responder a todas as outras demandas.

A ignorância dos saberes tradicionais por parte das equipes médicas tem conseqüências bastante negativas quando examinamos a lacuna de conhecimento sobre o saber feminino do corpo e de como ela se organiza culturalmente para o parto. O que Renato Athias relata sobre os Pankararu pode ser generalizado para o resto do Brasil. Há uma crescente medicalização do parto, ou seja, uma propensão de se realizar partos em hospitais. Esta é uma tendência em todo o país, inclusive nas regiões onde havia parteiras (tradicionais e diplomadas) até pouco tempo atrás. A alta taxa de cesarianas no Brasil vem sendo uma preocupação das autoridades de saúde (Freitas, 1999).

O relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde fez as seguintes propostas, entre outras, para a saúde da mulher: priorizar o parto normal, reduzir a mortalidade materna destacando-se a garantia de acesso das mulheres a serviços de qualidade, e a defesa e regulamentação das parteiras tradicionais e das/os agentes comunitárias/os de saúde (Brasil, 2000). Porém, não conheço qualquer programa numa área indígena que vise beneficiar-se das práticas de parto e/ou das parteiras tradicionais e, simultaneamente, assegurar o acompanhamento da gravidez. Mesmo que existam alguns, há poucas tentativas por parte dos profissionais da saúde de considerar alternativas para os cuidados de parto.

A medicalização do parto faz parte de uma tendência maior, que é a do uso indiscriminado de medicamentos em geral. Silveira (2000) tem demonstrado que a postura médica frente aos casos de mulheres pobres sofrendo de 'nervos' é ligada a preconceitos de gênero. Sua análise das queixas de sintomas da 'doença de nervos' entre mulheres pobres na comunidade de Campeche, em Florianópolis, conclui que esses sintomas são mais bem conceituados quando discutidos sob os aspectos da sexualidade, da pobreza dos relacionamentos, da pobreza e da miséria materiais, das incapacidades e impossibilidades, dos desejos insatisfeitos, das dificuldades e da opressão (Silveira, 2000). Porém, os médicos nos postos de saúde exageram no uso de produtos comerciais contendo benzodiazepínicos, ou semelhantes, para livrar-se rapidamente de seus pacientes com queixas de 'nervos', doença também citada como comum entre os Pankararu. Segundo Silveira, a medicalização excessiva e o uso abusivo de medicamentos psicoativos, como os calmantes e hipnóticos, trazem graves riscos pessoais e sociais, relacionados às iniquidades à saúde da mulher.

O uso de plantas e outras substâncias medicinais, e de curadores e benzedadeiras, constatado entre os Pankararu, é característica da maior parte das populações indígenas. Porém, esses saberes tradicionais estão sendo ignorados e até dominados pela prática excessiva de receitar medicamentos nas áreas indígenas. Diehl (2001b) — numa das poucas pesquisas que avaliam o uso de medicamentos em postos de saúde, após a criação dos DSEI e do aumento recente de verbas para a saúde indígena — demonstra claramente que o maior acesso aos serviços básicos na área indígena de Chapecó (SC) resulta em um aumento da distribuição irracional de medicamentos. Uma outra pesquisa, demonstra que ainda existem especialistas em plantas entre os índios do mesmo grupo (Haverroth, 1997), mas que a equipe de saúde ignora estes saberes. Suas práticas de atenção continuam seguindo os mesmos padrões, apesar da especificidade étnica do grupo. As consultas são rápidas e resultam na receita de medicamentos.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena reconhece o abuso de medicamentos como preocupante. No capítulo dedicado à hipermedicação e às práticas tradicionais, as propostas abordam a garantia de alocação de recursos para viabilizar e incentivar as iniciativas que "visem o resgate, a valorização e o acesso aos Sistemas Tradicionais de Saúde Indígena" (Brasil, 2001 — proposta 117).

Considerações finais

Apesar de os índios estarem nesse momento recebendo destaque e financiamento especiais dentro das políticas públicas de saúde, Renato Athias aponta a existência de um descompasso entre os princípios das Conferências de Saúde e a ação na saúde indígena, a exemplo do que ocorre também em serviços de saúde orientados para outras minorias. Os princípios que fundamentam as políticas públicas de saúde indígena podem ser aplicados também para essas outras minorias. O tema central da 11ª Conferência Nacional de Saúde foi expresso no seu título, Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com Controle Social (Brasil, 2000). A legislação brasileira sobre saúde nos últimos anos se mostra de acordo com os Princípios sobre a Tolerância, aprovados pela Unesco em 1995. Especificamente, pode ser citado o artigo 1, que define tolerância como “o respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas” (Unesco, 1997:11), e o artigo 2, que declara a necessidade de o Estado aceitar e respeitar “o caráter multicultural da família humana” (Unesco, 1997:13). De interesse particular para todas as minorias é o artigo 3.3:

medidas devem ser tomadas para assegurar a igualdade na dignidade e nos direitos dos indivíduos e dos grupos humanos em todo lugar onde isso seja necessário. Para tanto, *deve ser dada atenção especial aos grupos humanos vulneráveis social ou economicamente desfavorecidos, a fim de lhes assegurar a proteção das leis e regulamentos em vigor, sobretudo em matéria de moradia, de emprego e de saúde, de respeitar a autenticidade de sua cultura e de seus valores (...).* (Unesco, 1997:14, grifos nossos)

O Brasil é uma nação pluricultural, e sua Constituição reconhece isto. Porém, até agora, a legislação não tem garantido às diversas etnias o acesso pleno e, muito menos, a qualidade e a humanização dos serviços. A humanização (ou ‘atenção diferenciada’, como é designada pela legislação de saúde indígena) implica que a diversidade étnico-cultural do país deva ser respeitada em todas as suas dimensões, reforçando os seus direitos, incluindo aspectos como emprego, educação e saúde, entre outros. A política da saúde reprodutiva, objeto desta conferência, também deve preocupar-se com a qualidade e humanização da assistência em saúde.

Quanto à etnia e saúde reprodutiva, o trabalho de Renato Athias demonstra que ainda sabe-se pouco sobre o conhecimento e as práticas de saúde e sobre as relações de gênero das várias etnias no Brasil. Os profissionais da

saúde, em geral, continuam seguindo os mesmos moldes do passado, ignorando as especificidades culturais de seus pacientes, ignorando seus saberes e seus praticantes, e demonstrando pouco interesse real para pensar em uma prática médica interétnica e intercultural. São necessárias pesquisas sobre saúde reprodutiva entre os grupos étnicos e programas para os profissionais da saúde que os capacitem para trabalhar com a diversidade étnica e, em particular, para defender e garantir os direitos de saúde reprodutiva entre estes grupos.

Agradeço a Raul Longo pela primeira revisão deste texto.

Referências bibliográficas

- ATHIAS, R. & MACHADO, M. A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: discursos antropológicos e médicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):425-431, 2001.
- BASTOS, F. I. & SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(Sup. 1):65-76, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final*. Brasília, 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/11c_relatorio.htm>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena*. Brasília, 2001. Disponível em: <www.funasa.gov.br/ind/ind00.htm>.
- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- CONNORS, M. M. & McGRATH, J. W. The known, unknown and unknowable in Aids Research in Anthropology. *Anthropology Newsletter*, 38(3):1, 4-5, 1997.
- DIELH, E. Agravos na saúde Kaingáng (terra indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 439-445, 2001a.
- DIEHL, E. *Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos do Uso de Medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2001b*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Fiocruz/Escola Nacional de Saúde Pública.
- FREITAS, P. F. *The Epidemic of Caesarean Sections in Brazil: factors influencing type of delivery in Florianópolis, South Brazil, 1999*. Tese de Doutorado, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- HAVERROTH, M. *Kaingang: um estudo etnobotânico — o uso e a classificação das plantas na área indígena Xapecó (oeste de SC), 1997*. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFSC.
- HÖKERBERG, Y. H. M.; DUCHIADE, M. P. & BARCELLOS, C. Organization and quality of health care for Kaingáng Indians in Rio Grande do Sul, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):261-272, 2001.
- LANGDON, E. J. As relações entre saúde e cultura: implicações para as estratégias de prevenção de Aids. In: *1ª Oficina Macrorregional de Estratégia, Prevenção e Controle das Dst/Aids para as Populações Indígenas das Regiões Sul e Sudestes, e do Mato Grosso do Sul. Anais...* Londrina: Coordenação Nacional de DST/Aids/Programa Municipal para DST/Aids/ALIA, 1997. p 53-60.
- LANGDON, E. J. & ROJAS, B. G. Saúde: um fator ignorado numa situação de mudança rápida — a situação da área indígena Ibirama (SC). *Boletim de Ciências Sociais*, 51(51):65-89, 1991.

- LEONARDI, F. *Fronteiras Amazônicas do Brasil: saúde e história social*. Brasília/São Paulo: Marco Zero/Paralelo 15, 2000.
- LOCK, M. & SCHEPER HUGHES, N. A critical-interpretive approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In: JOHNSON T. M. & SARGENT C. E. (Eds.) *Medical Anthropology: contemporary theory and method*. New York: Praeger Publications, 1990.
- McCALLUM, C. O corpo que sabe: da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: ALVES, P. C. & RABELO, M. C. (Orgs.) *Antropologia da Saúde: traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Fiocruz, 1998.
- OLIVEIRA, M. *Os Efeitos Perversos do Alcool entre os Jê da Bacia do Rio Tibagi*. Trabalho apresentado no I Seminário sobre Saúde, Cultura em Doença, Londrina, 2000.
- OLIVEIRA, M. *Uso de Bebidas Alcoólicas e Alcoolismo entre os Kaingáng da Bacia do Rio Tibagi: uma proposta de prevenção e intervenção*. Trabalho apresentado no GT/GT Estudos Interdisciplinares Jê do Sul, IV RAM, Curitiba, 11 e 14 nov. 2001.
- RICARDO, C. A. "Os índios" e a sociodiversidade nativa contemporânea no Brasil. In: SILVA, A. L. (Org.) *A Temática Indígena na Escola*. Brasília: MEC/Mari/Unesco, 1995.
- SANTOS, A. de L. dos et al. *Formação de Agentes Indígenas de Saúde: proposta de diretrizes*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1996.
- SEEGER, A.; DAMATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/Editora Marco Zero, 1987.
- SILVEIRA, M. L. *O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- TURNER, T. Social skin. In: CERFAS, J. & WELIN, R. *Not Work Alone: a cross-cultural view of activities superfluous to survival*. California: Sage Publications, 1980.
- VERDUM, R. *Mapa da Fome Entre os Povos Indígenas no Brasil (II): uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar*. Brasília: INESC-PETI, 1995.
- VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.) *Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/Editora Marco Zero, 1987.
- WIIK, F. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a Aids entre os índios Xokleng de Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2):397-406, 2001.
- UNESCO. *Princípios sobre a Tolerância*. São Paulo: USP/FLLCH, 1997.
- UNIÃO DE NAÇÕES INDÍGENAS. Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate*: 8-9, jan. 1988.
- WERNER, D. W. Mudanças demográficas no posto indígena Ibirama. *Anais do Museu de Antropologia*, XV(16):24-34, 1983.