

INDIGENISMO SANITÁRIO? - INSTITUIÇÕES, DISCURSOS E POLÍTICAS INDÍGENAS NO BRASIL CONTEMPORÂNEO

István Van Deursen Varga

RESUMO: Pretende-se uma revisão histórica da trajetória dos serviços institucionais de saúde prestados a grupos indígenas no país, buscando explicitar os prováveis paralelismos, continuidades ou confrontações diretas entre sua metodologia e técnicas, seus escopos teóricos, filosóficos e ideológicos, com as mais expressivas correntes de pensamento presentes no cenário dessa "trama interétnica" dentre as quais as da própria antropologia. A natureza do trabalho remete a uma reflexão necessária acerca da multidisciplinaridade.

UNITERMOS: Indigenismo - Saúde Indígena - Políticas Indígenas - Políticas de Saúde - Antropologia da Medicina - Epistemologia da Medicina - História da Medicina

No momento em que tramita no Congresso Nacional o projeto de lei que institui o "Estatuto das Sociedades Indígenas" (PL 2.057/91), volta à tona a discussão do papel do Estado Brasileiro na assistência à saúde desses povos que, como os colegas médicos (especialmente os sanitaristas-indigenistas) devem lembrar, foi um problema não contemplado pela chamada "lei orgânica" da saúde, de 1990.

Além de manifestações mais ou menos pontuais de entidades da sociedade civil, nossa última referência coletiva a respeito são as propostas da Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, tema específico da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de novembro de 1986. Outros eventos, de menor porte e repercussão, retomaram posteriormente o mesmo tema, no sentido de aprofundar as discussões e

desdobrar as indicações da 8ª Conferência em Propostas Operacionais.

O Projeto de Lei ora em tramitação no congresso, apresentado pelos deputados Aluizio Mercadante, Fábio Feldman, José Carlos Sabóia, Nelson Jobim e Sidney de Miguel, busca resgatar e sintetizar as propostas resultantes desses trabalhos.

Embora entendamos que a letra do referido projeto corresponda às diretrizes políticas para que têm apontado as sucessivas discussões nesse âmbito, e embora pareça garantir efetivamente a gestão de um modelo de assistência à saúde eficaz, abrangente e que reconheça e respeite a organização social e a especificidade cultural de cada comunidade indígena, achamos oportuno, nesse momento, retomar a reflexão acerca da carga de significados sociais e culturais de que a própria

prática médico-sanitária está permeada, sobretudo num campo (a nosso ver) especialmente diferenciado e sensível a ela, como esse. Iniciamos com uma revisão sintética da trajetória histórica desse "sanitarismo indigenista", das instituições que sucessivamente o representaram e de suas heranças teórico-metodológicas básicas para, na seqüência, retomarmos o tempo e a problemática presente.

O SPI E O POSITIVISMO

A criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que data de 20/06/1910, representa o primeiro movimento de incorporação da problemática indígena pelo Estado brasileiro. A transferência da atribuição de "assistência" aos povos indígenas, do domínio missionário para o estatal, compõe-se de modo coerente com a paisagem ideológica do Brasil na virada do século. O surgimento do SPI veio a representar uma das mais significativas expressões da influência do positivismo no país.

José Mauro Gagliardi em *O Indígena e a República* (Gagliardi, 1989) trata de maneira extensa e aprofundada o conteúdo das polêmicas e dos discursos em torno da "questão indígena" que, no período republicano, antecederam a criação do SPI até o ano de 1967 (data de sua extinção). Em síntese, deste trabalho depreende-se que o discurso positivista encontra nesse campo um espaço especialmente favorável de reafirmação, enquanto fundamentação ideológica (e justificativa política) para a intervenção do Estado num terreno então reservado à atuação missionária (na época, predominantemente católica).

Uma das características marcantes desse discurso é a referência básica e permanente a uma suposta "história mental" da humanidade, sujeita a "leis" que determinariam a

"evolução natural" (inexorável) dos povos: a partir de um estado "infantil" - em que predominariam, nesta ordem também seqüencial, o fetichismo, o politeísmo e o monoteísmo -, para um estado intermediário "juvenil" - filosofia e metafísica -, até o topo dessa escala, com a culminação no estado "científico positivo" - a idade adulta da humanidade.

O Apostolado Positivista, através e a partir de Teixeira Mendes, por exemplo, propunha a intervenção direta do Estado brasileiro nas questões referentes às populações indígenas, explicitamente no sentido de elevá-las do "estado fetichista" para o "estado positivo", poupando-as da transição para o "estado teológico" (a que seriam irremediavelmente submetidas com a continuidade da ostensiva catequese católica). Essa elevação ao "estado positivo" implicaria numa integração destes povos à comunidade mundial de uma sociedade "pacífico-científico-industrial".

Enquanto afirma a fé no progresso mental e material - "científico" - redentor da humanidade, o positivismo pretende ser em si mesmo um sinal concreto - e o resultado mais elevado - deste progresso histórico, já verificado no plano mental.

É o próprio Teixeira Mendes que reconhece, no entanto: "... se o teologismo... está por toda parte exausto, se o regime científico-industrial ainda não se organizou em parte alguma, vivendo o ocidente na mais completa anarquia, que civilização vamos levar aos selvagens?" (Teixeira Mendes, 1989, grifos nossos).

Se o discurso positivista instrumentaliza e legitima, em vários momentos, a retórica dos interesses das classes dominantes na história do Brasil republicano¹, muitos positivistas (como

1. A defesa do *status quo*, enquanto a

bem demonstra Gagliardi), enquanto idealistas, freqüentemente a eles se contrapuseram e não raro contra eles militaram. De qualquer modo, o ideário desenvolvimentista, que marca em vários matizes a história do Brasil moderno, direta ou indiretamente remete-se ao, e inspira-se no, progressismo positivista do século XIX.

Extinto o SPI (imediatamente substituído pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI), o discurso "progressista" anterior é gradativamente retomado, sobretudo à medida que expoentes da então vanguarda do indigenismo (hoje essa "velha guarda" emblemática, representada por personalidades como Darcy Ribeiro, Orlando Villas-Boas, etc) incompatibilizava-se e abandonava o órgão. A FUNAI inseria-se rapidamente na geopolítica do governo militar, incorporando-se a estratégias e influências, já de nível continental, no contexto da "guerra fria"; e daí imbuindo-se da doutrina da "Segurança Nacional" (corolário dos mais característicos da retórica da ditadura instalada em 1964).

A SAÚDE INDÍGENA E A TRANSIÇÃO DE MODELOS FUNAI-SUS

No que tange a assistência à saúde, o SPI não dispunha de uma estrutura organizada e suficientemente abrangente: suas atuações limitavam-se a atender situações emergenciais e surtos epidêmicos. Data deste período a experiência de Noel Nutels no

"ordem" que garantiria o "progresso", sempre foi um dos mais recorrentes argumentos para justificar a arbitrariedade, a truculência e os mega-projetos patrocinados pelo regime militar pós-golpe de 1964, por exemplo.

Serviço de Unidades Aero-Transportadas do Ministério da Saúde, inicialmente concebido para o combate à tuberculose - e que posteriormente terminou por ampliar suas ações em função das diversas situações enfrentadas nas diferentes áreas.

"A primeira tentativa de sistematização do atendimento de saúde em áreas indígenas foi a criação das equipes volantes de saúde (EVS) no âmbito da divisão de saúde da FUNAI. Este esquema, que persiste, é o responsável pela maior parte das ações de saúde hoje desenvolvidas em áreas indígenas.² Este modelo, de pouca eficácia, esbarrou em várias dificuldades, dentre as quais a falta de planejamento e de integralidade das ações; política de remuneração não contempladora do tempo integral; carência crônica de infra-estrutura e recursos; falta de articulação com outros níveis de atenção; ausência de um sistema de informações em saúde e o preparo inadequado de quadros para atuação em comunidades culturalmente distintas. A falta de uma estrutura adequada de atendimento à saúde da FUNAI, com múltiplas atribuições, resultou, de forma compensatória, em uma plethora de convênios com entidades governamentais ou não-governamentais." (Confalonieri, 1989)

O artigo acima citado nos parece especialmente ilustrativo quanto ao percurso do discurso e da argumentação médico-sanitária contemporânea diante do objeto indígena. No intuito de fornecer subsídios para a reflexão a que aqui nos propusemos, enumeraremos as principais "peculiaridades" das situações-problema colocadas aos projetos de atenção à saúde de comunidades indígenas, tais como têm sido consensualmente reconhecidas no meio médico sanitário. Mais especificamente, lançaremos mão, em vários momentos, do artigo de

Confalonieri, que consideramos (como já foi dito) bastante representativo de posições expressivas presentes nas instituições e nos debates travados neste campo.

a) "Situação de transculturação" - o autor entende que no âmbito geral do "processo aculturativo", do contato com a sociedade envolvente, a "sobreposição destas duas medicinas [a do sistema médico oficial e as representações e práticas tradicionais destes povos] envolve conflitos de compatibilização e aceitação, tanto por parte dos receptores como dos executores das ações" (pág. 443). Revela, assim, o "papel fundamental" da "intermediação antropológica no acompanhamento dos programas de saúde e, principalmente, na formação de pessoal de saúde - índios e não índios - para a atuação em comunidades indígenas. O instrumental conceitual da antropologia médica ao elucidar a concepção indígena de organismo humano, da causalidade das doenças e das terapêuticas da medicina tradicional, subsidia e possibilita o processo de integração controlada entre os dois sistemas médicos" (Confalonieri, 1989: 443).

b) "Situação geográfica" - o elevado grau de dispersão dos grupos indígenas, sobretudo na Amazônia e centro-oeste, de imediato implicaria em: grandes dificuldades de acesso a essas áreas (que exigem o uso muito freqüente de transporte aéreo de alto custo); dificuldade na manutenção dos equipamentos utilizados; inconvenientes para a permanência prolongada das equipes de saúde nessas áreas que, nestas situações, se vêm isoladas de seu próprio ambiente social e profissional.

c) "Dinâmica de perfil epidemiológico" - apoiando-se em trabalhos de Young (1983 e 1988) e Rhoades (1987), o autor aborda o que seriam as três principais sucessivas

etapas de "transição de perfis epidemiológicos" destes grupos: 1- Surtos de elevada morbidade e mortalidade, causados pela introdução de agentes patogênicos desconhecidos até o momento dos primeiros contatos com a sociedade envolvente. 2- Elevação da incidência de doenças atribuíveis sobretudo à mudança de hábitos alimentares e sedentarização gradativa em grupos que já acumulam algum tempo de contato. 3- Surgimento de índices significativos de doenças crônico-degenerativas e mentais, resultantes das transformações avançadas e radicais em seus modos de vida e da elevada assimilação à sociedade envolvente, que os levaria, em contrapartida, a um marcado processo de marginalização, aproximando seus "perfis epidemiológicos" aos padrões desta sociedade (como a situação dos Kaiowá, entre os quais a onda de suicídios recentemente chamou a atenção da imprensa nacional).

Do ponto de vista político, os sanitaristas-indigenistas organizaram e articularam-se em torno de algumas propostas que poderiam garantir o planejamento e organização de um programa eficiente de atenção a essas populações.

Trata-se, fundamentalmente, das propostas contidas no relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em seu capítulo específico de "Proteção à Saúde do Índio" (de novembro de 1986) que enfatizam:

- 1- a participação direta dos índios no planejamento e gestão dos serviços;
- 2- a criação de uma agência especificamente voltada à saúde de populações indígenas no âmbito da direção do Sistema Único de Saúde (SUS) a ser exercida pelo Ministério da Saúde; e
- 3- o reconhecimento e o respeito às especificidades culturais de cada grupo indígena, às suas tradições e práticas de

saúde.

Mais recentemente, durante o VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Previdência e Assistência Social na câmara dos deputados (Brasília, maio de 1989), no intuito de viabilizar praticamente a gestão do novo modelo de atenção, foi acrescida às resoluções da 8ª Conferência a proposta de que o SUS adotasse a metodologia da chamada "distritalização diferenciada" para a delimitação das regiões funcionais de atenção à saúde indígena. De acordo com a proposta indicativa do grupo de trabalho em saúde indígena do VI Simpósio, os critérios a ser utilizados nesta delimitação deveriam, em absoluta prioridade, pautar-se pelo conceito de "territórios tradicionalmente ocupados", conforme disposto no artigo 231 da Constituição de 1988. Isso significa dizer que esta delimitação, para efeito do SUS, não estaria subordinada aos limites interestaduais ou intermunicipais, possibilitando a adoção de critérios que se apoiem numa lógica mais próxima à da ocupação (e assimilação) do espaço por cada grupo indígena.

Esta medida visaria garantir um tratamento diferenciado para cada um destes territórios e sua respectiva problemática (ao menos no âmbito do SUS), de modo a não submetê-los ou reduzi-los às **homogeneidades técnicas** a que tendem a reduzir-se o planejamento e a administração de recursos de saúde.

Tão importante quanto assegurar sua delimitação a partir de critérios específicos, no entanto, é a garantia da adoção de sistemáticas autônomas de vinculação na referência destes distritos para com as demais instâncias do SUS. Caso contrário, a aplicação do princípio "democrático"³ da descentralização administrativa dos serviços colocaria estas comunidades à mercê dos ditames das políticas locais, dos municípios e mesmo dos estados,

mais diretamente sujeitas aos interesses de determinados grupos econômicos - como na situação dos Yanomami e da questão garimpeira no estado de Roraima.

No contexto da intensa desagregação social e cultural, da degradação biológica e dos sucessivos morticínios com que a "frente de expansão" nacional tem, via de regra, brindado os grupos indígenas através da história (nem sempre conhecida) deste país, é fácil perceber como a assistência à saúde representa um poderoso e estratégico elemento de negociação, em qualquer mesa da qual tomem parte os ditos "interesses nacionais" e os direitos indígenas.

PARA UMA BREVE ANTROPOLOGIA DO SANITARISMO

Do ponto de vista epistemológico, o discurso sanitarista pauta-se, em grande medida, numa **problematização epidemiológica** da vida e dos coletivos humanos. Esta, por sua vez, construída sobre uma percepção eminentemente **matemática** (estatística) da realidade: a rigor, o reconhecimento dos fenômenos mórbidos, enquanto objetos, se dá a partir do instante em que sua "frequência" ultrapassa uma certa média "limiar" de ocorrência - cujo papel metodológico, nesse sentido, seria análogo ao da "normalidade" para a clínica.

Talvez de modo ainda mais evidente que em sua versão clínica, em epidemiologia o pensamento e o universo dos objetos médicos é representado por uma **equação** descritiva desta **physis**, capaz de abranger e articular lógica e coerentemente todas as suas possíveis variáveis: tanto as categorias como

"meio ambiente", "hospedeiro", "agente etiológico", "vetor", etc, de uso corrente nos modelos epidemiológicos ditos clássicos; quanto, no outro extremo, as "condições de trabalho", de "habitação e nutrição", as "classes sociais" e seu "poder aquisitivo", as "formas de construção e habitação do espaço" entre tantas outras que sucessivamente vêm sendo incorporadas pela chamada **epidemiologia social**.

A epidemiologia social tem sido uma versão disciplinar das mais assiduamente solicitadas, nos trabalhos e argumentos da vanguarda militante no sanitarismo contemporâneo, em função desta fusão que promove com alguns referenciais filosóficos e metodológicos consagrados pelas ciências sociais. Não se pode, contudo, negligenciar o fato de que esses referenciais já estavam estabelecidos no âmbito das ciências sociais há, no mínimo, cerca de um século (como no caso da obra de Marx) - o que implica numa significativa defasagem histórica (e a nosso ver teórica) entre as abordagens teóricas dos objetos sociais, cultivadas nesses dois campos.

Nas incursões experimentais da epidemiologia pelo campo das ciências sociais, os únicos resultados palpáveis têm sido as tímidas aproximações em relação à sociologia, economia e história, mais precisamente, no âmbito da problemática marxista. A antropologia social e cultural, por exemplo, permanece distante do que parece ser, até o momento, o raio de alcance possível desta empreitada.

A construção disciplinar - histórica - da epidemiologia coloca-a no contexto de um percepção homogênea e linear do tempo. Um tempo que ordena e interliga uma sucessão cumulativa (leia-se evolução) de eventos na história, tanto na história da doença do indivíduo, quanto na história das doenças coletivas (as

endemias e epidemias), como na História Geral humana, das sociedades e das ciências.

Expressão do que seria como uma "vocaçã" essencialmente transformadora da presença humana no universo, trata-se da história de um domínio adquirido pelo homem, em primeiro lugar, sobre um **meio ambiente hostil**, a ser submetido às suas necessidades, bem como sobre **sua própria natureza**, entendida como predominantemente **biológica**⁴, **social** e um tanto **psíquica**. Mas mesmo o psíquico e o social já teriam, como vimos, seu registro assegurado enquanto "variáveis" ou "funções" equacionáveis na "physis" médico-epidemiológica. De qualquer modo, ainda estaremos muito distantes dos "fatores culturais".

No plano da militância política, o sanitarismo galvaniza essa amálgama teórica através de um discurso engajado, de esquerda, comprometido com as lutas das classes populares. A história do sanitarismo exhibe várias passagens em que estes intelectuais e profissionais de saúde destacaram-se em movimentos políticos de repercussão nacional. A própria questão da justiça social é reconhecida como determinante de primeira grandeza no quadro geral de saúde das populações.

Os discursos sanitaristas⁵, via de regra, reificam uma grade conceitual que se expressa por uma série de terminologias e figuras de linguagem características da corporação, para cujas origens ainda não se têm voltado as atenções dos debates políticos tão cultivados nesse meio.

Vale lembrar que é principalmente no início deste século, com Oswaldo Cruz, que o sanitarismo propriamente dito afirma-se como fenômeno social e poder institucional no Brasil. As então denominadas "campanhas" (chamamos a atenção

para a terminologia) de "combate" à febre amarela e à varíola, nas atuações fulminantes da "polícia sanitária", por ele lideradas, faziam parte de um projeto coerente de "modernização": havia que se colocar o porto e a cidade do Rio de Janeiro em condições de dar vazão à produção cafeeira e de atrair o comércio e os investimentos internacionais. Como resposta à truculência do exercício prático de sua inspiração militarista, a reação popular (caracterizada como "obscurantista") que passou a ser conhecida como a Revolta da Vacina (Sevcenko, 1984), atingiu as dimensões de uma insurreição armada que sitiou o Palácio do Catete e quase pôs abaixo o governo de Rodrigues Alves, em novembro de 1904.

De modo geral, os sanitaristas hoje consideramos que nossos métodos "evoluíram" muito desde então, dispensando a truculência da polícia sanitária (uma experiência "historicamente superada"): inadequação de métodos mas não de princípios, chegamos a fazer a crítica de Oswaldo Cruz (no que concerne à truculência militarista), de modo que esse nome, depurado - o gênio emblemático da ciência médica -, permanece um marco para a posteridade da modernidade brasileira em instituições de ensino e pesquisa, hospitais, praças, grêmios estudantis e papel moeda.

Hoje, nossas campanhas enfatizam o componente "educação em saúde" - entendida enquanto processo em que "agentes de saúde", profissionais ou populares, são treinados para ensinar noções de saúde e higiene para a população. Trabalham-se sobretudo as estratégias da cooptação, como métodos para vencer a resistência da ignorância popular às condutas sanitárias requeridas e adequadas para cada situação. Enquanto categoria profissional

permanentemente ao encalço da "modernização", continuamos a cultivar um saber tido como "esclarecido" sobre o adoecer coletivo (como o faziam Oswaldo Cruz e companhia), com a diferença que o avanço de nossa modernização (da qual a educação em saúde seria mais um sinal), desde então, permitiu-nos adotar estratégias mais adequadas de **intervenção** na vida e no espaço social. Nosso conhecimento, como ciência do adoecer coletivo, é sobretudo um saber que é exercido **sobre** a sociedade, sobre o espaço que ocupa, sobre suas representações, sobre seus interlocutores, sobre seu cotidiano.

Munidos da ascendência de nosso saber, entendemo-nos, portanto, atuando **sobre** a sociedade e não exatamente **a partir** dela - o que, em última análise, tende a caracterizar a postura do sujeito em relação aos objetos sociais em qualquer saber dito acadêmico, uma vez que cultivado por corporações específicas e diferenciadas no interior da própria sociedade.

Voltemos à argumentação de Confalonieri:

"Por outro lado, o fortalecimento destes sistemas locais [referindo-se à "distritalização diferenciada"] através do treinamento, nas próprias comunidades, de alguns membros como agentes de saúde capacitados para desenvolver cuidados básicos e educação para a saúde, garantiria maior autonomia e continuidade das ações de saúde nele desenvolvidos, bem como a redução dos custos operacionais" (Confalonieri, 1989: 446).

O sanitarismo também chega a admitir, como já vimos, ainda que numa perspectiva teórica ou ideal, a convivência e mesmo o estímulo (tido como "estratégicos") da polifonia das chamadas práticas tradicionais de saúde dos grupos indígenas. Embora não-científicas, estas poderiam

complementar as ações e programas de saúde institucionais, conferindo-lhes legitimidade cultural dentro da chamada "população alvo", o que as tornaria mais assimiláveis por estes grupos, pelo simples expediente de mantê-las revestidas da ritualidade e da linguagem tradicional de cada grupo. Com isso, contorna-se possíveis resistências culturais e a explicitação da descontinuidade entre os respectivos universos:

"A sobreposição destas duas medicinas envolve conflitos de compatibilização e aceitação tanto por parte dos receptores como dos executores das ações. Neste contexto, tem papel fundamental a **intermediação antropológica (...)**" que, atuando na formação específica de pessoal de saúde para este trabalho, "(...) subsidia e possibilita o processo de **integração controlada** entre os dois sistemas médicos. (...) O que confere um caráter especial a estas áreas, além das barreiras lingüísticas, é a necessidade de se organizarem os sistemas de saúde de modo a permitir: a manutenção **complementar** das práticas tradicionais de cura (...). É importante enfatizar que a saúde dos grupos tribais é expressão direta das formas tradicionais de ocupação do espaço territorial que assegurem a reprodução biológica e cultural dos grupos; **da integridade de seus sistemas de crenças e valores responsáveis pela coesão social**, bem como das relações de contato com a sociedade branca envolvente e, portanto, da política indigenista desenvolvida no país. [ao referir-se à participação comunitária:] (...) sendo uma das premissas para melhor controle e planejamento dos serviços torna-se especialmente importante para os Direitos Sanitários Indígenas na medida em que os **membros da comunidade conduzem o processo de integração das práticas da medicina**

oficial aos valores culturais do grupo, o que reforçaria a sua auto-estima e autodeterminação." (pág. 445-446, grifos nossos).

É notável que a proposta de "integração" destas práticas de saúde supõe mais que uma "compatibilização" - já de início colocada apenas no nível estratégico, na medida que visaria garantir a coesão social indispensável à sobrevivência destes grupos -, uma **continuidade** possível entre ambas, vislumbrada como resultado de projetos "educacionais" dirigidos para a produção desta **modernidade**, necessária para a verdadeira autonomia no campo dos cuidados à saúde:

"Deve ser lembrado que os esforços de reorganização institucional propostos, com o objetivo de melhorar o atendimento de saúde para os índios, visam basicamente superar os aspectos biológicos adversos das fases iniciais da transição da morbi-mortalidade, pela proteção contra agravos de maior importância, notadamente os de natureza infecciosa. **A etapa seguinte**, mais difícil, e que não se resolve com a simples melhoria da qualidade e acesso aos serviços de promoção e recuperação da saúde, **envolve uma verdadeira "profilaxia cultural"** e implica **assegurar-se a essas comunidades a possibilidade de direcionarem e controlarem o processo geral de aculturação e mudança em seus hábitos e estilos de vida tradicionais e a conseqüente participação progressiva na formação sócio-econômica dominante**" (pág. 445-449, grifos nossos).

Parece-nos que o problema que se coloca, fundamentalmente, é o da conciliação do exercício médico-sanitário - tradicionalmente voltado para a intervenção sobre os "desvios", necessariamente definidos em função de "padrões" estatístico-epidemiológicos previamente

estabelecidos - com uma situação de trabalho na qual se está a reafirmar a alteridade, a diversidade extrema.

Como cultivar e alimentar alguma atitude de valorização e de sincero respeito para com concepções, percepções e práticas ao que tudo indica radicalmente divergentes das nossas, que nada parecem compartilhar com modelos matemáticos, estatísticos, físico-químicos e comprovações laboratoriais? Como abdicar da segurança das técnicas e procedimentos previamente testados, conhecidos e compreensíveis, como **abdicar da cientificidade** na busca das soluções para problemas de ordem indiscutivelmente "sanitária"? Como desvincular a idéia do "saneamento" da idéia da modificação de hábitos e atitudes tradicionais tidos como "nocivos" à saúde?

Por outro lado, até que ponto promover a modificação de "hábitos nocivos" não representaria, portanto, uma contribuição ao "processo geral de aculturação" e a "conseqüente participação progressiva na formação sócio-econômica" (e acrescentaríamos **cultural**) dominante, a que se refere - e que parece defender - Confalonieri?

De qualquer modo, não há como negar que a contemplação do tipo etnográfico, pretensamente passiva, da alteridade cultural é incompatível com a evidente - e em muitos casos, urgente - demanda de intervenções médicas no cotidiano dessas sociedades, freqüentemente ameaçadas por graves situações epidêmicas.

MULTI-PROFISSIONALIDADE E O CONVÍVIO EM CAMPO

Se partirmos do princípio que, embora pertencentes a categorias profissionais distintas, os emblemáticos e genéricos personagens "médico" e "antropólogo" pertencem basicamente

ao mesmo universo social (mundo ocidental moderno, meio acadêmico). Diríamos que (militâncias à parte) se o ofício do médico é eminentemente **interventivo** - no sentido de que cabe a ele submeter as situações adversas, vividas por indivíduos e grupos, aos padrões diagnósticos e às rotinas terapêuticas conhecidas de sua cientificidade -, o ofício antropológico é eminentemente **reflexivo e delimitador** - no sentido de que o antropólogo, voltado ao estudo do "outro" sócio-cultural, empenha-se em, implicitamente, estabelecer a identidade como condição básica para o reconhecimento objetivo e explícito da alteridade.

Se a transposição das fronteiras entre esses mundos é o pressuposto que institui o indigenismo, e que motiva tanto a presença do médico quanto a do antropólogo nesse campo, pare-nos que, de imediato, compete em primeira instância ao antropólogo circunscrever e conferir limites de vigência à identidade. Evidenciar a fronteira, explicitar transposições inadvertidas e dissimuladas, despertar a atenção do médico e seu interesse (via de regra, nem tão espontâneo): **acima de tudo, o antropólogo pode e deve tomar assento onde se planejam as ações, se estabelecem os objetivos, as metas, o roteiro e as expectativas dos trabalhos médico-sanitários nas áreas indígenas.** Antes de "intérprete" devidamente autorizado das sociedades e culturas indígenas em questão, o antropólogo é acima de tudo um "geógrafo" de sua própria cultura e sociedade, estando naturalmente munido de pelo menos uma das metades do "mapa" do terreno onde deverá se desenrolar a trama interétnica.

Diversamente do senso comum sanitário (e acadêmico, de modo geral), não esperamos que o antropólogo venha definitivamente

"elucidar a concepção indígena do organismo humano, da causalidade das doenças e das terapêuticas da medicina tradicional" (Confalonieri, 1989: 443). Como também não consideramos imprescindível que se chegue a qualquer formulação a priori de "modelos", tanto para a solução objetiva das situações de confronto entre os procedimentos médico-sanitários e as práticas e representações indígenas no que toca a "saúde", como para a cooperação multiprofissional na delimitação estanque de atribuições específicas entre antropólogos e equipes de saúde nos trabalhos de campo. Assim como não entendemos que seja de competência exclusiva do profissional de saúde definir as estratégias e os procedimentos médico-sanitários mais adequados, em cada situação, também não entendemos que seja de atribuição exclusiva do exercício antropológico a "interpretação" cultural.

Embora reconheçamos que sejam fatores muito importantes nesse mérito, não nos parece que a **condição de legitimidade** do intérprete de determinado grupo indígena resida necessária ou exclusivamente no tempo de convívio, no domínio maior ou menor da língua, ou da literatura etnográfica a seu respeito. Parece-nos que *quem efetivamente define a legitimidade do interlocutor é a própria comunidade em questão, simplesmente a partir da amizade e da confiança nele depositada. Nesse aspecto, abandonamos explicitamente*

o âmbito das atribuições e identidades acadêmicas; em pleno terreno da individualidade (ou da "subjetividade", como queiram), encontramos-nos diante da postura e da experiência pessoal, insubstituível no chamado "contato interétnico" direto. Este nos parece ser, em última instância, o "fato social total" do indigenismo: pessoas que se relacionam e convivem com pessoas e que, eventualmente, podem vir a representá-las e falar em seu nome.

Para quem desta perspectiva só nos resta procurar garantir a **equivalência de prioridades** entre estas duas perspectivas disciplinares de trabalho, médica e antropológica, mesmo em se tratando do planejamento e execução de programas tidos como "estritamente técnicos", como os de saúde.

À diferença daqueles nossos personagens imaginários, o sanitarista e o antropólogo "típicos", cremos, no entanto, ser possível conceber a imagem de um profissional que reserve em seu repertório de competências habituais, à parte padrões, procedimentos e soluções conhecidas, um espaço para o inusitado, uma chance para o assombro. Um tipo talvez nem tão raro, mas certamente ainda pouco reconhecido e respeitado nas corporações e instituições que construímos, que vivemos sustentando e legitimando.

BIBLIOGRAFIA

BARATA, R. C. Barradas: "A historicidade do conceito de causa" in: *Textos de Apoio- Epidemiologia 1*, Rio de Janeiro, PEC/ENSP-ABRASCO, 1985

CONFALONIERI, U.: "O sistema único de saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada", in: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, out/dez 1989, 5(4)

Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (tema da 8ª Conferência Nacional de Saúde) - relatório final, novembro/1986

GAGLIARDI, J.M.: *O Indígena e a República*, São Paulo, HUCITEC - EDUSP, 1989

GONÇALVES, R. B. Mendes: "Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas", in: *Textos de Apoio - Epidemiologia 1*, Rio de Janeiro, PEC/ENSP-ABRASCO, 1985

MARSIGLIA, R. G.; BARATA, R. C. Barradas; SPINELLI, S. P.: "Determinação social do processo epidêmico", in: *Textos de Apoio - Epidemiologia 1*, Rio de Janeiro, PEC/ENSP-ABRASCO, 1985

RHOADES, E. R. et al.: "The organization of Health Services for Indian People", in: *Pub. Health Rep.*, 102 (4): 353-356, 1987a

_____ : "The Indian Burden of Illness and Future Health Interventions", in: *Pub. Health Rep.*, 102 (4): 361-368, 1987b

SEVCENKO, N.: *A Revolta da Vacina*, São Paulo, Brasiliense, 1984

VI Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, Previdência e Assistência Social, da Câmara dos Deputados, "Proposta para orientação geral na elaboração de emendas ao anteprojeto de lei do Sistema Único de Saúde - Saúde do Índio", Brasília, maio/1989

YOUNG, T. K.: "Mortality Patterns of isolated Indians in northwestern Ontario", *Pub. Health Rep.*, 98: 467-475, 1983

_____ : *Health Care and Culture Change*, Toronto, Univ. Toronto Press, 1988a

_____ : "Are subarctic Indians undergoing the epidemiologic transition?", *Soc. Sci. Med.*, 26 (6): 659-671, 1988b