O Pluralismo Médico Wayana-Aparai: a intersecção entre a tradição local e a global

Paula Morgado

Resumo: A doença, ao mesmo tempo que é a experiência mais individual por que passa o ser humano, é um fenômeno cultural e, portanto, sua definição, origem e desenvolvimento (concepção, etiologia e terapia) são construções culturais. Ao mesmo tempo que é uma forma de saber cujas manifestações se inscrevem no corpo, está sujeita continuamente a interpretações sociais. Por isso não é possível entender como os Wayana-Aparai reagem e absorvem a medicina ocidental sem considerarmos que há pelo menos quatro gerações encontram-se em contato intermitente com a população regional e um pouco mais de três décadas sofrem os efeitos diretos dos agentes assistenciais, funcionários do governo e missionários. O pluralismo médico que se constituiu entre eles expressa uma espécie de síntese desta relação que travam com o mundo de fora.

Unitermos: Doença – Medicina – Pluralismo Médico – Contato Interétnico.

Abstract: Illness is as much an individual experience as a cultural phenomenon. We can thus regard its definition, ethiology, and therapy as cultural constructions, as a form of knowledge continually submitted to new social interpretations. In this context, I focus the Wayana-Aparai response to and absorption of Western medicine along a four-generation-old contact with white populations, Christian missionaries, and govenment officials. Their medical pluralism is interpreted as a synthesis of their general relationship to the outside world.

Keywords: Illness – Medicine – Medical Pluralism – Cultural Contact.

Entre os índios Wayana-Aparai[1] o sistema médico engloba todo um conjunto de comportamentos e posturas para reparar e evitar situações de desequilíbrio individual, social e cósmico, todos compreendidos como formando um só todo. Todos elementos do cosmo encontram-se em perpétuo estado de beligerância; um destes estados, "no tempo dos antigos", criou pela primeira vez doenças para a humanidade, devido à quebra no pacto de reciprocidade que havia entre os homens e certos seres, os *joroko*, que trans-

1. Os Wayana-Aparai pertencem à família linguística caribe, ocupando uma área de fronteira, entre o Brasil, Suriname e Guiana Francesa. No lado brasileiro, suas aldeias estão localizadas às margens do rio Paru de Leste, afluente da margem esquerda do Amazonas, no extremo norte do Estado do Pará, na região sudeste da área cultural da Guiana. No lado do Suriname e Guiana Francesa existem unicamente aldeias wayana distribuídas nos rios Alitani (GF), Paloemeu e Tapanahoni (SU). Em território brasileiro a população é de 363 índios, no Suriname calcula-se 250 e Guiana Francesa 800 (1993).

formaram-se em agentes patogênicos. Diferentemente da medicina ocidental que se volta para o funcionamento adequado do corpo humano, entre os Wayana-Aparai, a atenção é dirigida para o universo que integra a sociedade do doente. Uma medicina que se distancia da visão biomédica de patologia e de terapia, "centrada no restabelecimento do indivíduo, baseada numa concepção interiorizante da doença, isto é, que privilegia o estudo dos processos internos e considera contingentes tanto a origem individual da doença quanto a situação dos agentes eventuais que rodeiam o doente" (Zempleni, 1986: 22). Aqui, o diagnóstico é guiado pelos sintomas da doença e mesmo que hoje já exista um consenso que estes possam resultar de uma alteração somática e psíquica do organismo, ou que fatores sociais também possam interferir no quadro clínico, o corpo do indivíduo continua sendo a matéria-prima dos diagnósticos[2]. Já entre os Wayana-Aparai, como em todas as sociedades ameríndias, prevalecem concepções *exteriorizantes* da doença: a relação do doente com seu meio social, as condições desse meio e a disposição dos agentes humanos e extra-humanos. Distinto da medicina ocidental (ou global), privilegia-se o agente e a origem da doença. O sistema etiológico (a teoria da causalidade) orienta não só os diagnósticos, como define o sistema nosológico (sistema de classificação).

Na concepção wayana-aparai[3], a doença é vista como um caso particular de malefício que atinge a humanidade, fruto de: 1. um mal comportamento; 2. um castigo dos donos dos seres da natureza (por invasão ou abuso cometido em seus domínios); 3. uma agressão humana ou vingança dos *joroko* (em virtude do pacto rompido entre eles e os humanos). Disto resulta que a cura depende de uma ação "cosmológica" que, em alguns casos, é também social. Neste sentido, as práticas terapêuticas restauram não só o estado físico mas livram também a sociedade da ameaça das forças destrutivas, incluindo medidas sintomáticas, etiológicas e profiláticas. Trata-se de um sistema prático-ideológico, holístico na sua atuação, que busca recuperar o equilíbrio do homem no mundo: do homem com os seres da natureza, dos homens com os mortos e dos homens entre si. Hoje este saber (das doenças e da cura) se manifesta de uma forma tripartite: um saber *especializado* (xamânico e encantações), um saber *doméstico* (fitoterapia) e um saber *exógeno*, veiculado inicialmente por caboclos da região, viajantes, missionários e, há cerca de 10 anos transmitidos, sobretudo, por funcionários da FUNAI.

2. A associação entre pensamento ocidental moderno e medicina bio-médica tem origens históricas bem precisas, notadamente com os trabalhos de Claude Bernard no século XIX. Contudo, paralelo às práticas oficiais, sempre atuaram todo um conjunto de práticas e representações médicas marginais, as chamadas "medicinas paralelas" – vide François Laplantine e Paul-Louis Rabeyron, *Les Médicines Paralleles*, Presses Universitaires de France, 1987:100-108.

3. Segundo as fontes escritas disponíveis, pelo menos a partir da segunda metade do século XVIII, os Wayana e Aparai, vivem um processo de intercasamentos passando, na década de 70, a serem designados pelo termo "Wayana-Aparai", época em que se deu início o estudo etnológico sistemático na região. Como o que os distinguia era fundamentalmente a língua, o uso indiscriminado deste termo acabou por confundí-lo com a designação étnica do grupo, quando eles nunca formaram um só grupo, mesmo partilhando muitos traços culturais comuns. Até hoje, certos valores estéticos, padrões sociais e cosmológicos permanecem como sendo patrimônio de cada grupo. Quando usar o termo *Wayana-Aparai* estarei me referindo, portanto, ao grupo territorial do Paru, portanto, à "sociedade wayana-aparai", distinta daquela que se constituiu no Suriname ou na Guiana Francesa. Mas embora cada qual tenha sua peculiaridade, isto não impediu que relações, particularmente baseadas no parentesco, continuem a se reproduzir entre os três grupos territoriais (SU/BR/GF).

A inserção da medicina ocidental moderna

Foi no início deste século que os Wayana-Aparai começaram a travar um contato mais sistemático com a sociedade regional, o que foi acompanhado pela penetração de novas doenças. As informações são esparsas mas apontam para um mesmo quadro:

A expedição de Aguiar, em 1937, já informa que os Wayana do Jari enfrentavam graves problemas de saúde, sobretudo para resolver doenças como pneumonia, tuberculose e gripe e, em escala menor, casos de disenteria e malária (1942:352). Na década de 50, os contatos com crioulos da Guiana Francesa, e particularmente, com caboclos, continuando a produzir epidemias de catarro resultando em muitas mortes. O tratamento que, eventualmente, os Aparai conseguem junto aos caboclos não é satisfatório. Até fins da década de 60, quando a Força Aérea Brasileira inicia uma assistência mais sistemática, o apoio será dado pelo alemão Rauschert que nas décadas de 50 a 70 convive com os Wayana-Aparai no rio Maicuru e Paru. Em 1954, ele é quem levará os primeiros índios para se tratarem no Hospital do Exército em Belém, em casos de ameaça de tuberculose e de Leshimaniose (endêmica na área). Eventualmente, também os conduzirá para a cidade de Monte Alegre, para tratamento médico, assim como alguns patrões de balata já vinham fazendo há alguns anos. Apoiados também pelo exército, os missionários protestantes ligados ao SIL instalam-se na região e, na década de 60, morando distante de Rauschert, prestam assistência médica. A seguir temos uma grande lacuna de dados sobre o estado de saúde dos Wayana-Aparai e na década de 70 e 80, as fontes escritas se reduzem a relatórios administrativos da FUNAI que apontam para casos de malária, verminoses e complicações respiratórias.

Não resta dúvida de que foram as doenças epidêmicas a causa essencial da extinção de muitos grupos do interior da Guiana[4]. Como em toda a região da Amazônia, as epidemias de malária não conseguiram ser completamente erradicadas desde que seus focos surgiram com a chegada de mão-de-obra escrava negra. No caso da área de perambulação dos Wayana-Aparai, foram os escravos negros trazidos para trabalhar inicialmente nas plantações coloniais do Suriname e da Guiana Francesa, que começaram a disseminar a malária entre eles[5]. Os índices de malária na área vêm oscilando conforme a assistência prestada que, muitas vezes, não consegue evitar os contatos esporádicos com os garimpeiros na região – seja no norte, quando entram em contato com os índios Tiriós que mantém contato intermitente com seus parentes e garimpeiros no Suriname, ou no sul, na região do baixo Paru, próximo a Anatum. Segundo os próprios agentes de saúde, os surtos têm aumentado nos últimos decênios em toda área Wayana-Aparai, sendo mais agravante na aldeia Apalaí, onde o fluxo de Tiriós vindo do norte é grande e também onde anualmente pelo menos uma família ou jovem se desloca para o sul, procurando em troca de algum serviço prestado aos ga-

4. Já no início do século XIX, com relação aos Wayana da Guiana Francesa, temos a referência de "sarampo", "fleuma do peito" (Lettre du gouverneur Gilbert d'Orvillier au Ministre, 1er mai, 1751), "pleuresias", "catarro" (*Arch. nat. S.O.M.*, Guyane E 10 (10), *Mission Bodin*, 1824) e "epidemias pulmonares (Adam de Bauve, 1828-29).

5. Os mocambos constituídos no sul do Suriname e na Guiana Francesa mantiveram uma estreita relação com os Wayana desde a segunda metade do século XVIII, particularmente os Negros da etnia Boni. Em território brasileiro, esta relação baseou-se em trocas materiais e se estendeu até a entrada na região dos caboclos vindos da região do baixo Amazonas que passam a ocupar um lugar de destaque nas trocas comerciais até a chegada dos agentes do governo em fins da década de 60.

rimpeiros ou venda de peixe, conseguir ouro ou trocar algum bem industrializado. Até 1980, as epidemias desta doença não atingiam os meses de maior seca (setembro a dezembro). No entanto, dois grandes surtos ocorridos em outubro de 1983 e alguns casos registrados em outubro e novembro de 84 mostravam que a situação estava piorando na região. Entre 1989 e 1991, ocorreu uma sensível melhora deste quadro em função dos esforços do então chefe de posto do posto indígena Apalaí que, com experiência em enfermagem desenvolvia um trabalho permanente de controle da malária e tinha o auxílio regular da SUCAN (Superintendência de Campanha de Saúde Pública) que visitava semestralmente a área, borrifando as casas, tratando o lixo ocidental nas aldeias (operação "fura lata", limpeza do mato ao redor das casas, das aldeias) e realizando palestras sobre saneamento básico. Quando realizei meu último campo, em julho de 1992, a incidência de malária voltava a aumentar, coincidindo com a mudança da chefia do posto em Apalaí[6]. A partir desse momento, a enfermaria não mais ficou a cargo do chefe de posto, como freqüentemente acontecia, mas exclusivamente à esposa do então chefe – com formação técnica em enfermagem. É preciso que se diga, que o trânsito de Tiriós vindos do Alto Paru (aldeia Mataware) e do Suriname aumentou e as visitas da SUCAM passaram a ser anuais. Isso, além de sobrecarregar os trabalhos do posto de saúde, contribuiu para elevar a taxa de doenças epidêmicas.

Mas os estudos médicos realizados na região da Guiana brasileira caminham em outras direções, priorizando as correlações entre a estrutura genética de populações isoladas (como as indígenas) e algumas doenças. Segundo Francis L. Black,

> "a possibilidade de que populações isoladas sejam geneticamente menos preparadas que outras para lutar contra doenças que são novas para elas é tão óbvio que freqüentemente tem se assumido isso como verdadeiro, mesmo que os dados brutos sejam raros. Se tais dados estão para serem encontrados, as tribos amazônicas se encontram numa região ideal para que se procure isto e, é o que venho buscando nesses últimos anos. Nós já temos alguns dados mas não o suficiente para que eu afirme com segurança que diferenças genéticas sejam o elemento chave para determinar as doenças infecciosas"(Infections diseases and evolution of human populations during transition from dependence on primary food resources in Symposium n.98 The Health and Disease of Populations in Transition, October 19-27, 1985, Santa Fé, Mexico).

Estudando o comportamento imunológico de cada povo, tais análises pretendem verificar, entre outras coisas, se a persistência de algumas doenças está associada ao sistema biológico da cada grupo, mas acabam chegando a conclusão de que elementos culturais ainda são mais explicativos que os biológicos. Assim, empregando métodos científicos, portanto oriundos do nosso sistema cognitivo, tais análises chegam à consta-

6. Em 1982, foram 184 os casos de malária registrados (Relatório da FUNAI do PI Tumucumaque de 01/83), em 1987 este número era de 309 pessoas atingidas, numa população total da área que girava em torno do mesmo número. Em 1988 a freqüência dos casos começou a diminuir, caindo para 112 casos em janeiro, reduzindo para a metade em março (59), em abril, 12 casos e nos outros meses se mantendo entre 1 a 7 casos. Em 1989, entre os meses de janeiro e agosto de 1989, apenas 22 casos foram notificados em toda a área (dados colhidos nos relatórios de campo do chefe de posto do PIN Apalaí). Em 1992 de janeiro à junho foram notificados 18 casos no PIN Apalaí e 13 no PIN Pururе (Relatório na ADR/FUNAI de Macapá, 1992). Em virtude do crescimento do fluxo de Tiriós para a aldeia Apalaí, que não tem estrutura para atendê-los e, da longa distância entre sua aldeia no alto Paru de Leste, Mataware, e Apalaí (60 horas de motor de popa em condições ótimas de navegação) a FUNAI vem demonstrando interesse em criar um posto indígena na aldeia Mataware – em 1993, fui informada de que os índios já estavam construindo uma pista de avião.

tação, de que o sistema imunológico humano é também cultural. Entre os Wayana-Aparai de 1983 a 1984, houve duas missões (83/84 e 85/87) organizadas pelo Departamento de genética da Universidade Federal do Pará, sob a coordenação do Prof. Sidney E. B. dos Santos, onde participaram notórios especialistas estrangeiros: Lee Black, Lee Lucas Berman e Richard Vaille Lee. Tais estudos dão continuidade às pesquisas sobre evolução humana sob o prisma genético que tenta responder:1. qual o grau de divergência genética existente entre os grupos indígenas; 2. com que segurança estes grupos podem fornecer a oportunidade de se estudar os efeitos da seleção natural, na qual o homem foi sujeito na maior parte de seu processo evolutivo; 3. que novos padrões de doenças e seus respectivos ajustamentos genéticos surgirão nestes grupos primitivos, após o contato com a nossa civilização. É em especial com relação a este terceiro ponto que vem trabalhando a equipe formada pelo: Laboratório de Genética Humana da Universidade Federal do Pará, Laboratório de Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (liderada pelo Prof. Salzano), Laboratório de Genética Humana da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (chefiado pelo Prof. Mestriner) e o Department of Epidemiology and Public Health (sob a responsabilidade de Lee Black)[7].

Há mais de 20 anos buscando as razões que levaram ao brusco declínio demográfico entre as populações ameríndias na Guiana, o geógrafo francês Hurault, sugeriu, que deveriam existir, além dos dados históricos e culturais, algo biológico que viesse explicá-lo (1989 (1972):21-202). Referia-se, no entanto, a dados biológicos universais e não naqueles que pudessem dialogar com a cultura. Este ainda é um trabalho a ser feito, exigindo pesquisas interdisciplinares entre antropólogos e médicos. Porém, menos do que circunscrever aspectos demográficos, tais pesquisas poderão ajudar a entender outros aspectos do sistema médico indígena, que já se apresentam mesclados com a medicina ocidental moderna. Neste artigo, restrinjo-me, no momento, a confrontar os dois sistemas numa abordagem exclusivamente antropológica, apoiada na observação dos comportamentos e nos discursos sobre a concepção de doença e as práticas de cura.

A assistência médica na área indígena

As aldeias Wayana e Aparai em território brasileiro localizam-se às margens do rio Paru de Leste, concentradas, principalmente no seu médio curso, ocupando parte do Parque Indígena do Tumucumaque e a Área Indígena Paru d'Este. Em cada uma destas regiões contíguas existe um posto da FUNAI, o mais antigo funcionando desde 1974 em Apalaí no PI Tumucumaque. Esta área integra a sub área "Guiana Brasileira" da Área Cultural "Norte Amazônica" que em termos

7. A respeito deste tema sugiro a leitura dos textos: Black & Salzano & Berman & Gabbay & Weimer & Franco e Pandey, "Failure of linguistic relationships to predict genetic distances between the Waiãpi and other tribes of lower Amazonian" In *American Journal of Physical Anthropology,* 60: 327-335, 1983; F.L. Black, "Interrelations between amerindian tribes of lower Amazonian as manifest by HLV haplotype disequilibria" In *American Society of Human Genetics,* 36:1318-1331, 1984; Salzano & Black& Callegari-Jacques & Santos & Weimer & Mestriner & Pandey & Hutz e Rieger, "Genetic variation within a linguistic group: Apalai-Wayana and other Carib tribes" In *American Journal of Physical Anthropology,* 1987; Black & Santos & Salzano & Callegari-Jacques & Weimer & Mestriner e Pandey, *Genetic variation within the Tupi linguistic group: new data on three Amazonian tribes,* apostila,1988.

do território nacional, abrange o território do Amapá e a faixa setentrional do estado do Pará.

Atendendo as 19 aldeias que formam a sociedade wayana-aparai, o posto de Apalaí presta assistência médica de forma permanente aos índios, sendo chamado pelos índios de "opitapyiny" ou "casa de remédio", na sua tradução literal. Funcionando de forma regular somente a partir de 1984, este posto de saúde atua sobretudo como um pólo de distribuição de medicamentos para os membros da aldeia Apalaí e para os outros dois postos de saúde existentes na área indígena Paru de Leste, nas aldeias Suisuimeny e Pururе. Abriga eventualmente doentes acometidos de malária, oriundos de outras aldeias, como dá assistência médica em casos de doença graves, como picadas de cobra, complicações de parto e outros. Desde 1977, são realizadas vacinações no PI Tumucumaque, restritas, em geral, à aldeia Apalaí (Tríplice, Sabin, BCG intradérmica, Anti-Sarampo, Febre Amarela).

Em virtude da precária assistência médica oferecida pelo CAN (Correio Aéreo Nacional[8]), apesar da presença de um pequeno destacamento da FAB em Apalaí entre 1969 e 1976 e da irregular assistência prestada pela FUNAI até inícios da década de 80, a assistência médica dependeu majoritariamente do apoio de Rauschert e dos missionários que moravam na região[9]. Em 1988, deu-se início à formação de um monitor de saúde indígena, sem muito sucesso, que reclamava que o dinheiro que recebia não compensava, já que suas tarefas domésticas ficavam comprometidas[10]. Em julho de 1992, perguntei à enfermeira o que ela achava do seu trabalho:

> "Curativo, não erra uma veia... e injeção intramuscular ele sabe. Ele é um pouco indeciso em medicação oral, porque ele dá uma dose muito alta. Mas o resto ele sabe... Uma coisa que ele não sabe que eu nunca vi ele fazer aqui é medicação pra picada de cobra (...) ele também têm dificuldade na escolha do tipo de soro, fisiológico ou micosado (glicosado), ameaça de aborto, remédio pra hemorragia .... mas toda medicação pra injeção ele sabe".

Conversando com esse "enfermeiro" wayana, de fato ele demonstrou conhecer os princípios ativos de alguns remédios e soube associar as condições de saneamento da aldeia à ocorrência de doenças intestinais. Mas indagado sobre a precária dentição das crianças, não conseguiu associá-la às mudanças na dieta alimentar. Distinguia as doenças de Aparai daquelas causadas pelos brancos e confirmava que os remédios ocidentais ajudavam a tratar doença de Aparai e vice-versa. Sobre o trabalho dos xamãs, me explicava que antigamente procurava-se muito o pajé, mesmo quando este morava longe.

8. Desde 1974, através de equipes volantes do CAN, é prestado uma assistência em campo que se realiza durante o tempo em que o avião é descarregado, o que equivale, em média, a 20 minutos no solo. Os médicos, geralmente, desconhecem a medicina local e, muitas vezes, prescrevem remédios e dietas alimentares completamente adversos ao contexto da região (por exemplo para malária, receitam fígado de boi ou de galinha, ovos e muita verdura ou, em casos de irritação na vista, compressas com água gelada de 2 em 2 horas...

9. Manfred Rauschert foi o primeiro branco que conviveu longamente com os índios, estabelecendo moradia entre eles. Como perito técnico, ligado à Câmara de Comércio de Bonn, testava a resistência de materiais diversos, como plásticos, fibras, filmes, equipamentos, etc, em solo tropical, e acabou dedicando trinta anos de sua vida a registrar as tradições orais dos Aparai e Wayana, com quem travou relações de amizade que ultrapassaram sua paixão como colecionador.

10. Conforme solicitação da FUNAI, este índio se deslocou até 1992 por toda a área, morando no posto da FUNAI da Area Paru de Leste que se mantém de forma mais precária. Pouco depois, retornou a sua aldeia, em Apalaí, sendo contratado oficialmente como auxiliar de enfermagem.

> "Mas hoje ninguém vai querer muito pajé, americano (missionários) não gosta de pajé". Só gosta de ensinar ser crente. Não gosta de fumar, de pajé, de beber, de festa, de oremi... Assim pessoal do Jaké não quer estudar pajé, só quer estudar com crente". Americano diz que não é pra fazer festa porque vai beber e Deus não gosta... Aí pessoal não faz festa... Mas quando sai daqui (da aldeia Apalaí) vai sair festa (...) Antes muitos treinavam para ser pajé, e que agora ninguém quer mais pois tem FUNAI".

Quando perguntei então como ia ser o dia em que a FUNAI deixasse a área, e ele não soube me responder.

Além da malária (mais de 60% é da espécie Vivax), as doenças mais comuns são, por ordem de importância: doenças de origem respiratória (principalmente gripe e pneumonia)[11], afecções intestinais (verminoses, diarréias, etc), complicações hepáticas, obstétricas (como retenção da placenta, hemorragias), leischmaniose e epidemias de hepatite B – estas últimas provavelmente transmitidas via sexual, através dos contatos esporádicos com os garimpeiros. A situação dentária é bastante preocupante, sobretudo com relação à dentição das crianças e jovens; é raro encontrar um que não possua cáries, além do número de próteses em jovens estar crescendo. Este quadro está intimamente ligado a mudanças na dieta alimentar, pois o açúcar, café e farináceos passaram a ser muito apreciados, desde que foram introduzidos nos primeiros contatos com os caboclos da região e reiterados nos sucessivos contatos com a FAB, FUNAI e missionários. Hoje, na loja indígena de Apalaí, mesmo enfrentando-se grande dificuldade para transportar os bens para à aldeia, sempre há bolachas ou açúcar para trocar ou vender. A merenda escolar, quando distribuída pelo governo do Amapá, também corrobora para alimentar este hábito e, como em muitos grupos indígenas, o costume "milenar" dos brancos em presentear as crianças com bolachas e balas, acabou tendo conseqüências desastrosas para a saúde. Anualmente ou semestralmente, uma equipe médica de dentistas e protéticos desloca-se para o Posto Indígena Apalaí mas sem possibilidade de desenvolverem um trabalho preventivo: suas estadias se reduzem a maciças extrações de dentes e confecção de próteses[12].

Mas como se dá o atendimento no posto de Apalaí? Integrando o complexo da FUNAI, funcionando ao lado da casa do chefe de posto, os índios foram habituados, desde sua criação, a se deslocarem da aldeia para lá quando necessário e não o inverso, o enfermeiro visitando os doentes em sua casa[13]. De um lado, isto resulta da precária infra-estrutura da sede do posto que não permite ao enfermeiro deslocar-se a qualquer momento para atender os doentes na aldeia e, freqüentemente, das funções de chefe e de enfermeiro se acumularem numa só pessoa. No entanto, o fato do enfermeiro não freqüentar a aldeia regularmente acaba se adequando a lógica médica wayana-aparai, uma vez que visitar a casa do doente é algo que se deve evitar, permitido apenas ao xamã. Como a doença, até ser diagnosticada, pode ser contagiosa, preferem ir ao posto buscar remédio, sempre acompanhados de um parente, o "dono do doente". No caso de doenças consideradas graves, às vezes resistem em ir até o posto, até que convencidos pelo enfer-

11. No primeiro semestre de 1989, nas duas áreas (Pin Pururé e Apalaí) foram registrados 84 casos de infecção respiratória e 11 casos de pneumonia, o que em geral corresponde à média do que ocorreu nos outros períodos em que estive em campo.

12. Apenas na aldeia Apalaí em 1989, de 22/11 a 08/12, realizaram-se 80 próteses e 47 extrações numa população de 117 pessoas.

13. Desde 1991, a enfermeira que assume esse posto em Apalaí determinou um horário de atendimento na farmácia (das 8 à 9hs e das 17 às 18hs) para ver se reduzia o número de pacientes, o que, pelo menos, na minha estadia em julho de 1992, não se verificou.

meiro acabam se deslocando. Em geral procuram o posto como farmácia para adquirirem remédios contra as freqüentes gripes, diarréias nos períodos de seca ou, no período das chuvas, contra a malária. De cinco anos para cá, a farmácia conta com um estoque razoável de medicamentos, embora sua reposição não seja regular e haja carência de aeronaves (às vezes uma vez por mês), sobretudo nas época de chuvas, quando os casos de malária aumentam sensivelmente e exigem deslocamentos para a cidade[14].

Durante os meses em que realizei pesquisa em Apalaí (entre 1989 e 1992), o movimento na farmácia era, às vezes, tão intenso pelas manhãs, que quem chegasse de fora pensaria que o estado de saúde da população era preocupante. No entanto, vemos que não estão lá para se tratar das doenças que os curadores locais sozinhos não conseguem resolver, que são cíclicas ou dependem da intensidade dos contatos esporádicos com os brancos da região. Recorre-se ao posto de saúde para resolver qualquer problema: ferimentos, queimaduras, picadas de inseto, pequenas diarréias, etc, problemas que antes tratavam com remédios caseiros ou "rezas". Os remédios disponíveis na farmácia aplicam-se, na sua maioria, para resolver males respiratórios (resfriados, gripes, pneumonias), diarréias provocadas por parasitas e malárias. Quanto aos moradores das outras 18 aldeias, procuram o posto em casos mais crônicos, quando seus remédios não resolveram mais e vêem que correm perigo de vida. Em Apalaí, cerca de 70% dos doentes que procuram o posto são crianças, seguida pelas mulheres e homens. Dizem os agentes de saúde que começam a crescer os casos de câncer ginecológico, raros até então, provocados por práticas abortivas feita por métodos agressivos[15]. No entanto, é difícil saber se antes do contato com os agentes de saúde, eram comuns os casos de câncer. Se houve uma mudança, foi na introdução de novos medicamentos, mas precisaríamos realizar um estudo para verificar se há relação do emprego de alguns com o surgimento de tais casos de câncer. Outra mudança que se observa é que começa a se tornar um hábito entre os Wayana-Aparai que moram próximos do posto de Apalaí, solicitarem ao enfermeiro para acompanhar os partos que tradicionalmente apenas o marido ou a mãe da parturiente participaram como espectadores. Algumas índias já tiveram seus filhos no hospital e as mais jovens esperam por isso, alegando terem medo que as crianças morram. Esse "medo" talvez esteja associado ao crescimento de casos de complicação obstétrica que não integra há muito o campo das agressões nativas, ou das doenças wayana-aparai. Observa-se também que entre os homens e mulheres as doenças hepáticas crônicas têm crescido muito e a presença endêmica da malária tem uma participação nisso. Numa sociedade onde é muito alto o consumo de bebidas fermentadas, à base de tubérculos, sobretudo da mandioca, as sucessivas malárias que debilitam, progressivamente, as funções do fígado, fazem com que o indivíduo tenha mais dificuldade de absorver tais alimentos. Como resultado, muitos adultos já apresentam casos de cirrose hepática. Outra doença muito comum que não se consegue erradicar da aldeia Apalaí é a parasitose intestinal, em particular causada

14. Constam na enfermaria de Apalaí: uma balança pediátrica e de adulto; um carro completo de curativos com bacia e balde; uma mesa química; cama ginecológica; duas camas vole tipo leito. Além dos medicamentos que servem para as doença comuns já citadas, o posto dispõe de medicamentos de emergência: soro antiofídico, adrenalina, Efortil, Ergotrat, Laxis, Ocitocina, Adrenoplasma, Aminofilina e medicamento para malária.

15. Quando já tiveram muitos filhos ou se consideram velhas, as mulheres costumam praticar o aborto com o auxílio de uma pequena vara fina que é penetrada no útero até estourar o feto. Quase todas mulheres mais velhas que conheci haviam praticado.

por amebas. Acostumados a defecarem no rio, de onde retiram a água para beber, os Wayana-Aparai procuram fundar suas aldeias a trechos do rio próximos de água corrente; quando isso não é possível, as aldeias não abrigam uma população que exceda em média a 40 pessoas e sempre diferenciam o local de higiene pessoal do local que serve para a provisão de água. Em Apalaí, a população excede a 120 habitantes e foi erguida numa região onde o nível do rio pode oscilar até 12 metros entre o inverno e o verão, formando locais de água parada próximos aos portos do rio. Isso aumenta a chance de seus moradores contraírem parasitoses pela água contaminada. Além disso, em virtude do grande número de famílias, nem sempre é possível nos portos usados por cada grupo doméstico manter-se uma distância razoável entre eles e em cada porto o local da higiene pessoal e onde recolhem água para beber. Assim, não é raro ver uma criança apresentando cíclicas diarréias ou conviver há anos com vermes no organismo.

Numa área constantemente infectada, a prescrição de antibióticos para sanar as cíclicas diarréias, acaba tendo um efeito paliativo. Este problema só se resolveria de duas formas: ou os Wayana-Aparai aceitam que a água seja tratada e mudam a relação que têm com a água do rio, ou se mudam da aldeia. A FUNAI já tentou convencê-los várias vezes da necessidade de canalizar a água na aldeia e fazer fossas longe das casas ou, em momentos de surtos de diarréias coletivas, que eles fervessem a água toda vez que fossem beber. Ambas alternativas não tiveram êxito, pois, se de um lado, não é intenção do grupo deslocar-se ou modificar a relação que mantém com o rio e com a água, num calor em média de 35 graus ao dia, com pequenos fogos de cozinhar e panelas pequenas, o trabalho simples de ferver água se transforma numa tarefa complicada. Tanto a FUNAI quanto os missionários já tentaram, através de lições de higiene, reverter este quadro, mas não obtiveram o resultado desejado. Com exceção da prática de escovar os dentes, adotada pelos mais jovens graças à orientação dada na escola, nenhuma medida de higiene pessoal e sanitária ocidental foi até hoje adotada .

Excluindo o tratamento da malária, a medicina aplicada pelos agentes de saúde é sintomática, sem espaço para que realizem qualquer tipo de tratamento preventivo. Não se trata de facilmente culpabilizar os agentes envolvidos, que se esforçam para fazer o que lhes está ao alcance, mas antes de levar em consideração a política de saúde imediatista em vigor que não se interessa em dialogar com o sistema médico local. Administram indiscriminadamente antibióticos ou remédios paliativos que, quando utilizados prolongadamente, acabam trazendo outras complicações[16]. O uso prolongado, por exemplo, de eritromicina, empregado em casos gripais, pode vir a alterar a flora intestinal e a provocar diarréias. Além do mais, está comprovado que o uso indiscriminado de antibiótico vai criando no indivíduo resistência às bactérias; e de fato, os próprios agentes de saúde me dizem que alguns antibióticos já não surtem efeito para os índios, obrigando-os toda hora a trocar de tipo para tentar alcançar a cura. Isto é muito preocupante, pois tornando-se resistentes aos antibióticos e com a gama de bactérias se diversificando, a taxa de mortalidade tende a crescer. O uso indiscriminado de antibióticos (mesmo que o mais empregado seja a penicilina que, na família dos antibióticos, é considerada a menos "agressiva" ao corpo

16. Está provado que o alto consumo dos xaropes "Naldecon" ou "Vick", muito apreciados e requisitados pelos Wayana-Aparai, inicialmente usados como descongestionante do nariz, que quando consumidos em larga escala atua sobre o sistema nervoso. Em crianças de menos de um ano, pode levar a uma grande excitação, intoxição e em casos extremos à parada respiratória; em adultos pode ter o efeito inverso, de calmante e também ser um intoxicante.

humano) não se realiza só na farmácia mas entre os índios. Assisti mais de uma vez famílias deixarem o posto transportando remédios para suas aldeias. Em Maxipurimo, certa vez, uma família trouxe de Apalaí: Eritromicina (para *maxi*, que no sistema nosológico inclui todas os males respiratórios, desde tosse, catarro, dor de garganta, até quadros como tuberculose, pneumonia, etc), amodiquinina (para oxironõko, "febres"), *Colestase* (para pixiku, "diarréias"), *Naldecon* e *Vick* (para "tosse"), *Buscopan* (para "dores"). Não é preciso dizer que a manipulação dos remédios alopatas sem um acompanhamento médico pode ter desdobramentos perversos para a saúde do indivíduo. Porém, mais preocupante é quando passa a atuar num outro sistema médico onde os "sintomas" não definem categorias de doenças, de modo que um conjunto de sintomas diferentes pode ser causado por uma categoria de doença e, por conseqüência, várias terapias podem auxiliar um mesmo mal. Esta lógica, quando deslocada para o uso de remédios ocidentais pode acarretar danos gravíssimos – tal como presenciei em aldeias fora de Apalaí, onde manipulavam mais de um remédio, para fins diversos, para resolver casos simples de resfriados. Como resultado, alguns dos tratamentos aplicados acabam não tendo eficácia, sem considerar que em muitos casos, os índios não obedecem ou sequer entendem todas prescrições médicas. Sem falar a língua e sem se interessar pelo modo como cada doente vive a sua doença (no que está fundado o seu sistema nosológico, etiológico e terapêutico), a prática médica ocidental reduz-se à administração de remédios que acaba sendo compatível com a visão que os índios formam da medicina "branca": eficaz no combate dos sintomas, não das suas causas[17].

O sistema médico wayana-aparai

O sistema nosológico wayana-aparai não está ancorado nos dois pares de referência, doença/sintoma ou doença/modelo etiológico (endógeno e exógeno), que servem de parâmetro para classificarmos as doenças na medicina ocidental moderna. O que define a doença é a relação entre agressão (sintoma) e agente causal que resultará em duas posturas diferentes dos indivíduos com relação aos agentes patogênicos. A primeira se manifesta por duas categorias – *joroko ynorokuru* ("doença de joroko") e *karaiwa ynorokuru* ("doença de branco") – onde a interferência de agentes patogênicos, podendo ser intencional (via xamânica ou por encantações) ou casual (resultando de uma ação voluntária de tais agentes) implica numa reação humana em forma de combate (mediada pelo xamã ou *oremi*) contra tais agentes para restabelecer a ordem anterior. A segunda postura coincide com a categoria *ynorokururo* ("doença da pessoa mesma"), onde o estado patogênico, provocado por elementos da natureza ou por atitudes humanas erradas, não é desencadeado pela luta

17. Com relação aos antibióticos, os agentes de saúde dizem que os índios, muitas vezes, exigem tomá-los e, que "*seus organismos já estão "acostumados*". No entanto, todos eles que trabalhavam, temporariamente ou não nesta função, explicam que não apreciavam esta política dizendo, paradoxalmente, que prescreviam antibióticos porque os índios haviam sido acostumados pelo antigo chefe, sendo estes remédios os únicos disponíveis em campo. De fato, essa medida terapêutica não foi criada pela FUNAI, sendo bem anterior à sua gestão, o que, porém, não a redime. Na década de 50 Rauschert já menciona que tentava acabar com a "antibioticonomania" introduzida pelos balateiros. Outra medida terapêutica agravante adotada por alguns enfermeiros refere-se à posologia dos remédios. Como em alguns casos o tratamento exigia que o doente viesse ao posto de seis em seis horas, exigindo um acompanhamento maior sobre cada caso, o enfermeiro dobrava a quantidade do remédio para "facilitar" o trabalho. Como diz a enfermeira: "*Dá certo, senão já tinha morrido muito índio, organismo aceita...*"

entre humanos e não humanos, mas em decorrência de um desequilíbrio "inerente" da natureza (o que inclui ações humanas)[18]. Decorrente disto, assume-se uma postura diferente para resolver estes dois tipos de desequilíbrio: no primeiro caso por meio de uma luta (dos humanos, intermediado pelo xamã e, mais raramente pelo "rezador", *oremi)*, contra as forças maléficas, materializadas pelos *joroko*, no segundo, por meio de uma súplica dos homens com relação aos elementos da natureza (plantas, animais, etc); no primeiro medem-se forças, no segundo solicitam-se forças.

Na concepção nosológica wayana-aparai as doenças não são classificadas pelos seus sintomas mas por apresentarem causas diferentes (causa última): importa mais saber quem as produziu e menos como elas se exteriorizam. Como conseqüência origens diversas podem produzir "marcas de agressão" semelhantes (sintomas) ou, invertendo, "marcas de agressão" diversas podem ser produzidas por doenças da mesma categoria. Assim, um mesmo "sintoma" pode ser produzido por um malefício enviado por um *jorokó*, um xamã, um "branco", pela ingestão de um alimento "ruim", e assim por diante. As doenças são desencadeadas por um processo exógeno ao indivíduo e/ou, o indivíduo pode ser responsável por seu estado mórbido (processo endógeno).

Mas se os seres humanos são eternamente vulneráveis à agressão dos *joroko*, ao mesmo tempo existe uma grande flexibilidade na forma de repará-la. Conta uma mulher idosa que um dia foi casada com um xamã "muito bom" que lhe ensinou muitas coisas. Um dia, muito tempo após a sua morte, ela adoeceu pois "o *akuarihpo* dele era muito forte", ou, o espírito que se desprende do corpo após a morte. Mas ela ainda se lembrava dos remédios que aprendera com seu ex-marido e, ao adoecer, pediu ao seu novo marido para buscar no mato o cipó que a curaria, restabelecendo-se logo depois. Ora, *a priori*, a vítima, tendo sido agredida por um *akuarihpo* precisaria da intervenção de um xamã para se curar, mas tendo sido casada com um renomado, era capaz de se lembrar do que aprendeu, curando-se sozinha. Mas a flexibilidade no plano terapêutico se nota, particularmente, quando, ao nível da práxis, as terapias disponíveis para um mesmo mal não são excludentes, podendo atuar simultaneamente. É, aliás, este ecumenismo terapêutico local, que, em parte, facilita a penetração da medicina ocidental, onde os seus remédios surgem como mais um recurso terapêutico.

Para entendermos o que orienta os diagnósticos, é necessário se analisar a doença não apenas dentro do suporte individual mas inserida em cada contexto. Essa dimensão subjetiva-social simultânea que caracteriza os processos de cura na sociedade Wayana-Aparai se desvela quando partimos para entender os processos de agressão implicados, que são o reverso da cura, num mundo movido pela lógica da vendeta permanente. Durante o período em que realizei a pesquisa, todas as mortes dos xamãs ocorridas na região, incluindo as do passado, eram associadas à agressões interpessoais, expres-

18. Dentro da categoria *joroko ynorokuru*, ou "doença de joroko", há duas modalidades de doença: Uma denominada *joroko pyrou*, ou "flecha de joroko", quando o princípio patogênico entra dentro do corpo sob a forma de uma flecha que pode se materializar num espinho ou qualquer elemento orgânico; esta "flecha" pode ser enviada por um xamã ou por vontade dos joroko. Outra que recebe o nome de *tãtuzenukase,* ou " saída do uzenu (princípio vital)", do corpo da pessoa, podendo-o levar à morte. Já as doenças provocadas pela segunda categoria, *ynarokururo*, não resultam da interferência de agentes patogênicos, mas da ação da natureza, de certos animais ou plantas (dores por ingestão de bebida podre, carnes estragadas, venenos, excesso de sol, etc). E por fim as doenças que integram a terceira categoria, *karaiwa ynorokuru* ("doença de branco"), são produzidas por agentes exógenos, ausentes no universo de agressões wayana-aparai, que podem provocar a malária, a gripe, etc.

sas por ações xamânicas. Quanto à morte das demais pessoas, grande parte se devia a agressões particularmente via direta, isto é, por envenenamento. Em um universo onde os conflitos entre homens/animais e homens/espíritos envolvem ciclos de perpétua agressão de retaliação, tais agressões eram vistas com normalidade pelo grupo. Se no processo de formação do curador conhecer a origem da doença é o que lhe confere o poder da cura (pois é o que desencadeia o processo mórbido), o que garante, porém, a sua eficácia, é aprender e dominar os meios de agressão (que anula este processo).

Explicam os Wayana-Aparai que, antigamente, as brigas provocavam freqüentemente cisões sociais que promoviam a fundação de novas aldeias. Hoje, porém, o grupo sofre um processo de sedentarização, nitidamente mais forte em Apalaí, presente há mais de 30 anos quando, em regra, o tempo de vida médio de uma aldeia não ultrapassa uma geração. Nesta, as tensões e distâncias sociais são resolvidas através de uma marcada fronteira entre os grupos domésticos, seja social ou espacial, resultando na formação de grupos locais numa mesma "aldeia" e também num discreto faccionalismo político. Pensando na sociedade como um todo, constituída por pequenas unidades autônomas política e economicamente, o mecanismo social de cisões espaciais para resolver divergências internas não consegue ser mais operante, mesmo que no plano das agressões "mágicas" tais cisões continuem se reproduzindo. Com isto, não quero insinuar que antes da ruptura dos padrões sociais tradicionais havia mais ou menos agressões deste tipo e que, ao término das agressões abertas (ou bélicas) abriu-se um campo favorável para esta outra guerra, sobrevivência da estrutura cósmica do universo. Precisaríamos analisar a esfera das relações sociais no sentido de verificar qual é a relação entre as diferentes formas de agressão com a questão da alteridade. Meus dados referem-se mais aos discursos sobre as doenças e menos aos processos de cura na sua práxis, e o que pude verificar nestes últimos anos é que pelo fato de existir no plano das idéias a imagem de um mundo em constante mutação, movido pela luta latente de forças díspares, as agressões, explícitas ou implícitas, diretas ou indiretas, são absorvidas com "naturalidade" pelo grupo, já que não são vistas como um desequilíbrio, mas como fazendo parte da lógica cósmica, social e individual. Não resta dúvida de que o contato com a sociedade envolvente abalou as práticas curativas locais (xamânicas, encantações e fitoterapia), porém, sua brusca redução não implica mecanicamente que o sistema esteja se esvanecendo. A permanência das práticas agressivas e do conjunto de tabus que agem profilaticamente são prova tangível de que o sistema médico local continua sendo guiado pelo princípio que regula todas as forças no cosmo: a lógica de vendeta permanente perpetrada pela agressão de todos contra todos. Em outras palavras, o princípio estruturador do mundo continua ativo embora as formas pelas quais ele se manifesta passem por transformações.

A adaptação dos índios à terapia ocidental

Durante minha permanência em campo, nunca presenciei uma completa rejeição por parte dos índios em aceitarem os remédios prescritos pelo enfermeiro, demonstrando-se uma enorme familiaridade com relação ao seu uso, embora o mesmo não possa ser dito com relação à sua manipulação. De um modo geral, os índios preferiam injeção a medicamentos orais, alegando que a primeira fazia mais efeito. Vale salientar dois fatos: primei-

ro, que tal postura está presente desde os primeiros contatos com os balateiros da região que se serviram abusivamente de medicamentos injetáveis; segundo, que este procedimento também se adequa à terapia local onde a cura da doença, quando provocada pela introjeção de uma substância patogênica – tal como são entendidas também as doenças dos brancos – se realiza pela extração do corpo dessa substância. No caso da injeção, permite-se ver esta substância ao penetrar na pele, assim como através das sucções feitas pelo xamã se extirpa o mal. Vale igualmente assinalar que nos casos de diarréias, a enfermeira tenta prescrever chás ao invés de injeções, pílulas ou xaropes mas, algumas vezes, os índios resistem, pois entendem que os brancos devem prescrever exclusivamente "remédios de branco", enquanto os chás são "coisa de índio". Contam que, antigamente, seus avós tinham medo de remédio industrializado e, segundo pude perceber, a aceitação estava ligada ao tipo de relação travada com aquele que fornecia o remédio: se era estreita o índio confiava em aceitar o remédio prescrito.

Um elemento que distingue os Wayana-Aparai da fila do posto de saúde de Apalaí de qualquer outra fila médica é que o doente sempre é acompanhado por seu "dono"; no caso de crianças muito pequenas, seus próprios pais; no caso de crianças mais velhas e jovens, qualquer parente consangüíneo e, no caso de jovens ou adultos casados, o cônjuge. Esta atitude pode constituir-se num problema quando o doente precisa se deslocar para a cidade para fazer um tratamento e é impedido de ir acompanhado por falta de espaço no avião. No entanto, raríssimas foram as vezes que encontrei um Wayana ou Aparai doente na Casa do Índio em Belém ou Macapá desacompanhado. Na terapia tradicional, é o "dono do doente" que intermedia a relação entre o médico e o doente e sua ausência pode, às vezes, comprometer a eficácia do processo de cura. Isto vem sendo respeitado pelos agentes da FUNAI, embora desconheçam o seu significado.

É certo que nas aldeias onde há farmácias, sobretudo em Apalaí, nota-se uma sensível redução do cultivo de plantas medicinais. No entanto, mesmo aqueles que visitam cotidianamente o posto não deixam de plantar alguns remédios ou procurar os xamãs que continuam sendo requisitados para resolver todos os males considerados "graves" e que não se confundem com as "doenças de branco". Com relação aos remédios nativos, continuam plantando "aqueles que os brancos não conhecem". Quais são esses? Na sua grande maioria atendem o universo infantil (profiláticos ou não), servem para espantar os *joroko* e, em menor proporção, atraem caças ou espantam animais indesejáveis, como onças. Ou seja, cuidam do bem estar do indivíduo não só na fase em que ele é mais vulnerável (na infância), mas durante toda sua vida, contra a ameaça dos agentes maleficios[19]. Portanto, apesar de todas as transformações por que passa a sociedade Wayana-Aparai, o que estrutura o mundo continua inalterado: para viver é preciso se proteger das perpétuas agressões e não é o mundo do branco que oferece os meios eficazes para se lutar contra aquelas que são fatais. Aí está a chave para começarmos a entender a especificidade do pluralismo médico que se instaurou entre os Wayana-Aparai: um pluralismo terapêutico, que não atua ao nível dos diagnósticos.

Muitos autores já se dedicaram na tortuosa tarefa de diferenciar o pensamento tradicional do ocidental. Robin Horton, com base na experiência africana, em 1967, escreve um artigo em que apresenta as peculiari-

19. Há três formas do princípio vital, *uzenu*, se desprender do corpo: quando a criança ainda não tem um controle motor (até cerca dos três anos); após a morte, no caso de um grande susto ou em algumas doenças, como vimos, que ele pode ser arrancado da pessoa.

dades que separam o pensamento tradicional africano do pensamento científico moderno[20]. Além das homologias presentes, ele traça uma série de traços "opostos", caracterizando as culturas tradicionais de "fechadas" por oposição às culturas cientificamente orientadas de "abertas". Nas primeiras não são dadas alternativas por doutrinas teoréticas ao corpo institucionalizado, enquanto nas segundas estimula-se em alto grau a criação de alternativas sempre novas. Segundo o autor, existiriam três fatores básicos que romperiam os valores teoréticos preestabelecidos a favor de uma pluralidade de alternativas: 1. o desenvolvimento da transmissão escrita das crenças que contribui para verificação da crítica do que foi transmitido; 2. o desenvolvimento de comunidades culturalmente heterogêneas, que estimula positivamente as alternativas inovadoras; 3. o desenvolvimento do complexo "comércio-viagem-exploração", que favorece os contatos dos membros de cultura diferentes e à formação de uma visão mais aberta. Em outras palavras, o encontro prolongado de uma cultura "fechada" com outra "aberta" criaria, gradativamente, o estímulo às alternativas, como se houvesse um "fio ininterrupto" que levasse todas as culturas à concepção científica moderna, tal como se deu com as culturas clássicas[21]. Outros autores mostraram o quão artificial é separar o universo de forma dicotômica (pragmático/intuitivo; abstrato/concreto; mítico/histórico) por não permitir que se explique a complexidade da evolução humana, suas diferenças e seus mecanismos de mudança[22]. Não é pretensão aqui discorrer sobre a fragilidade das oposições propostas por Horton ou de outros estudiosos que se dedicaram, com base na lógica de pares, à detectar a natureza do pensamento ocidental. Desejo apenas chamar a atenção para o fato de que essa tendência em contrapor dois sistemas de pensamento, legítima enquanto instrumento didático, para daí inserí-los num *continuum*, é um vício esquemático do pensamento ocidental. Quando pensamos no encontro da medicina ocidental moderna com a medicina tradicional, muitos autores costumam, após uma caracterização por oposição, fazer de tais sistemas complementares, quando, na verdade, esta complementaridade é uma forma de subsistir, diante de uma situação em desigualdade e não uma característica dos sistemas em si.

A experiência wayana-aparai mostra-nos que o contato entre forças culturais desiguais desencadeia em determinadas situações, a consciência local de que os instrumentos tradicionais são insuficientes para dar conta desta luta. A adaptação da tradição aos novos contextos faz-se reexaminando-se continuamente o patrimônio tradicional, realizando a síntese entre o que é imutável para a sociedade e o que é passível de intervenção. No caso da incorporação de métodos terapêuticos ocidentais, ela não se dá através do reconhecimento de uma extra-humanidade (tal como ocorreu entre muitas sociedades andinas em contato com o europeu do século XV), mas através do reconhecimento da diversidade/pluralidade. Quando, portanto, pensamos na etiologia do branco e na etiologia dos Wayana-Aparai, vemos que elas são engendradas por lógicas diferentes. O reconhecimento desta diversidade se manifesta através da coexistência de dois sistemas terapêuticos mas não de dois sistemas médicos. Estas mesmas lógicas atuam em outras esferas da vida social, como no plano das relações interétnicas: o "outro" pode ser visto como "bicho", "índio brabo", "não-amansado" e com ele não se estabelece qualquer

20. Robin Horton, "African Traditional Thought and the Western Science" in *Africa*, 37, 1967.

21. Gilberto Mazzolleni, *O Planeta Cultural – para uma antropologia histórica*, EDUSP, Inst.Italiano di Cultura di San Paolo e Inst.Cultural Ítalo-Brasileiro, 1991: 101.

22. Remeto o leitor para o trabalho de J.Goody, *Domesticação do Pensamento Selvagem*, Ed. Presença, 1988 (1977: 46-62).

troca, ou, ao contrário, ele é um parceiro de troca em potencial e com ele a troca pode se dar em vários níveis, em vários graus, desde simples trocas comerciais (caboclos, crioulos), matrimoniais (Tiriós) até vir a ser em quase todos os níveis da cultura – quando ocorre o fenômeno que na literatura guianense ficou conhecido como "fusão étnica ou intertribal"[23]. O contato com os agentes assistenciais introduziu uma nova relação dos Wayana-Aparai com o mundo que os cerca: esta troca não é apenas de parceria nem se realiza de modo integral, no entanto, passa a ser fundamental para a gestão interna da sociedade. Por outro lado, ao incorporarem as tecnologias de fora, moldam-nas no conjunto das suas representações e, deste modo se protegem de uma amálgama cultural. Sabem que dependem dos brancos para sobreviverem fisicamente (defenderem-se das doenças) e para adquirir ferramentas de trabalho e bens de consumo que já incorporaram à sua vida social, o que não significa que tenham adotado o seu modo de pensar.

Em síntese, é uma mesma postura que se coloca frente à penetração das frentes econômicas, às doenças exógenas e à presença das agências assistenciais. As doenças foram o preço que os índios pagaram pelos bens manufaturados – *Tinha muito balateiro, garimpo e doença, mas a gente tinha tudo, pólvora, açúcar, sal e faca.* No início, a maciça penetração de doenças de fora foi compreendida como conseqüência de ações maléficas de *joroko*. Aos poucos, os índios foram diferenciando as "doenças dos brancos" das "suas doenças" e foram aceitando os métodos terapêuticos para tratar as primeiras e ajudar nas segundas. À medida que a causa das novas doenças foi sendo atribuída à presença dos brancos, exigiu-se a cura delas, passando a fazer sentido e obrigatória a presença da medicina ocidental enquanto recurso terapêutico. Nesse processo não é difícil, pois, entender que paralelamente os índios aceitavam a sugestão de um poder de fora (a FAB) para que abandonassem suas aldeias para se estabelecerem num local sob um domínio também exógeno (a FUNAI) onde seriam assistidos e protegidos por outros grupos (os missionários).

Consolidação do pluralismo médico: fatores cosmológicos e históricos

Contudo, menos do que considerar que, através das doenças, os índios internalizam os valores ocidentais, como diz Stephen Baines no caso dos Waimiri-Atroari[24], é através da imposição gradativa e não coercitiva de um sistema cosmológico sobre outro que vão se processando as rupturas e acomodações culturais. Entre os Wayana-Aparai a concorrência não se dá entre sistemas médicos diferentes, entre os especialistas de cura e os agentes de saúde, ou entre os métodos terapêuticos locais e os ocidentais – embora a redução na práxis das práticas locais possa parecer que sim –, mas entre cosmologias diversas, onde uma pretende impor seu ponto de vista e a outra, para sobreviver, molda-se àquela. O que está em jogo aqui não é, em

23. Este fenômeno de "fusão intertribal", recebeu diferentes designações pelos diferentes estudiosos, tais como: "difusão e aculturação intertribal" (Frikel, 1961:11), "amálgama de costumes (Fernandes, 1952: 5) ou simplesmente "fusão dos grupos" (Schoepf, 1972:45, Velthem, 1984:65). Mas de qualquer forma todos aqueles que realizaram investigações na região a mencionaram. Podemos citar: Hurault, 1985 (1968): 2; Lapointe, 1970:17; Grenand, 1972,1979; Rauschert, 1968, 1981; Dominique Gallois, 1986:173-190.

24. Stephen Baines, *É a FUNAI que sabe: a frente de atração Waimiri-Atroari*, Belém, MEPG,CNPq, SCT, PR, 1991.

primeira instância, o impacto de dois sistemas médicos mas a concorrência entre a visão de mundo local e outra (global) que trata os mitos como "histórias dos antigos", seres da natureza, como os *joroko* em "satanás" e, assim por diante.

Com base nas fontes escritas e orais, os xamãs do passado, além de curadores, atuavam em várias esferas da vida social e seu poder era incontestável. Hoje são considerados mentirosos e fracos, porém, temidos. Como de uma hora para outra esta situação se reverteu? Em primeiro lugar, esta "redução" não foi abrupta, mas gradual, tal como se deu com os demais elementos exógenos absorvidos no processo do contato com a sociedade envolvente. Houve um tempo para a sociedade adaptar o novo ao já conhecido de forma mais harmônica do que se tais influências tivessem se realizado num curto espaço de tempo e de modo coercitivo. Em segundo lugar, é preciso que se leve em conta que o xamanismo é sempre holístico na sua atuação e, de modo geral, nenhum xamã recusa outras técnicas terapêuticas. O xamã aparai, que me transmitiu alguns conhecimentos, demonstrava uma grande curiosidade pela medicina ocidental e pelo mundo em que eu vivia e contava-me muitas histórias sobre xamãs que curavam os regionais e vice-versa. Mas não devemos nos esquecer de que o xamanismo integra um sistema ideológico que busca o equilíbrio entre o mundo dos homens e a natureza que os cerca; portanto, não é simplesmente uma técnica terapêutica. Por isso, o fato dos xamãs ou dos demais indivíduos consumirem remédios da farmácia do posto não significa que estejam abandonando tal prática. Este consumo está associado a uma dupla eficácia: *física*, por meio do reconhecimento dos princípios ativos dos remédios dos brancos; *social*, porque os brancos têm que tratar das doenças das quais eles próprios são os agentes causadores.

Alguns autores indagam se é possível coexistir planos de saúde (de fora) bem sucedidos com um xamanismo atuante[25]. Aqui cabe refletir às avessas: se o xamã vai perdendo a função de realizar diagnósticos, a cultura não se deparará com a imposição a longo prazo de um novo sistema etiológico? Pelo menos, até o momento, este não parece ser o caso Wayana-Aparai. A visão cósmica continua orientando a prática xamânica como todas as demais, mostrando que esta redução significa mais uma renúncia temporária[26]. O grupo exerce um controle não explícito sobre a atividade do xamã, culpabilizando-o, se necessário, dos possíveis males. Explicam que para neutralizar as forças malignas que atormentam a humanidade, precisa-se transformá-las em forças benignas, domesticá-las. À medida em que, pela pressão externa ideológica, é reforçado o aspecto negativo destas forças ambivalentes (*Joroko* como *satanás*), a sua reparação fica mais difícil e lidar com elas se torna mais perigoso. Daí os xamãs serem tão temidos, enquanto seu papel de curador vai sendo esmaecido. Observemos o que diz um Aparai:

> *"Antes de chegar karaiwa (branco), Aparai não conhecia doença de branco. Só tinha doença de joroko. Os pajés antigos matavam muito Branco. Hoje pajé só traz uzenu (principio vital), ou melhora um pouco a dor".*

25. Vide Shirley Nicholson (Org.), *Anthropologie du Chamanisme – Vers une conscience élargie de la société*, Editions le Mail, 1991.

26. Entre os índios Waiãpi, Gallois mostra que a experiência do contato provocou uma revitalização da atividade xamanística de defesa para a sobrevivência do grupo e que entendê-la depende de analisarmos as transformações nas relações intra e inter-étnicas (1988:50). No entanto, é também necessário verificar como se deu a penetração de tais frentes de contato e como o grupo as absorveu.Entre os Waiãpi, este processo tem se dado de forma bem mais violenta, notadamente com garimpeiros.

É verdade que a presença dos agentes assistenciais (FAB, FUNAI e SIL) interrompe a tendência gradativa de redução do contingente indígena. Mas, se pela primeira vez, de forma mais sistemática combate-se as doenças respiratórias e a malária, por outro lado, os conflitos latentes entre xamãs se reduzem. Contudo, os conflitos interpessoais (intra e interétnico) continuam a se realizar por meio das agressões diretas ou indiretas. Em outras palavras, se a sociedade wayana-aparai passa a ganhar defesas contra as doenças dos brancos através das terapias introduzidas, cresce o descrédito pelas práticas tradicionais de cura. Essa reação assemelha-se muito às descritas por historiadores sobre os primeiros grupos que entraram em contato com a cultura ocidental:

> "As epidemias aparecem como verdadeiros cataclismos metafísicos. Os brancos são milagrosamente protegidos; vieram, portanto, não para salvar os homens, mas para consumar sua destruição. Aterrados, os índios abandonam as aldeias e até as regiões onde sempre viveram. Na maioria das vezes, durante uma epidemia, todos os xamãs são impiedosamente massacrados; quando se revelam incapazes de proteger a tribo, esses impostores devem ser mortos."(Haubert, 1990: 36)[27]

De fato, o choque endêmico, segundo as esparsas fontes históricas foi, de longe, o mais responsável pelo decréscimo da população, muito mais que os confrontos bélicos, intra ou extratribais. Segundo as fontes escritas, as relações inter-étnicas nessa região foram sempre marcadas por trocas comerciais e matrimoniais, ao invés de combates armados (Sausse, 1951:103-104). "Uma análise profunda das fontes sugere que as guerras envolviam poucos grupos e que suas conseqüências não tiveram a amplitude que certos cronistas queriam impor" (Gallois, 1986: 151). Como mostra essa autora, as guerras na região guianesa, cujos dados mais precisos datam apenas a partir da segunda metade do século XVIII, ocorreram em larga medida graças ao contínuo processo de compressão territorial (1986:159-161). Entretanto, para os Wayana-Aparai, a redução do contingente demográfico não está associada às epidemias advindas do contato, mas da agressão de "espíritos", xamãs ou da ineficácia dos seus especialistas no combate às doenças.

O aspecto dinâmico do pluralismo médico Wayana-Aparai

Certa vez Sahlins escreveu que os arranjos sociais, políticos e econômicos de uma cultura podem se tornar ossificados quando não conseguem adaptar-se às *mudanças adaptativas*, isto é, que de uma forma ou de outra, se integrarão à ordem social tradicional[28]. O mesmo pode ser dito para os sistemas de idéias e, no caso aqui discutido, para o sistema médico. Quando, na sociedade Wayana-Aparai, decompomos o sistema de cura em suas formas terapêuticas, observamos que algumas delas não sobrevivem a tais mudanças, enquanto outras se modificam. Todas que foram ou tendem a ser abandonadas integram práticas profiláticas ou sintomáticas, como as antigas escarificações (o *meriê*), o

27. Maxime HAUBERT, *Índios e Jesuítas no Tempo das Missões*, Editoras Companhia das Letras/ Círculo do Livro, São Paulo, 1990:36

28. Vide de Sahlins capítulo V, *Ilhas de História*, capítulo V, pp. 172-194, Jorge Zahar Editor, RJ, 1990.

cultivo de determinadas plantas medicinais, o cumprimento de alguns tabus alimentares e sociais ou específicas encantações. As terapias que persistem (encantações e práticas xamânicas), transformam-se e se adaptam a nova realidade. Por exemplo, as encantações consideradas as mais difíceis de aprender e dominar referem-se à cura contra picadas mortais de cobra; hoje é raro que um wayana-aparai saiba usá-las, ao mesmo tempo que não é difícil encontrar soro antiofídico nos postos da FUNAI.

E quanto às terapias ocidentais? Em que situações procuram a medicina ocidental? Como vimos, não existe uma resposta mecânica que associe tal doença a determinado tratamento. A doença é, entre outros mecanismos, um modo de sansão ou punição e, neste sentido, a etiologia passa a ser uma guia para expectativas sociais. A desobediência das etiquetas sociais (como perda de autocontrole), a quebra de tabus sociais, alimentares e sexuais, podem expor os indivíduos às agressões. Na ausência de uma instituição sócio-política ou religiosa que controle as disputas e punições, o controle social acaba se realizando por meio de retaliações recíprocas inter-individuais (Ackenercht, 1945: 25-27). Em outras palavras, onde inexiste um consenso tácito ou explícito diante de conflitos objetivos, predominam agressões deste tipo (Young, 1976). Atribuir as doenças aos ataques "mágicos" expressa, na realidade, a capacidade da sociedade de evitar disputas e acomodá -las através de uma autoridade legítima. O desenvolvimento de uma autoridade política externa (fundamentalmente representada pelos missionários), sob aqueles que disputam (isto é, os xamãs), parece ter implicado na redução dos autores de tais agressão (os xamãs). Como isto foi conseguido? Pela imputação gradativa de novos valores morais e, o modo como isso foi interpretado pelos Wayana-Aparai.

Assim, na incorporação da medicina ocidental moderna pelas sociedades indígenas, a opção terapêutica resulta, notadamente, de dois fatores: 1.a eficácia instrumental; 2. o tipo de relação do grupo com a sociedade envolvente. Quanto ao primeiro, diferente da "eficácia simbólica" lévi-straussiana que pressupõe uma cumplicidade entre prática e crença, a eficácia "instrumental" não pressupõe a adoção do universo das representações do qual elas são oriundas, isto é, do conjunto das representações médicas ocidentais, mas estão associadas às razões de ordem prática (Lieban, 1973; Young,1976). De fato, ao se esgotarem as alternativas médicas tradicionais, recorre-se ao médico de fora, e/ou, em outros contextos, ambas formas terapêuticas agem conjuntamente. Na realidade, a cura é eficaz quando vai de encontro às expectativas da pessoa doente e do grupo. Assim, se a medicina ocidental é incorporada ao sistema tradicional é porque, no fundo, adequa-se a este. A experiência Wayana-Aparai confirma o que se tem verificado para outros grupos ameríndios, de que se trata antes da absorção de uma técnica terapêutica adicional, traduzida em termos tradicionais, do que de um confronto entre dois sistemas de cura.

Quanto ao segundo fator, diz respeito ao grau de proximidade ou intimidade que o grupo mantém com a cultura que fornece os novos medicamentos e serviços. O tipo de relação social resultante do encontro entre as duas culturas e fatores cognitivos irão orientar quais valores médicos de fora serão incorporados e quais serão rejeitados. A opção terapêutica depende de: *razões práticas* (cronicidade do quadro clínico ou as doenças de fora se não tratadas pelos métodos ocidentais podem ser fatais) e *fatores sociais* que criam um tipo específico de relacionamento entre o paciente e o médico. Vejamos alguns exemplos:

O xamã consente a penetração de medicamentos da medicina ocidental porque reconhece sua eficácia instrumental e porque sua prática adequa-se também à configuração sociopolítica local. Como nos demais grupos da Guiana, a ausência de grupos formais e a natureza atomística da sociedade não cria condições para que a liderança política se coloque além dos limites da aldeia. O tipo de poder que vigora faz a organização social e política ser bastante informal. Assim, se a pressão externa exercida sobre a sociedade não concorrer com a estrutura de poder vigente – como no caso dos grupos das Guianas, ao poder das micro unidades sociais (as aldeias para o caso Wayana-Aparai) – não ocorrerá reação contrária a ela. Assim, a intervenção do posto de saúde em Apalaí, embora tenha desarticulado as práticas tradicionais curativas no nível global da sociedade, não criou um estado de conflito. Entre xamãs e agentes de saúde não se estabeleceu uma concorrência, já que suas práticas não são excludentes na concepção de cura local. Os conflitos possíveis de se reproduzir, ocorrem no plano interpessoal. Cabe também apontar que a natureza do poder tradicional também corrobora para delinear este perfil da atividade xamânica. Entre os Wayana-Aparai o princípio de autonomia e de interação entre mundo social e espiritual orienta a conduta do xamã e sua postura condescendente com relação às práticas médicas de fora. Dito de outra forma, são dois fatores que concorrem para que os xamãs se mantenham à margem dos efeitos da intervenção da medicina ocidental, mesmo que ela seja deletéria: 1. o *status* que assume a medicina ocidental moderna na sociedade, como prática de cura adicional; 2. o casamento que há entre estrutura sociopolítica e cosmológica, definindo o ideal de conduta e de agressão: não se vinga contra o inimigo que não compartilha da mesma substância (que faz de um wayana-aparai ser membro do grupo) e o médico branco ou a farmácia da aldeia não se colocam contra a estrutura sociopolítica vigente mas se conformam a ela. Como resultado, a autonomia sociopolítica é garantida e o *status quo* da sociedade não é ameaçado.

Mas, se não há conflito, há sim "estratégias" para impedir que os brancos ameacem o sistema médico e venham romper o sistema cosmológico que serve de anteparo para a autonomia social, onde o controle de si é o paradigma da conduta social. Uma dessas estratégias é não integrar as doenças causadas pelos brancos no sistema êmico etiológico e não considerá-las fatais ("o que mata mesmo é *joroko*"). Como ocorre entre os índios Waiãpi, a doença de branco se manifesta como uma "categoria pragmática", de modo que a medicina ocidental moderna é vivida como uma opção terapêutica complementar (Gallois, 1991). Entre os Wayana-Aparai, se os remédios ocidentais são consumidos abundantemente não o são sem sofrerem uma adaptação, pois as práticas ocidentais não são seguidas à risca (tais como não beber bebida alcoólica em qualquer tratamento, evitar mudanças bruscas de temperatura, não fumar, etc). Ignora-se, pois, o ritual da cura prescrito pela medicina alienígena. Além disso, mesmo nos casos em que os tratamentos tradicionais mostram-se ineficazes, eles não são abandonados. Os indivíduos não cedem completamente os seus tratamentos porque não é somente o aspecto pragmático que está em jogo, mas também o sistema de representações etio-terapêuticas que, por sua vez, está vinculado às demais representações culturais.

Segundo Zempleni, "as transformações socioeconômicas, domésticas e educacionais contribuem para a interiorização progressiva da agressividade e o declínio tanto das concepções persecutivas quanto aos usos sociais antigos da doença" (1988: 1180). En-

tre os Wayana-Aparai, os conflitos abertos nunca foram uma baliza nas relações que definem o campo da alteridade (com outros grupos vizinhos ou com os Brancos). Não parece existir uma relação entre a eliminação dos conflitos abertos e a permanência das acusações de agressões no plano implícito. Foi na década de 50, graças ao estudos de Evans-Pritchard e de seus seguidores, que a *feitiçaria* foi identificada à uma causa socialmente relevante de infortúnio, ou seja, de que as acusações deste tipo dramatizavam tensões sociais e as transformavam. O que se assiste, entre os Wayana-Aparai é que, em virtude das transformações sociais e ideológicas ocorre um deslocamento das agressões para aqueles que, justamente, servem de intermediários entre as forças maléficas e a humanidade. Isto está associado, como se tentou mostrar, quando os agentes assistenciais (funcionários da FUNAI e missionários protestantes) passam a ser intermediários permanentes entre os índios e o mundo de fora, assumindo uma posição estratégica nas relações interétnicas. Tais agentes interferem nas relações que os Wayana-Aparai travam com a natureza e com as relações sociais: nas primeiras, por exemplo, transformam os princípios ambivalentes, os *joroko*, em entidades exclusivamente malignas; nas segundas promovem a formação de líderes, a cisão de grupos, etc.

Em qualquer sociedade, as doenças agudas são eventos que ameaçam o sentido do mundo e o sistema médico existe para organizar tais eventos em episódios, conferindo-lhes forma e sentido. O que distingue o sistema médico Wayana-Aparai do ocidental moderno é que tais episódios se baseiam em distintas ordens ontológicas: enquanto na primeira o homem está centrado no cosmos, sob a ameaça de forças antropomorfoseadas, na outra prevalece a concepção de um homem autônomo do universo do qual faz parte. Nesta medicina ocidental predomina a busca obsessiva pelo agente patogênico e a administração da terapia que lhe corresponde. Ao privilegiar a relação doença/doente e doença/terapia, o saber biomédico ignora a relação doença/sociedade/história e recusa ver o imaginário do doente e do médico e a relação entre doença/indivíduo[29]. Ele recusa admitir que o mal, aquilo que nos faz sofrer, possa vir da própria pessoa. Daí a opção alopática e exorcista e sua resistência em aceitar a cura analítica e demais terapias, que como a homeopatia reconhecem a participação de fatores endógenos no processo da doença/cura. Por outro lado, no caso da doença resultar de um corpo estranho que precisa ser expulso, particularmente visível nos processos de agressão, a resolução dos problemas patológicos pouco tem a ver com a pessoa, esperando-se a intervenção total do outro (xamã ou *oremi*). Todavia, o processo exógeno nestes dois sistemas médicos (local/ocidental) é distinto: as formas de ataque na medicina ocidental moderna tendem a ser lidas como agindo unilinearmente e pelos contrários, enquanto nas terapias wayana-aparai, elas agem de forma difusa e pelo que é similar. Como alerta Laplantine,

> "Se de fato é verdade que o açúcar favorece a diabete, o sal a hipertensão, o tabaco o câncer do pulmão, a ilusão do pensamento etiológico consiste em metamorfosear um fator, entre outros, em uma causa específica e exclusiva. Hoje se sabe que na grande maioria das doenças, vários agentes intervêm, interagem uns com outros. No entanto, o pensamento causalístico insiste em eleger um dos agentes patogênicos para explicar a doença" (Laplantine, 1986:320).

29. Vide N. Sindzingre, "La necessité du sens: l'explication de l'infortune chez les Senoufo" IN Augé M. & Herzlich C. *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Editions des Archives contemporaines, Paris,1984:87.

Premissas e conclusões etnomédicas

A investigação no campo da etnomedicina wayana-aparai levou-me, por fim, a concordar com cinco premissas presentes em grande parte dos estudos sobre o assunto.

A primeira é que a doença constitui uma forma de saber cujas manifestações se inscrevem no corpo e, simultaneamente, são objeto de uma interpretação social: "a doença funciona como significante social, ela constitui o objeto dos discursos que põem em jogo o meio no seu sentido mais amplo. Tais discursos variam segundo o período histórico e social daqueles que os detém" (Augé, 1984: 11). Nesse sentido, os métodos terapêuticos podem desempenhar um papel crucial em processos sociais, como a segmentação de grupos de linhagem (Zempleni, 1988), ou conservar as distâncias sociais ou evitar a ruptura dos domínios de alteridade (Gallois, 1991:185) – estes dois últimos pontos observamos entre os Wayana-Aparai.

A segunda de que a identificação, designação dos males, os esquemas de causalidade e instituições terapêuticas não formam, necessariamente, um sistema. Como salienta Simdzingre (1984:14), mesmo quando um certo número de dados se deixam classificar numa série de causas e sintomas, eles não são necessariamente delimitados em taxonomias hierarquizadas e exclusivas, mas são sujeitas às flutuações, à "lógica das referências". Em outras palavras, apesar de alguns sintomas serem associados, *a priori*, a certos agentes ou comportamentos inadequados, a passagem de uma causa a outra é sempre possível, uma vez que certa circunstância o exija, gerando uma relação flutuante do sintoma à causa. A lógica do diagnóstico e da terapia, sem serem contraditórias, não estão necessariamente implicadas[30]. Por isso, é comum entre os Wayana-Aparai que certos terapeutas não se ocupam do diagnóstico, como também certos especialistas de diagnóstico não realizam curas (no sentido terapêutico) e que recorrer a certos especialistas pressupõe um diagnóstico feito pelo doente e pelo meio circundante. Como mostra Augé nos seus dados colhidos em sociedades tradicionais africanas, a doença não é social num sentido unívoco. Duas lógicas interagem na produção de uma "etiologia social": a "lógica das referências" (contexto social e histórico da sociedade) e a "lógica da diferença", que ordena sob a forma de equivalência ou de oposições os símbolos que servem para pensar o social (F. Heretier IN M. Izard e P. Smith,1979: 2209-243). Em qualquer sociedade saúde e doença são categorias sociais simultaneamente construídas pelo saber e pela prática médica. Portanto, trata-se menos de estudar os esquemas de causalidade e mais de colocar em evidência uma ordem do mundo onde se inscreva o indivíduo (Augé, 1984: 24). Nesse sentido, todos modelos médicos passam a ser "complexos", uma vez que as doenças são encaixadas em várias etiologias, resultando um modelo que ultrapassa o dualismo entre endógeno e exógeno, integrando o que Laplantine chamou de "polifonia do teclado terapêutico" (1986: 335). Apesar dos discursos médicos recentes defenderem tais modelos teóricos

30. Isto se opõe à postura daqueles autores que questionam a arbitrariedade no processo causal da doença, como faz G.Bibeau que ao analisar 757 dossiês de doentes, constata que a linguagem cultural das causas funcionais forma um código de leis precisas e apreender sua chave depende somente de termos em mãos um número suficiente de situações patológicas cujas causas sejam expostas com uma evidência clara (1983:42). No entanto, não considero que uma análise apoiada num grande número de casos clínicos entre os Wayana-Aparai se aproxime desta asserção.

"complexos", recusando a unicidade da causa, introduzindo o conceito de isomorfismo que permite a articulação de modelos epistemológicos diferentes, mostrando a pertinência da complementaridade pluridisciplinar, salientando a não especificidade etiológica e sintomatológica de muitas doenças ou que as doenças por si só não existem, eles continuam abalados por tais idéias: em particularz pelo dualismo exógeno/endógeno e pela unicidade da causa (Laplantine, Op. cit.: 336-337).

A terceira premissa é que a medicina alienígena é incorporada pelo sistema tradicional enquanto congruente com a lógica cognitiva desta última. No caso dos Waiãpi, Gallois mostra como a "doença de branco" é integrada à teoria de contágio, um dos aspectos da teoria etiológica vigente. As epidemias atribuídas ao branco estão representadas no sistema nosológico Waiãpi e relacionadas à teoria mais ampla de contaminação (1991: 193). Entre os Wayana-Aparai, a teoria de contaminação também está presente e participa de todos os estados liminares, doença, morte, nascimento e iniciação. Vimos que não é conveniente se aproximar das casas dos indivíduos mortos pois *akuarihpo,* ou "espírito do morto" pode realizar um ataque; o mesmo vale para se visitar um doente pois os agentes patogênicos podem agir sobre outras pessoas. Quando alguém fica doente ou nasce, os pais e parentes consangüíneos devem respeitar certas regras sociais, alimentares e sexuais que agem como meios profiláticos contra os possíveis malefícios. Foi me relatado que no ritual de iniciação dos jovens, o *Okomo*, caso o chefe cerimonial não siga as regras impostas ou não saiba como conduzir a cerimônia, isto pode causar doenças aos neófitos ou a si mesmo. A fitoterapia também partilha a teoria do contágio, uma vez que existem plantas capazes de atrair o sexo oposto, presas ou inimigos, "amansando" animais, tornando mais dóceis os humanos, etc. Hoje dizem utilizar apenas plantas para amansar ou atrair certos animais. Ora, dentro desse quadro, as doenças contraídas pelo branco, de caráter epidêmico, são perfeitamente congruentes com a lógica cognitiva tradicional e não causa estranheza que os *joroko* mais poderosos possam inclusive flechar os brancos[31].

A quarta premissa é que no encontro com a medicina ocidental moderna e a medicina tradicional, esta última não é necessariamente substituída pela ocidental mas, freqüentemente, ambas coexistem (Lewis, O., 1955; Pederson, D., 1980; Kroeger, A., 1982; Buchillet, 1991; Gallois, 1991). Não há dúvida de que o sistema médico Wayana-Aparai encontra-se abalado pelo impacto da medicina ocidental, porém devemos ser cuidadosos ao considerá-lo "ameaçado". Entre "abalado" e "ameaçado" existe uma diferença de natureza dada pela própria etimologia das palavras: "abalar" pressupõe um movimento de oscilação que pode levar a mudanças mas não necessariamente estruturais, enquanto "ameaçar" produz um estado latente de desintegração. As práticas médicas tradicionais Wayana-Aparai encontram-se reduzidas, mas suas representações estão vivas, de maneira que podemos dizer que as transformações são antes "funcionais" que "estruturais". O que não sabemos é até quando o modelo etiológico local suportará a incorporação de práticas terapêuticas alienígenas sem alterar sua estrutura. Autores, como Young, escrevem que "quando dois sis-

31. As doenças de *joroko* são enviadas por meio de flechas que são a materialização do malefício. Só na América Latina, este conceito de "projétil patogênico" é compartilhado, pelo menos, em 113 grupos ameríndios, segundo levantamento preliminar feito por mim (*A propos des flechettes magiques dans le chamanisme de l'ouest amazonien*, dissertação apresentada para a obtenção do Diplôme d'études approfondies en Anthropologie Sociale, EHEES, Paris, 1987)

temas médicos operam dentro do universo tradicional, isso se dá menos por competição ou contradição e antes por assimilação ou particularização" (1976:10). No caso da assimilação, incorporam-se as práticas alienígenas tendendo integrá-las às noções homólogas ao seu próprio sistema médico e, no caso, da particularização, o sistema médico alienígeno apenas produz etiologias verdadeiras para o caso de doenças "novas". Isso explica porque as práticas alienígenas são consideradas eficazes apenas contra as enfermidades sintomáticas.

Numa situação de "pluralismo médico", muitos autores tendem a concordar que a escolha se faz dentro de atitude pragmática, na qual a medicina ocidental freqüentemente assume o caráter de uma técnica terapêutica adicional (Leighton, 1944, Wolff, 1965, Chess, 1975, Strongen, 1982, Ales e Chiappino, 1985, Colchester, 1985). Como outros autores observaram, a convivência dessas duas medicinas, ao se expressar por duas lógicas diferenciadas, faz com que a medicina ocidental nunca possa substituir inteiramente a tradicional, o que não exclui que alguns elementos sejam intercambiáveis (Brunelli, 1987). Alguns acreditam na possibilidade de um *continuum* entre essas duas práticas (Fabrega, H.Manning, P., 1979). No contexto da América Latina este *continuum* parece primeiro se realizar entre as medicinas indígenas e as populares, do que entre as indígenas e as científicas. Com base no caso wayana-aparai, inclino-me a pensar que embora algumas práticas terapêuticas tenham sido abandonadas e as atuais estejam se transformando, o que se assiste é uma situação de coexistência[32].

As transformações econômicas e sociais que vêm atingindo o sistema de valores tradicionais, longe de aplicarem um golpe fatal ao xamanismo, acabam por exarcebar os conflitos que se resolvem pela expressão oculta de agressão interpessoal. Isto explicaria em parte porque o lado agressivo do poder do xamã se mantém. Este aspecto ganha maior ênfase uma vez que seu outro aspecto curativo vem há muito tendo dificuldades para se adequar à nova realidade: os xamãs não dão conta das doenças de fora, que levaram a uma brusca redução do grupo, e poucos se interessam em aprender este ofício. Como já foi dito, ao mesmo tempo que os Wayana-Aparai se abriam para o consumo de remédios ocidentais, o número de xamãs foi se reduzindo e outras formas de terapia começaram a se modificar. Algumas práticas curativas passaram a ser evitadas, embora as práticas agressivas desde sempre continuem a se realizar. Os xamãs locais passam a ser temidos e os xamãs de longe a serem vistos como os mais poderosos. Ou seja, ao mesmo tempo em que a medicina de fora é incorporada pelo sistema de cura wayana-aparai, este também é modificado, não pela introdução de um novo pensamento médico, e sim por uma nova ideologia que vai aos poucos se infiltrando na vida Wayana-Aparai: inicia-se com os primeiros contatos com a sociedade envolvente, até se consolidar na atual convivência com os agentes assistenciais.

Entre os agentes de contato, os missionários, por terem um projeto ideológico mais consistente e se empenharem de "corpo e alma" neste empreendimento, são quem lideram o processo de ocidentalização junto aos índios. Indiferentes para alguns e adorados por outros, exercem uma influência inquestionável na sociedade wayana-aparai. A observação de Rauschert, já na década de 60, é reveladora neste sentido. Naquela época, ele já notava uma redução das práticas curativas que era acompanhada pela intensificação do contato com a sociedade envol-

32. A. Butt Colson mostra que apesar do sincretismo religioso entre os Akawaio e Pemon ter sido extensivo nos últimos cem anos, o mesmo não se deu no sistema médico ("An amerindian derivation for latin american creole illness for their treatment" In *Social, Science & Medicine* vol.17, 1983:1231).

vente. Este contato, trazia novas doenças contra as quais os xamãs não sabiam combater. No entanto, eles não se opunham aos novos remédios introduzidos mas, ao contrário, reconheciam sua rápida eficácia e tratavam de comprá-los junto aos caboclos no baixo Paru. "Sua posição (dos xamãs) era tão segura que eles não temiam a concorrência (...) Entretanto, haviam os missionários que com muito cuidado tentavam acabar com a influência dos pyaxi (xamãs), os quais recebiam deles mais privilégios que os demais indivíduos"(1982:1038). Na realidade, não se trata de uma "concorrência", já que este conceito não integra a lógica do mundo Wayana-Aparai. O que este autor parece ter querido dizer é que os xamãs não temiam ter que dividir seu poder com a nova ideologia, a cristã. No entanto, esta não demoraria para oferecer aos Wayana-Aparai uma ordem diferente de ver o mundo, ameaçando, paulatinamente, porém, os valores cósmicos locais. O depoimento de um rapaz, que dava aulas na escola de Apalaí em 1992, resume bem qual é, hoje, a imagem que os índios fazem dos missionários:

> *"Muitos missionários vêm pra outras aldeias a forçar os índios, mas esse pessoal não, eles não aforça nós não, eles fala. A gente não aforça, se vocês quiserem vocês segue, se vocês não quiserem ... se vocês quiserem aceitar vocês aceitam, mas a gente não aforça não. Por que é a cultura de vocês , vocês não podem deixar a cultura de vocês... a cultura é a coisa melhor que vocês têm. Assim, alguns índios ficam ao lado dos crentes, alguns não, a maioria não".*

Quando perguntei a esse rapaz se era crente (sabendo que freqüentava aos cultos dominicais) me respondeu afirmativamente o seguinte:

> *"Muitos brancos acha que a bíblia atrapalha a vida dos índios, mas pra mim é muito importante. Sabe porquê? Por isso é que nós somos mais mansos. Se a gente não fosse estudar isso aqui (a Bíblia), você nem chegaria perto da gente; a gente se mataria aos outros, a gente comeria carne crua, a gente matava a gente e comia. Nossa história de antigamente, a gente comia gente. A gente caçava outros índios pra nós comer. Então isso ele cortou tudo, graça a Deus... a gente não come mais cru, a gente não mata ninguém, a gente não briga, a gente nem briga com Moisés (o então chefe de posto da FUNAI), os outros que vem da cidade a gente não briga com eles. Então ele aconselhou muito a gente como se fosse o nosso pai. A mesma coisa nosso pai fala 'não briga, não critica ninguém, não fica contra ninguém, seja amigo dos outros, assim que você vai ser a melhor coisa; se você ser amigos de alguém, de todo da comunidade, a comunidade vai escolher você como cacique, porque você é o rapaz bom'."*

Os conflitos interétnicos abertos, segundo a visão wayana-aparai, terminaram-se graças à intervenção dos missionários que os ensinaram a ser "mansos" e "bons", e não em virtude da intensificação da rede comercial com os brancos, que aproximou grupos antes belicosos ou com os quais não se trocava. Esta é uma postura que se vê disseminada entre os mais jovens, para os quais os missionários, diferente dos agentes do governo, além de "pagarem bem" pelas suas tarefas, os orientam a ser "mais civilizados".

> *"A FUNAI acha que nós somos funcionários do governo então tem trabalhar tudo certo, né. E não dá outras explicação. Missionário não! Explica muito pra gente. Explica como é professor, explica o que é monitor, explica como ensinar as crianças, como se dá bem com as crianças, como educar as crianças, entendeu? E falar bem calmo com as crianças, não gritar pra crianças. Por isso é bom".*

Assim, quando voltamos às razões que permitiram a penetração da terapia médica ocidental entre os Wayana-Aparai, não resta dúvida de que este processo não resulta simplesmente de uma eficácia terapêutica ou, de razões pragmáticas, mas também de

razões ideológico-sociais. De um lado, o grau e tipo de envolvimento entre os Wayana-Aparai e a sociedade circundante ajudou na sua incorporação (refiro-me ao processo de "ocidentalização" promovido pelos agentes assistenciais) e, de outro, o modo como a medicina ocidental se comporta, agindo de forma sintomática, contribuiu para que ela se mantivesse à margem do sistema médico wayana-aparai. Isto acabou por reforçar os princípios cosmológicos nativos, permitindo que se produzisse uma situação de pluralismo terapêutico vivido sem constrangimento pelos Wayana-Aparai. Em poucas palavras, assistimos a uma situação de intersecção de tradições envolvendo uma teia complicada de ajustes, perdas e transformações culturais.

Bibliografia

ACKERKNECHT,E.
1971 *Medicine and Ethnology*. Selected Essays. Baltimore. The John Hopkins Press, 195p.

AGUIAR, Brás Dias de
1943 "Nas fronteiras da Venezuela e Guiana Britânica e Nederlandesa." In Separata dos Anais do IX Congresso Brasileiro de Geografia. IBGE, Rio de Janeiro, 100-177.

ALBERT, Bruce
1985 *Temps du sang temps des cendres. Representations de la maladie, système ritual et space politique chez les Yanomami du Sud-est (Amazonie brésilienne)*. Nanterre – Univesité de Paris X.

ALES, C.
1984 "Violence et Ordre Social dans une société amazonienne – Les Yanomami du Venezuela." In *Etudes Rurales*, Juillet/Dec, 89-114.

ALES,C & CHIAPPINO, J.
1985 "Medical aid, shamanism and acculturation among the Yanomami of Venezuela" In Colchester (Org) *The Health and the Survival of the of the Venezuela Yanomama*. ACR/SI/IWGIA Document 53. Copenhangen, IWGIA.

BALANDIER,G.
1951 La Situation Coloniale approche théorique In *Cahiers Internationaux de Sociologie*, XI,44-79.

BRUNELLI, G.
1987 *Des esprits aux microbes. Santé et Société en transformation chez les Zoró de l'Amazonie Brésilienne*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Antropologia, Faculdade de Artes e de Ciências, Universidade de Montreal.

BUCHILLET, D.
1983 *Maladie et Mémoire des Origines chez les Desana du Uaupés* (Brésil). Thèse de Doctorat, Université de Paris X.
1987 "Personne n'est là pour écouter: les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Desana du Uaupés brésilien" In *Amerindia*, Paris, 12, 7-32.
1988 "Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os indios Desana "In *Boletim do Museu Paraense E. Goeldi.*, Antropologia, vol.4, 1, 27-42.
1991 *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, Belém.Edições Cejup.

COLCHESTER, J.
1985 *The Health and the Survival of the of the Venezuela Yanomama*. ACR/SI/IWGIA Document 53. Copenhangen, IWGIA.

COLSON, Audrey Butt
1983 "An amerindian derivation for latin american creole illness for their treatment" In *Social, Science & Medicine* vol.17, 1229-1248.

DOW, J.
1986 "Universal Aspects of Symbolic: A Theoretical Synthesis" In *American Anthropologist* 88, 1, March.

EVANS-PRITCHARD, E.
1971 *La Religion des Primitifs*. Paris. Petite Bibliothèque Payot, (Theories of Primitive Religion, 1965)

FERNANDES, Eurico
1952 "Algumas notas sobre os Waiana e os Apalaí do rio Jari". Instituto de Antropologia e Etnologia do Pará, n. 4, Museu Goeldi, Belém, pp.3-12.

FORTES,G.M.
1976 "Diseases Etiologies in Non-Western Medical Systems" In *American Anthropologist*, 1976 – LXXVIII, 773-782

FRIKEL,P.
1961 "Fases culturais e aculturação intertribal no Tumucumaque". *Bol. Museu Paraense Emílio Goeldi*, n. 16, Belém.

GALLOIS, Dominique T.
1986 *Migração, Guerra e Comércio: os Waiãpi na Guiana*. São Paulo, FFLCH/USP. 348p. (Antropologia 15)
1988 *O Movimento na Cosmologia Waiãpi. Criação, expansão e transformação do Universo*. Tese de doutorado – FFLCH/USP, São Paulo.
1991 "A categoria "doença de branco":ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indigena? "In *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, Dominique Buchillet (Org.), CEJUP, CNPq, MPEG/SCT/PR/UEP.

GOODY, Jack
1987 *The interface between the written and the oral*. Cambridge University Press.
1988 *A domesticação do Pensamento Selvagem*. Lisboa. Editorial Presença, 184p.

GRAHAM, Laura R.
1990 *The Always Living: Discourse and the male lifecycle of the Xavante indians of central Brazil*. University of Texas, Austin, UMI

GRENAND, P.
1972 "Différents traits d'acculturation observés chez les Indiens Wayana et Waiãpi de Guyane Française et Brésilienne." JAULIN, Pierre (Org). *De l'Ethnocide*. Paris, Union Générale d'Editions, 159-175.
1979 Les amérindiens de Guyane Française aujourd'hui – élements de compréhension. *Journal de la Société des Américanistes de Paris* LXVI.

HART,
1973 "Pacifying the last Frontiers" In *NACLA*, 10,15-31.

HEGEN,E.
1966 *Highways into the Upper Amazon Basin: Pionner Lands in Souththern Colombia, Ecuador and Northen Peru*. Gainesville. University of Florida Press.

HERETIER,F.
1979 "Symbolique de l'inceste et de la prohibition" In *La Function Symbolique – essais d'anthropologie*, M.Izard et P.Smith (Org), Paris, Gallimard, 209-243.

HILL, Jonathan D.
1988 *Rethinking History and Myth. Indigenous South American Perspectives on the Past*. University of Illinois Press.

HURAULT, Jean Marcel
1985 *Les Indiens Wayana de la Guyane Française: structure sociale et coutume familiale*. Paris, ORSTOM, 3, 1a ed. 1968.
1989 *Français et Indiens en Guyane 1604-1972*. Paris, Union Générale d'Editions, 438p, 1a. ed. 1972.

HVALKOF, Soren e AABY, Peter
1977 "Con Dios de nuestro lado." Mimeo. Tradução de Julian Almirón.

KLEINMAN, A.
1980 *Patients and Healers in the Context of Cultures*. Berkeley, University of California Press.

KROEGER,A. & BARBIRA-FREEDMAN,F
1982 *Cultural Change and Health: the case of southamerican rainforest indians – with special reference to the Shuar/Achuar of Ecuador*. Verlag Peter Lang,Frankfurt am Main-Bern.

LAPLANTINE,F.
1986 *Anthropologie de la Maladie*. Paris. Payot.

LAPOINTE, J.
1971 *Residence patterns and Wayana social organization*. Columbia University, Microfilme, n.1971-17-516. Ann Arbor, Michigan.

LEIGHTON, A.H.
1968 "The Therapeutic process in cross-cultural perspective"- *Symposium Am.J.Psychiat.*, 124, 9.

LESLIE, C.
1976 "Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems" In A.Kleinman et alii – *Medicine in Chinese Cultures*. US. Department of Health Education and Welfare, 401-415.

LEWIS, O.
1955 "Medicine and politics in a mexican village" In Paul B.D. (Org), *Health, Culture and Community*, Mexico. Russel Sage Foundation,403-434

LIEBAN,R.W.
1973 "Medical Anthropology "In John J. Honnigmann (Org), *Handbook of Social and Cultural Anthropology*, University of North Carolina, Chapel Hill.

MURDOCK, G.P.
1980 *Theories of Ilness: a world survey*. Pittsburgh, University of Pittisburgh Press.

PEDERSON,D.
1980 *Tradicional Medicine in Ecuador. The structure of non-formal health systems*. PAE, Quito.

PERRIN,M.
1980 *Un succés bien rélatif: la médicine occidentale chez les indiens Guajiro*. Pergamon Press Ltd.
1982 "Antropologos y medicos frente al arte de curar " In *Biblioteca Corpozulia*, Maracaibo. Centro de Lenguas Indigenas, Caracas.

RAUSCHERT, Manfred
1967 "Materialen zur geisteingen kultur der ostkaraibischen Indianer "In *Zeitschrift Anthropos*, Bd., 62:165-206, Fribourg.
1968 "O Parque Nacional de Tumucumaque "In *Boletim da Sociedade Brasileira de Geografia*, XVII, julho/ dezembro.
1981 "A história dos Indios Aparai e Wayana segundo suas próprias tradições." In *Contribuições à antropologia em homenagem ao Prof. Egon Schaden*. São Paulo, USP, 233-253. (Col. Museu Paulista, Série ensaios v.4)
1982 "Die Krankenbehandlung bei den Aparai-Wayana Indianer" In *Ethnologia Americana*, 18/4, Nr.102.
1994 *Zaubere, Heiler, Ärzte – Traditionelle und moderne Krankernbehandllung bei Den Aparai-Wajana-Indianer*, Bonn, mimeo.

SCHOEPF, Daniel
1972 "Historique et situation actuelle des Indiens Wayana-Aparai du Brésil "In *Bulletin Annuel du Musée d'Ethnographie,* Geneve (15), 33-64. il.

SINDZINGRE, N. & ZEMPLENI,A.
1981 "Modèles et pragmatiques, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo du Côté d'Ivoire "In *Social, Science and Medicine* 15b (3), 279-295.

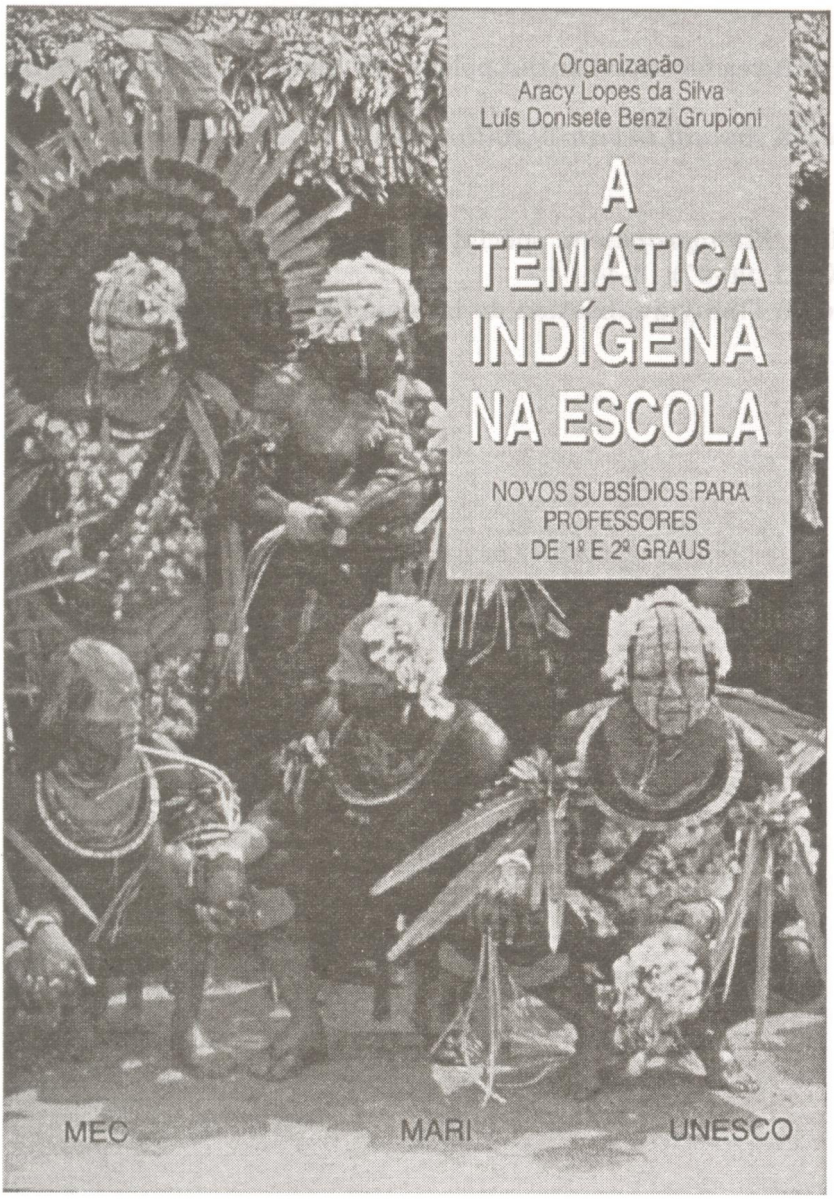
VELTHEM, Lúcia Hussak van
1984 *A Pele de Tulupere: estudo dos trançados Wayana-Aparai*. Dissertação de mestrado, FFLCH/USP.

WOLFF, R.
1965 "Modern medicine and tradicional culture: confrontation on the Malay Peninsula " In *Human Organization* 24 (4), 339-345.

YOUNG,A.
1976 "Some Implications of medical beliefs and pratices for social anthropology" In *American Anthropologist*, 78, 1, 5-24.
1982 "The anthropologies of illness and sickness" In *Annual Review of Anthropology* 11, 257-285.

ZEMPLENI,A.
1985 "La Maladie et ses causes. Introduction" In L'*Ethnographie*,n. spécial: causes Origines et Agents de la Maladie chez les Peuples sans Écriture. LXXXI (96-97),13-44.
1988 "Entre Sikness et Ilness: de la socialization à l'individualisation de la maladie" In Social,Science and Médicine, 27 (11), 1171-1182.

O livro A Temática Indígena na Escola: novos subsídios para professores do 1o. e 2o. graus, organizado por Aracy Lopes da Silva e Luís Donisete Benzi Grupioni e editado pelo MEC, MARI/USP e UNESCO, reúne 20 artigos e 23 boxes escritos por 37 especialistas entre antropólogos, historiadores, lingüistas e arqueólogos ligados a diferentes universidades brasileiras. Com 575 páginas, o livro fornece informações básicas sobre as mais de 200 sociedades indígenas que habitam o Brasil, possibilitando uma reflexão múltipla e independente sobre temas como cultura, diversidade, etnocentrismo e diálogo intercultural.



A Temática Indígena na Escola está sendo vendido nas livrarias da Edusp. Pode, também, ser solicitado pelo correio. Para tal, enviar cheque no valor de R$18,00, nominal a Luís Donisete Benzi Grupioni, para o endereço abaixo:

M A R I
Grupo de Educação Indígena
Departamento de Antropologia
Universidade de São Paulo
Caixa Postal 8105
Cidade Universitária
05508-900 São Paulo - SP