

EDUCAÇÃO EM SAÚDE:
IDEOLOGIAS, RACIONALIDADES, DISCURSOS E PRÁTICAS INSTITUCIONAIS
EM 15 ANOS DE INDIGENISMO
(Brasil, anos 1980-1995)

István Van Deursen Varga
São Luís, outubro de 1995

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL
data 03/09/98
cod. F2D 00032

1 - INTRODUÇÃO

O debate em torno de experiências, propostas e projetos de educação em saúde voltados a grupos indígenas do Brasil, assim como de outros países da América Latina, desenvolve-se frequentemente em torno de questões de fundo semelhantes, que remetem às contradições tanto do momento político e econômico das sociedades envolvidas (em sua grande maioria capitalistas) quanto do processo de aprofundamento do contato dessas sociedades com grupos indígenas. Mais que explicitar essas contradições e suscitar reflexões a respeito, esses debates, entretanto, colocam (ou deveriam colocar...) em evidência as próprias iniciativas dos grupos indígenas na afirmação e na

1. v., p. ex., os relatos de Xochitl Herrera e Miguel Lobo-Guerrero: "From Failure to Success - Tapping creative energy of the Sikuani Culture in Colombia", Grassroots Development, 12:3, 1988; Catherine Ales e Jean Chiappino: "Medical aid, shamanism and acculturation among the Yanomami of Venezuela", mimeo, 1982; Marcos A. Pellegrini: "A medicalização de conflitos: entre o paternalismo e a participação (o caso dos Yanomami)" in D'Ávila Neto, M. A. (org.): "Desenvolvimento Social - Desafio e Estratégias", Rio de Janeiro, Cátedra UNESCO de Desenvolvimento Durável - UFRJ/EICOS, 1995, volume II; Dominique Buchillet: "Contas de vidro, enfeites de branco e 'potes de malária'", Brasília, Universidade Nacional de Brasília, 1995, Série Antropologia, n.º 187.

consolidação de sua autonomia em relação a essas sociedades.

Nesse artigo trataremos de alguns desses problemas, buscando identificar e aprofundar a discussão acerca de questões, a eles correlatas, que consideramos fundamentais para a compreensão, a crítica e a condução dos projetos de educação em saúde voltados a comunidades indígenas do país.

Começamos por uma leitura acerca da história da própria expressão e do conceito de "educação em saúde", e de suas profundas correlações com a história do chamado "Movimento pela Reforma Sanitária" no Brasil, no interior do qual é reconhecida e definida como um de seus campos e estratégias de ação.

Proseguiremos com uma rápida contextualização do indigenismo dos anos 1980, com a consolidação do "Movimento Indígena", seguida de uma discussão acerca da incorporação sistemática da saúde entre seus campos prioritários de atuação, o que propiciou sua aproximação com o Movimento pela Reforma Sanitária.

Entendemos que a aproximação entre esses movimentos não se traduziu apenas em alianças políticas (Assembléia Nacional Constituinte, mobilização de profissionais de saúde em várias campanhas de apoio a grupos indígenas, Conferências Nacionais de Saúde, campanhas político-eleitorais, etc...): assim como ocorreu entre outros movimentos populares na época, essa aproximação vem subsidiando ambos na elaboração de discursos e propostas em vários campos comuns de ação, dentre os quais o da educação em saúde.

No que concerne ao modo como o campo da educação em saúde vem sendo incorporado pelas políticas institucionais (oficiais) voltadas às comunidades indígenas - tanto no âmbito da política indigenista do governo, como no de suas políticas setoriais específicas (no caso, as políticas de educação e de saúde voltadas a grupos indígenas) - nós nos ateremos, aqui, exclusivamente às políticas indigenistas e às de saúde¹. Buscaremos atualizar essa discussão através da análise dos principais documentos oficiais que versam, direta ou indiretamente, sobre o tema saúde, agentes/monitores indígenas de saúde e/ou educação em saúde para grupos indígenas.

2 - SOBRE A "REFORMA SANITARIA"

A expressão "reforma sanitária" no Brasil data, segundo pudemos apurar, do início dos anos 1920, quando médicos de algumas das maiores cidades do país (Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte) passam a recomendar uma mudança radical nos métodos até então adotados na condução da saúde pública.

Esses médicos opunham-se enfaticamente ao modelo - inspirado no higienismo francês - da "desinfecção terminal", que caracterizou as ações de Oswaldo Cruz à frente do Departamento Sanitário Federal, no combate às epidemias de varíola e febre amarela no Rio de Janeiro do início do século.

1. (partimos do suposto que a política setorial de educação indígena seja mais adequada, extensiva e aprofundadamente discutida ao longo desta publicação)

O higienismo francês, que identificava as principais causas das doenças transmissíveis nos "miasmas" (emanações insalubres provenientes de dejetos, cemitérios, lixo acumulado, indústrias, cozinhas e pântanos), propunha a reforma e o saneamento do ambiente urbano como o método mais eficaz de erradicação dessas doenças.

As "campanhas" de Oswaldo Cruz, inspiradas nesse modelo, assumiram uma feição nitidamente para-militar (o que já se denota em seu próprio glossário, que incorporou os termos "campanha", "combate", "brigada sanitária", entre outros, típicos do jargão militar). Além do Decreto Presidencial que instituiu a vacinação obrigatória contra a varíola, prescrevendo severas sanções aos renitentes, a estratégia de Oswaldo Cruz previa a organização de forças de intervenção sanitária local.

As "brigadas sanitárias" constituíram-se, conforme descreve¹ Sevcenko em equipes de fiscalização e intervenção local, subordinadas a uma "Delegacia de Hygiene" de âmbito regional; essas brigadas eram instruídas e autorizadas a destruir compulsoriamente quaisquer coleções suspeitas de água (focos do mosquito transmissor da febre amarela), assim como recolher e destruir quaisquer vestimentas, móveis ou objetos considerados anti-higiênicos e/ou contaminados; as brigadas sanitárias também competia executar as ações de evacuação (à força, se necessário, com o auxílio da polícia) e desinfecção dos cômodos mais pobres,

1. Sevcenko, N.: "A Revolta da Vacina - mentes insanas em corpos rebeldes", São Paulo, Brasiliense, 1984.

considerados insalubres e/ou contaminados.

1
1 0

Numa estratégia coerente com esse modelo, as campanhas de Oswaldo Cruz associaram-se, no mesmo período, o processo de reforma da cidade e do porto do Rio de Janeiro: a primeira liderada pelo seu Prefeito, o engenheiro Pereira Passos; a segunda pelo Ministro da Viação Indústria e Obras Públicas, Lauro Müller .

2
3
A reforma urbana, ou a "Regeneração" - como era chamada pelos seus mais veementes defensores da época - implicou no desalojamento compulsório de milhares de famílias mais pobres que se amontoavam nos casarões, nas vielas e becos do centro da cidade, e seu deslocamento para os cortiços e casas de cômodos (dentre as quais as "zungas" eram casas que alugavam os pedaços de chão de seus quartos, com direito a uma esteira de palha), de onde, posteriormente, migrariam para os morros.

O então Presidente da República, Rodrigues Alves, buscava atender, com essas duas medidas de grande envergadura, aos interesses dos cafeicultores paulistas (hegemônicos no cenário político-econômico nacional) e dos credores britânicos do tesouro nacional, uma vez que as exportações estavam ameaçadas pelo

1. v. Sevchenko, op. cit.

2. à maneira da "Regeneration" de Paris, após a Comuna, a cargo do Barão de Haussmann.

3. segundo Benchimol, J.L., até meados de 1905 "... a administração municipal e da Saúde Pública haviam demolido cerca de seiscentas habitações coletivas e setecentas casas, privando de teto pelo menos quatorze mil pessoas..." (citação do pesquisador Jaime Larry Benchimol in Sevchenko, N., "A Revolta da Vacina", São Paulo, Brasiliense, 1984, pp. 63-64)

fechamento dos principais portos, devido às epidemias.

Como se sabe, essa estratégia foi bem sucedida do ponto de vista econômico, uma vez que as epidemias foram debeladas, a continuidade das exportações foi assegurada e a Capital Federal ganhou uma paisagem urbanística de feições parisienses, com largas alamedas e avenidas, e seus parques públicos devidamente gradeados e policiados - o que valeu efusivos elogios e homenagens internacionais a Rodrigues Alves, Oswaldo Cruz, Pereira Passos e Lauro Müller.

Se, no entanto, o governo Rodrigues Alves atingiu seus objetivos no que se refere à política econômica e às relações internacionais, o mesmo não pode ser dito no que se refere à política interna. O então Presidente da República, o Prefeito da Capital Federal e o Diretor do Departamento Sanitário Federal, na melhor das hipóteses, não imaginaram que a reação popular à truculência das "brigadas sanitárias" e da reforma urbanística chegasse às proporções registradas pela história.

Após um período de intensa difamação e ridicularização dessas autoridades pela imprensa carioca, a reação popular, que passou a ser conhecida como "Revolta da Vacina" assumiu, em 9 de novembro de 1904, a dimensão de uma grande insurreição armada, cujo número de vítimas fatais ¹ em combates de rua com a polícia e as tropas federais pode ter chegado a ser superior ao que teria

1. (desconhecido, segundo Sevcenko)

sido o das vítimas das epidemias ; vários edifícios públicos foram depredados. Declarado Estado de Sítio, o Exército e a Marinha foram convocados em caráter de emergência, alguns dos bairros mais revoltosos chegaram a ser bombardeados, por terra e por mar: o bairro da Saúde, por exemplo - ironicamente, um dos mais aguerridos -, foi alvejado pelos canhões do encouraçado Deodoro. O Palácio do Catete, praticamente sitiado pelos populares, foi cercado por trincheiras e barricadas, e Rodrigues Alves esteve prestes a fugir da Capital .

Essas experiências traumáticas marcaram toda uma geração de médicos que, envolvidos na condução dos serviços de saúde de suas cidades e/ou estados, passaram a recomendar uma mudança radical na metodologia dos trabalhos: foi o caso de Geraldo Horácio de Paula Souza, em São Paulo, cujas idéias e propostas inspiravam-se na proposta americana de organização de serviços de saúde .

Esse modelo americano calcava-se nas teorias da "cultura da pobreza" ; tendia a caracterizar as doenças mais comuns entre as classes sociais subalternas como doenças resultantes de hábitos

1. segundo Sevcenko, as vítimas da Revolta da Vacina não poderiam, no entanto, ser computadas apenas entre os mortos e feridos nas ruas; milhares de prisioneiros, após um período de reclusão, espancamentos e maus-tratos sistemáticos na Ilha das Cobras, eram despachados para as frentes seringalistas do Acre.

2. v. Sevcenko, N.: "A Revolta da Vacina - mentes insanas em corpos rebeldes", Brasiliense, São Paulo, 1984.

3. v. Merhy, E. E.: "O capitalismo e a saúde pública", Campinas, Papirus, 1987

4. possivelmente nas obras de autores alinhados com a "Antropometria", como Galton (1822-1911) e Pearsons (1857-1936).

nocivos, mantidos pelos populares em função de sua própria ignorância. Colocava-se como necessário, assim, o reconhecimento dos fatores sócio-econômicos que determinariam essa cultura da pobreza, para definir as estratégias a serem adotadas para vencer as inúmeras barreiras culturais e induzir essa população mais pobre (que além de ignorante e supersticiosa era tida como desorganizada) a aderir pacificamente às recomendações e medidas propostas pelos programas oficiais de saúde: - o que contribuiria inclusive a reintegrar essa clientela marginalizada à sociedade ¹.

A influência desse modelo americano de organização de serviços de saúde no panorama político-institucional brasileiro inicia-se, sobretudo, após a primeira guerra mundial (1914-18), quando os Estados Unidos ganharam grande projeção internacional e consolidaram sua hegemonia econômica, especialmente no que se refere à América Latina. Ainda antes da Primeira Guerra a estratégia americana de conquista dessa hegemonia já se delineava inclusive no campo da saúde, com a criação, em 1902, da Oficina Sanitária Internacional (precursora imediata da Organização Panamericana de Saúde) e, em 1913, da Fundação Rockefeller, no âmbito da iniciativa privada ².

1. v. projeto do Serviço de Educação em Saúde Pública, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: "A educação e a relação entre os profissionais de saúde e a população", São Paulo, mimeo, 1986.

2. v. Labra, Maria Eliana: "A 'conexão sanitária internacional' e as políticas de saúde nos anos 20-30 no Brasil", mimeo, resumo de comunicação ao "1.º Encontro de História e Saúde", Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 6-10/10/1986.

Paula Souza graduara-se em medicina na John Hopkins School (americana), e ao assumir a direção do Serviço Sanitário Estadual de São Paulo tornou-se o principal interlocutor brasileiro, na época, do modelo americano de organização de serviços de saúde. Representando a Fundação Rockefeller durante o "I Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene" (1923), Paula Souza propôs a mudança dos princípios da "saúde pública" até então praticada, com base no modelo dos trabalhos desenvolvidos em São Paulo (implantação de postos municipais de saúde, em que uma equipe multiprofissional prestava serviços de atenção integral à saúde - com destaque para as ações de "educação sanitária").

O Serviço Sanitário Estadual de São Paulo formalizava, portanto, em 1922, a incorporação da chamada "educação sanitária" entre suas estratégias básicas, o que viria a ocorrer com a maioria das instituições públicas de saúde no Brasil ¹.

4 - REFORMA SANITARIA E EDUCACAO EM SAUDE

Entendida como um dos fundamentos da então moderna saúde pública ², nos anos 1920, tempos de Paula Souza, definia-se educação sanitária como processo de criação de uma "consciência

1. v. Merhy, op. cit.

2. (ao lado da administração pública pautada em metodologia científica, para o que propunha uma aproximação maior entre a Faculdade de Medicina e o Serviço Sanitário - movimento que viria a culminar na criação do Instituto de Higiene e da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da USP)(v. Merhy, E. E.: "O capitalismo e a saúde pública", Campinas, Papyrus, 1987)

sanitária" na população, viabilizada por meio da instrução da clientela dos "Centros de Saúde" acerca de noções e "hábitos de ¹ higiene" .

O primeiro curso de educação sanitária, do Instituto de Higiene de São Paulo, inaugurado em 1925, destinava-se aos professores primários, e visava capacitar grupos desses profissionais para desenvolver ações de educação sanitária, tanto nas escolas (normais e primárias) em que lecionassem, como nos próprios Centros de Saúde, integrando suas equipes multiprofissionais de trabalho.

O conteúdo desse curso, oferecido de 1925 até 1961 (quando foi extinto), supunha a formação pedagógica básica dos professores, apresentando maior carga nas disciplinas biomédicas, visando repassar-lhes conhecimentos e informações científicas elementares no campo da saúde.

Já em 1967, quando foi reinaugurado, o curso do Instituto de Higiene de São Paulo seguia basicamente o modelo adotado pela Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP). Com status de especialização pós-graduada, não mais voltava-se aos professores primários e normalistas, mas a profissionais universitários, sobretudo aos da área das Ciências do Comportamento, as quais compunham, também, sua carga disciplinar predominante.

A Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP),

1. v. projeto do Serviço de Educação em Saúde Pública, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: "A educação e a relação entre os profissionais de saúde e a população", São Paulo, mimeo, 1986.

dedicava-se à implantação de serviços de saúde em áreas remotas; seus primeiros trabalhos foram desenvolvidos no Amazonas e no vale do Rio Doce. Sua criação, em 1942, foi objeto de um convênio de cooperação Brasil-Estados Unidos; dentre as características que denotam mais explicitamente a influência da estratégia e da metodologia norte-americana na condução da FSESP, destaca-se justamente a figura do "Health Educator", um profissional de formação universitária, geralmente da área das Ciências do Comportamento, com especialização pós-graduada em cursos de "Health Education", oferecidos nos EUA.

Quando, portanto, em 1967, o Instituto de Higiene reinaugurava seu curso, este já surgia com novo nome - "Educação em Saúde" - denotando o profundo redirecionamento de sua estratégia em relação à do curso extinto em 1961, voltado aos professores primários e normalistas, tidos como mais próximos e socio-culturalmente identificados com a clientela ¹.

A orientação do novo curso apresentava forte tendência à elitização. Como já foi mencionado acima, o perfil do profissional que se pretendia formar, a partir de então, à maneira do "Health Educator" da FSESP, era de um profissional universitário das Ciências do Comportamento, especializado em "educação em saúde", que atuaria junto à direção e às equipes dos Centros de Saúde. Educação em saúde passa a ser entendida como um campo de atividades que envolveria todos os profissionais dos

1. v. projeto do Serviço de Educação em Saúde Pública, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: "A educação e a relação entre os profissionais de saúde e a população"; São Paulo, mimeo, 1986.

Centros de Saúde, cujo planejamento e supervisão estaria a cargo do educador em saúde.

As ações de educação em saúde, segundo essa nova concepção, consistiriam basicamente no apelo à mobilização dessas clientelas de Centros de Saúde em torno de temas sanitários específicos, sobretudo através de recursos audio-visuais¹. Lançavam-se, assim, as bases metodológicas dos ainda hoje chamados programas de "Informação, Educação, Comunicação e Mobilização Comunitária" (IEC/MC) largamente adotados pela Fundação Nacional de Saúde (sucedeãnea da FSESP), pelo Ministério da Saúde em geral e por várias instituições públicas de saúde do país.

Paralelamente à elitização verificada no curso de educação em saúde oferecido pelo Instituto de Higiene de SP, experiências fundamentais, no campo da educação popular, foram realizadas no Brasil ao longo dos anos 1960, e terminaram por repercutir profundamente nas concepções e propostas de educação em saúde. Os trabalhos de Paulo Freire² tornaram-se uma referência internacional no assunto; abordando a educação como campo privilegiado da reafirmação - ou contestação - da ordem social vigente, Paulo Freire propõe uma metodologia libertadora, que estimula tanto o educando quanto o educador a questionarem e

1. v. projeto do Serviço de Educação em Saúde Pública, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: "A educação e a relação entre os profissionais de saúde e a população", São Paulo, mimeo, 1986.

2. especialmente "Pedagogia do oprimido" (Freire, P.: "Pedagogia do oprimido", Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977, 4.a ed.) e "Educação como prática da liberdade" (Freire, P.: "Educação como prática da liberdade", Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976, 6.a ed.)

recriarem o próprio conteúdo do processo pedagógico em que estejam envolvidos.

Os trabalhos de Paulo Freire foram interrompidos com o golpe militar de 1964, e suas repercussões só chegaram a manifestar-se tardiamente no campo da educação em saúde. Tomando por referencial as obras de autores voltados a essa educação libertadora, os trabalhos mais críticos em relação à educação em saúde, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1970, tendem a pautar-se pela caracterização desse campo de atividades enquanto reprodutor da ideologia das classes dominantes.

A saúde é caracterizada como um dos campos onde a hegemonia intelectual e comportamental das classes dominantes se reafirmaria - e talvez de modo especialmente insidioso, por abranger representações e práticas significativas na configuração das relações que os indivíduos mantêm consigo mesmos, com seus corpos, suas necessidades, suas potencialidades, seus limites e sua capacidade criativa, no modo como se inserem no mercado de trabalho vigente e na própria sociedade, na vida em coletividade.

A maioria desses trabalhos parte, portanto, de uma postura cética em relação à saúde e à educação em saúde, tomando-as como campos institucionais inexoravelmente subordinados à visão de mundo, à lógica e interesses das classes dominantes; a maioria deles também parte de uma dicotomização básica entre práticas pedagógicas e de saúde.

1. v. projeto do Serviço de Educação em Saúde Pública, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: "A educação e a relação entre os profissionais de saúde e a população", São Paulo, mimeo, 1986.

Uma crítica a esta postura consistiria em chamar a atenção para sua negação, implícita, da educação em saúde enquanto espaço institucional de potencial interesse para os próprios "educandos" das classes populares ¹. Se as práticas de saúde das instituições tendem a reproduzir e reafirmar as visões de mundo, atitudes e conhecimentos característicos da cultura e dos interesses das classes dominantes, a conquista do estado de saúde, bem como o conhecimento de práticas necessárias a sua manutenção, se constituem em metas legítimas de luta das classes populares e em campo de afirmação de suas próprias visões de mundo, atitudes e conhecimentos.

Tomando, nessa perspectiva, a educação em saúde como campo de afirmação, dentro dos espaços institucionais da saúde, dos interesses sobretudo das clientelas populares dos serviços públicos, Cardoso de Melo ², a partir de uma visão crítica tanto das práticas de saúde quanto das pedagógicas, inicia uma discussão acerca dessa dicotomização entre ambas as práticas, buscando caracterizar as de saúde como necessariamente pedagógicas, quer seus agentes reprodutores (os profissionais de saúde) assumam explicita e conscientemente, ou não, essa dimensão pedagógica de seu trabalho.

Para Cardoso de Melo, o caráter pedagógico das práticas de

1. numa leitura gramsciana, um espaço para militância dos "intelectuais orgânicos" das classes populares

2. v. projeto do Serviço de Educação em Saúde Pública, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: "A educação e a relação entre os profissionais de saúde e a população", São Paulo, mimeo, 1986.

saúde reside precisamente na dimensão simbólica inerente a esse campo de trabalho e às várias práticas e representações por ele abrangidas; mesmo que o profissional de saúde não esteja interessado em "repassar" seus conhecimentos à clientela e/ou ao público com quem trabalhe, seus atos são inevitavelmente observados e reinterpretados por esse público que, em última análise, é seu "alvo" de trabalho.

4 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO INDIGENISMO: DUAS PERSPECTIVAS OPOSTAS

O chamado "Movimento Indígena" surgia, ao final dos anos 1970, como resultado de uma articulação entre entidades independentes da sociedade civil, mobilizadas ou mesmo organizadas em defesa dos direitos indígenas, e algumas organizações indígenas, recém-estruturadas.

Dentre as lutas imediatamente assumidas por este movimento destaca-se a do direito à terra, implicando na demarcação, desintrusão e proteção dos limites das áreas necessárias à sobrevivência digna dos grupos indígenas, segundo suas próprias culturas e tradições. Logo na sequência da questão da terra prioriza-se, frequentemente, a da saúde. Além dos conflitos violentos com invasores de nossa sociedade, as endemias, por eles trazidas, se constituem nas principais causas da extinção de grupos indígenas inteiros e/ou da dispersão e desagregação de seus sobreviventes.

Por este motivo, a oferta do acesso à tecnologia terapêutica

do homem ocidental, de modo geral mais adequada ao combate das epidemias por ele mesmo introduzidas entre os indígenas, se constitui numa valiosa mercadoria, na mão dos representantes dos interesses da sociedade envolvente, para a barganha de concepções e/ou tolerâncias das comunidades indígenas com relação a empreendimentos de seu interesse ¹.

Ao final dos anos 1970, entre projetos de saúde de organizações não-governamentais (ONGs), pautados na experiência indigenista de seus dirigentes e na prática de sanitaristas, por elas arregimentados, surgiam as primeiras propostas de educação em saúde voltadas a grupos indígenas do país. Vários desses projetos continuam em andamento, com ou sem reformulações, assim como outros surgiram seguindo, basicamente, a mesma orientação. Sua justificativa central, via de regra, remete à constatação:

- da grande carência de profissionais de saúde qualificados,

1. no Maranhão, em 22/3/1993, o não cumprimento das promessas feitas pela CVRD (Companhia Vale do Rio Doce) e pela FUNAI, no que se refere à demarcação das áreas e à atenção à saúde, levou um grupo de cerca de 200 índios (entre Guajajara, Kaapor, Krikati e Awa), a bloquear a E.F. Carajás, na altura do km. 299 (próximo ao povoado de Auzilândia, município de Santa Luzia), com toras de madeira, tomando 8 funcionários da FUNAI como reféns. A principal reivindicação dos índios era a demarcação dos 276.000 ha. da Área Indígena Awa-Guajá (vizinha a leste da Reserva Biológica do Gurupi) e Krikati.

Em 24/3/1993 um representante da CVRD assinava um documento, em Auzilândia, na presença dos índios, em que reafirmava sua intenção de demarcar as áreas indígenas citadas, e ressaltava o fato de já ter repassado à FUNAI os recursos correspondentes; a FUNAI, por outro lado, se comprometia a acelerar o processo e manter os índios constantemente informados a respeito. A CVRD também se comprometia a construir postos de vigilância nessas áreas indígenas, a apoiar a FUNAI, "na medida de suas possibilidades", na desintrusão da AI Alto Turiaçu e na execução de um "programa de assistência nas áreas de saúde, educação e atividades produtivas".

disponíveis para esse tipo de trabalho;

- das dificuldades em manter as poucas equipes de saúde em caráter permanente e/ou por longos períodos nessas áreas;

- das dificuldades de trabalho nos serviços de saúde de referência e das equipes de saúde em campo, na falta de um intérprete/intermediador entre suas demandas e necessidades de trabalho e as expectativas e o cotidiano das comunidades indígenas;

- da necessidade de adequar os hábitos tradicionais dessas comunidades às condutas sanitárias e terapêuticas necessárias ao combate das endemias resultantes do contato com a sociedade envolvente.

Cogita-se a formação de agentes indígenas de saúde como forma de solucionar a carência de profissionais mais qualificados em campo; o agente também trabalharia como intérprete e intermediando as equipes de saúde em suas visitas às comunidades, contribuindo para o aumento da eficácia das ações em campo.

O enfoque desses projetos, no entanto, mesmo quando envolvem atividades de prevenção e atenção primária, segue sendo basicamente sanitarista e assistencial.

Com o fortalecimento das organizações indígenas, ao longo dos anos 1980, passa a estar mais presente a perspectiva oposta à do enfoque anterior: a da construção da autonomia dessas comunidades, inclusive no trato com a saúde.

Nessa perspectiva, a capacitação de agentes indígenas de

saúde passa a ser considerada não apenas uma estratégia de viabilização da assistência (ainda imprescindível...) por parte das instituições e organizações de apoio, mas também de apropriação de conhecimentos, técnicas, instrumentos e tecnologias ocidentais de saúde por parte das comunidades indígenas, segundo seus próprios interesses e necessidades.

Esse agente passa a ser considerado, mais que um "especialista" da saúde, um interlocutor da comunidade junto à sociedade envolvente nos assuntos referentes à saúde, sendo por ela escolhido para este fim. Seu trabalho passa a ser considerado como de co-responsabilidade com a comunidade, que além de tê-lo eleito para a função, torna-se a avaliadora de seu desempenho e a avalista de sua permanência nesse papel; em alguns casos, a comunidade chega a assumir, parcial ou integralmente, os trabalhos necessários ao sustento dos agentes e de suas famílias (nas roças, na caça, pesca, atividades de coleta e construção de habitações).

No que se refere ao perfil desse agente indígena de saúde, interessante notar como, à medida em que as próprias comunidades e/ou organizações indígenas assumem a direção dos projetos de saúde (ou intensificam sua participação nela), a tendência passa a ser a de que esses agentes sejam capacitados a realizar o diagnóstico das doenças mais frequentes e também a executar as respectivas medidas terapêuticas fundamentais.

As comunidades expressam seu interesse em que esses agentes se comprometam com a construção de sua autonomia no que se refere aos tratos da saúde: como não têm, via de regra, facilidades de acesso a bons serviços de saúde da sociedade envolvente, esperam

que esses agentes possam desempenhar o papel de profissionais de saúde permanentemente à sua disposição, no próprio local onde vivem.

Acumulam-se as demandas e pressões para que suas ações passem, assim, a ter um perfil predominantemente "curativo" -¹ contrariando, não raro, os cânones do sanitarismo e a expectativa das instituições e dos profissionais de saúde mais bem intencionados, que geralmente entendem que a atuação dos agentes indígenas de saúde deveria centrar-se e limitar-se às atividades de atenção primária, de educação em saúde, de interlocução com instituições de saúde e de apoio às suas equipes² de campo. Nessa situação configura-se, portanto, uma oposição entre as perspectivas dos técnicos e instituições de saúde e a das comunidades indígenas. Buscaremos aprofundar o debate acerca dessas duas perspectivas a partir da discussão de um trabalho bastante recente acerca do assunto.

Em 1993 a FIOCRUZ/ENSP/PARES (Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Programa de Apoio à Reforma Sanitária) publicava o livreto "Saúde de Populações Indígenas - uma

1. - que se bate pela democratização do acesso a serviços de saúde de qualidade: nessa perspectiva, dentre os quesitos que estabelecem a "qualidade" dos serviços de saúde, destaca-se a adequada habilitação daqueles que executam as ações, segundo critérios técnico-científicos de domínio (do ponto de vista de nossa sociedade...) das instituições, das entidades corporativas e das academias científicas da área da saúde. O problema é que estes critérios técnico-científicos nem sempre são compatíveis com os interesses das comunidades indígenas no que se refere às questões da saúde...

2. situação que se apresentou, no Brasil, entre vários projetos de saúde para comunidades indígenas de nosso conhecimento.

1
introdução para profissionais de saúde" .

O capítulo 5 deste volume de 1993, intitulado "Agentes Indígenas de Saúde", de autoria de Confalonieri, U.E.C. e Verani, C.B.L., aborda o problema de uma maneira que nos parece sintetizar os pontos de vista de boa parte dos sanitaristas², revelando ainda como a questão indígena provoca e aprofunda o debate acerca de alguns dos temas mais polêmicos no Movimento pela Reforma Sanitária.

Logo na introdução ao texto, os autores definem o papel do agente de saúde (genérico) como o de um interlocutor dos serviços de saúde junto à sua própria comunidade; seu trabalho consistiria, em linhas gerais, em executar ações de atenção primária à saúde e em buscar a adesão da comunidade para com os planos de intervenção sanitária desses serviços em seu cotidiano:

"Atuam basicamente como elementos de ligação entre os serviços e as comunidades onde vivem, ajudando a definir as necessidades de saúde e estimulando a adesão a programas e atividades de prevenção das doenças. Exercem, por isso, um importante papel educativo,

1. a publicação deste volume foi seguida pela do segundo volume da série "Manual do monitor de saúde indígena do Xingu": "O monitor dentista", e pela do terceiro volume da mesma série: "Instruções para o supervisor", ambos de 1994; o objetivo desta série é de oferecer subsídios para o trabalho tanto dos agentes indígenas de saúde quanto dos profissionais de saúde e indigenismo envolvidos em ações de saúde, mais especialmente no Parque Indígena do Xingu.

2. - ainda mais emblemática e caracteristicamente em virtude do próprio espaço institucional de onde seu discurso é enunciado: o "Programa de Apoio à Reforma Sanitária", da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz...

estimulando comportamentos promotores de saúde."

1

No caso do agente indígena de saúde, os autores chamam a atenção para um aspecto fundamental de seu papel, que se acresce às atribuições acima mencionadas do agente de saúde "clássico" - o de "elemento de ligação entre dois sistemas culturais distintos":

"No caso específico das populações indígenas, vários programas em todo o mundo têm realizado formação de agentes de saúde que, além das funções clássicas observadas em todo o contexto social, exercem ainda o importante papel de elementos de ligação entre dois sistemas culturais distintos: a cultura tradicional indígena e a da moderna sociedade industrial."

2

Importa notar que, para os autores, trata-se de inserir as comunidades indígenas no sistema de saúde (o sistema ocidental, da sociedade envolvente), do qual o agente indígena de saúde já faria parte. Enquanto emissário desse sistema, a função desse agente seria, basicamente, a de mobilizar sua respectiva comunidade para a adesão aos programas e ações de saúde propostos pelo sistema; enquanto profissional de saúde de nível "primário", esse agente também estaria devidamente submetido a supervisões periódicas por parte de profissionais de saúde mais qualificados:

"Trata-se, portanto, de uma estratégia de ação primária, visando a facilitar a entrada no sistema de saúde, pela efetiva mobilização das comunidades, e não

1. Confalonieri, U.E.C.; Verani, C.B.L.: "Agentes Indígenas de Saúde" in "Saúde de Populações Indígenas - uma introdução para profissionais de saúde", Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Programa de Apoio à Reforma Sanitária, 1993, capítulo 5, p. 45.

2. idem, pp. 45-46.

apenas uma forma de suprir a deficiência de profissionais de saúde de outros níveis, nas áreas indígenas. Entende-se, assim, que o trabalho dos agentes deva ser realizado em equipe, inserido em programas e sistemas locais de saúde devidamente estruturados."

1

"...o trabalho de agentes indígenas de saúde no âmbito de suas comunidades se reveste de caráter estratégico para a extensão da cobertura dos serviços de saúde, visando à implementação de modelos de atenção médico-sanitária culturalmente adequados, operacionalmente viáveis e eficazes sob o ponto de vista epidemiológico.

Os programas de formação devem prever a reciclagem periódica e a supervisão continuada, realizadas por profissionais de saúde de outros níveis (médico, enfermeiros)."

2

Buscando assegurar às comunidades indígenas o acesso a serviços de saúde de qualidade e compatíveis com os avanços das ciências e tecnologias disponíveis na sociedade envolvente, os autores fazem um breve relato acerca de uma experiência da FIOCRUZ, no treinamento e reciclagem de agentes Tikuna e do Parque do Xingu, na Universidade Federal do Rio de Janeiro e na própria FIOCRUZ, onde se lhes oferecera "a oportunidade de observar ações de saúde em níveis de maior complexidade no sistema de saúde, compreendendo melhor o seu funcionamento":

"Uma experiência, já realizada com sucesso, é o processo de reciclagem, na cidade, de pequenos grupos de agentes indígenas já atuantes e que se destaquem como lideranças, pelos seus conhecimentos e habilidades.

...

...A premissa básica é que estes aprofundem paulatinamente seus conhecimentos para, a longo prazo, atuarem como supervisores dos outros agentes

1. ibidem, p. 46.

2. idem, pp. 50-51.

comunitários, implantando um programa de educação continuada."

1

Os autores chamam a atenção para o fato, já bastante observado, de o processo de treinamento e reciclagem na cidade tornar-se, freqüentemente, fator de aumento do prestígio dos agentes indígenas frente a suas comunidades de origem.

- Vale notar que realizar experiências de desafio às fronteiras do mundo, realizar incursões pelos espaços e pelos universos de outras culturas, constitui motivo de prestígio entre muitos grupos étnicos e sociedades, enquanto sinal de acesso a conhecimentos e vivências não acessíveis à maioria - o que se aplicaria inclusive a nossa sociedade, aos nossos indigenistas, antropólogos e exploradores em geral². Este é, na verdade, um aspecto fundamental do próprio contato interétnico.

Chamamos também a atenção para a conotação utilitarista (ou instrumentalista, como se queira) que os autores conferem ao processo de fortalecimento das lideranças através das reciclagens e treinamentos na cidade: seu fortalecimento propiciaria uma expansão concomitante da "cobertura" (para usar nosso jargão sanitário) do sistema sobre as comunidades indígenas das áreas de influência dos agentes. Esta cobertura deveria traduzir-se tanto nas facilidades de acesso a serviços de saúde eficazes,

1. idem, p. 49.

2. v. comentários de Lévi-Strauss a respeito dessa questão em "Tristes trópicos" - Lévi-Strauss, C.: "Tristes tropiques", Paris, Plon, 1955 (v. especialmente capítulo IV da 1.ª parte "La quête du pouvoir").

quanto na capacidade de mobilização da comunidade frente às questões da saúde e em sua adesão aos programas de atenção à saúde propostos pelo sistema:

"A reciclagem na cidade tem também um efeito fortalecedor destas lideranças junto às suas comunidades, o que os torna mais aptos a congregar o trabalho dos agentes nas demais aldeias, propiciando o seu envolvimento em projetos e programas de saúde mais abrangentes."

1

A argumentação de Confalonieri e Verani, até aqui citada, denota, a nosso ver, uma tendência a considerar o campo da educação a partir de uma perspectiva predominantemente unívoca, como espaço e momento de repasse de conhecimentos científicos (ocidentais) às comunidades indígenas, como estratégia privilegiada da promoção de sua adesão ao sistema de saúde. Os autores pouco exploram, ao longo do texto citado, o caráter necessariamente polifônico do processo educativo (onde convivem, confrontam-se e interagem múltiplos discursos, experiências e visões de mundo, além daquelas oficialmente adotadas pelo sistema).

Mais ao final do texto surge uma menção à questão da construção da autonomia dos grupos indígenas nos tratos com a saúde: os autores, entretanto, entendem-na como "efeito" do processo de capacitação dos agentes indígenas...:

"Um outro efeito ligado ao processo de capacitação dos agentes indígenas diz respeito ao processo de retomada da autonomia das comunidades, para o qual o trabalho em saúde pode contribuir, deflagrando um processo que talvez pudéssemos chamar de 'etnodesenvolvimento sanitário'."

1. ibidem

Aparentemente calcados nessa perspectiva unívoca (que supõe os papéis complementares dos personagens "educador" reprodutor ou "treinador", e do "educando" assimilador ou "treinando"), os autores ² não se aventuram, no entanto, a discutir as motivações dos próprios indígenas, nem a capacidade de apropriação, reinterpretação e recriação das informações e práticas veiculadas ao longo do processo pedagógico, tanto pelos índios e suas respectivas comunidades (essas informações passam necessariamente por um processo de socialização que, no mínimo, envolve os agentes e suas comunidades) - como pelos próprios educadores (os que ministram os "treinamentos").

- A nosso ver, são justamente as motivações e pressões dos próprios agentes indígenas, e, sobretudo, as de suas comunidades, que ocasionam os "desvios de rota" sofridos por vários projetos de educação em saúde e/ou formação de agentes indígenas de saúde no Brasil, que de objetivos e metas inicialmente preventivos e/ou voltados à atenção primária à saúde, terminam encaminhando-se para um perfil predominantemente clínico. Como mencionamos acima, a nosso ver, é exatamente a busca da autonomia nos tratos à saúde a principal motivação, a "causa" (e não o "efeito", como na expressão dos autores) da tendência de vários grupos indígenas em reivindicar um conteúdo mais clínico que preventivo (segundo a lógica sanitária, mais indicado nesse contexto) para os cursos

1. idem, p. 51

2. (como freqüentemente nos ocorre a nós, sanitaristas em geral)

de capacitação de agentes de saúde.

Os autores aventam, como explicações a respeito, a carência de profissionais de saúde qualificados disponíveis para esse tipo de trabalho, associada à pressão crescente da demanda de suas comunidades por assistência à saúde - ou melhor, às doenças, especialmente àquelas advindas do processo de contato com a sociedade ocidental.

Finalmente, Confalonieri e Verani chamam atenção, com propriedade, para a maior "visibilidade" da prática clínica e de seus instrumentos em relação às ações de caráter preventivo; nesse ponto tocam uma questão especialmente delicada e importante: - o processo de implantação e/ou consolidação da assistência à saúde dos grupos indígenas, e sua conseqüente medicalização¹, engendram novos circuitos de dependências (no caso, médico-sanitárias), em relação ao mundo ocidental. Retomaremos essa discussão à conclusão do trabalho:

"Na formação e na prática cotidiana dos agentes indígenas em atuação em muitas comunidades no Brasil, tem havido uma tendência ao predomínio do exercício de atividades curativas, em detrimento daquelas voltadas para a prevenção. Algumas explicações possíveis para este fato são: a carência de profissionais não-índios, exercendo atividades clínicas em caráter permanente nas áreas indígenas; a existência efetiva de casos emergenciais de que necessitam de atendimento; a maior visibilidade do trabalho clínico e do manuseio de medicamentos, quando comparado com o trabalho preventivo, e as dificuldades na implementação deste."

2

4 - LIMITES E HORIZONTES DA INSTITUCIONALIDADE BRASILEIRA:

1. (uma vez que um dos principais e mais característicos instrumentos de nossa prática clínica é justamente a terapêutica medicamentosa)

2. p. 47

POLITICAS INDIGENISTAS E POLITICAS DE SAUDE VOLTADAS A GRUPOS INDIGENAS

O estudo das relações entre as sociedades e suas respectivas instituições compõe um dos campos privilegiados de trabalho das ciências sociais em geral (sociologia, antropologia, política), da história e da filosofia. A permeabilidade das instituições de uma nação a seus movimentos sociais - às suas linguagens e modos de organização, às suas motivações e demandas - retrata, de modo fiel, a ideologia e a legitimidade popular de seus respectivos governos.

Segue uma descrição e uma discussão sintética acerca da inspiração política e do arcabouço teórico-metodológico dos principais documentos institucionais brasileiros que tratam, direta ou indiretamente, da questão dos agentes indígenas de saúde e/ou de ações de educação em saúde voltadas a grupos indígenas.

4.1 - Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre as populações indígenas e tribais

A Convenção OIT n.º 107 (adotada pela Organização Internacional do Trabalho, em sua 40.ª Conferência Geral, realizada em Genebra aos 26/6/1957) sobre as populações indígenas e tribais, foi promulgada pelo Decreto do Presidente da República Federativa do Brasil, N.º 58.824, em 14/7/1966.

No que se refere à saúde e à educação, a Convenção OIT n.º 107, em seus Artigos 20 e 22, respectivamente, estabelece que:

"1 - Os governos assumirão a responsabilidade de colocar serviços de saúde adequados à disposição das populações interessadas.

2 - A organização desses serviços será baseada no estudo sistemático das condições sociais, econômicas e culturais das populações interessadas.

3 - O desenvolvimento de tais serviços acompanhará a aplicação de medidas gerais de progresso social, econômico e cultural."

"1 - Os programas de educação destinados às populações interessadas serão adaptados, no que respeita aos métodos e às técnicas ao grau de integração social, econômica ou cultural dessas populações na comunidade nacional.

2 - A elaboração de tais programas deverá ser normalmente precedida de estudos etnológicos."

Note-se que essa Convenção da OIT (de 1957) ainda não menciona a figura do agente indígena de saúde, e calca sua argumentação, basicamente, na defesa dos direitos indígenas ao acesso aos "serviços sociais" de nossa sociedade, e na necessidade de "adequação" (no caso da saúde) e/ou "adaptação" (no caso da educação) sócio-cultural das metodologias e técnicas adotadas, para o trabalho com grupos indígenas (o que faz lembrar o discurso e as concepções de educação e saúde característicos da FSESP e do modelo americano):

"1 - Os governos deverão tomar medidas adaptadas às particularidades sociais e culturais das populações interessadas com o objetivo de lhes fazer conhecer seus direitos e obrigações especialmente no que diz respeito ao trabalho e aos serviços sociais.

2 - Se necessário, serão utilizadas para esse fim traduções escritas e informações largamente definidas nas línguas dessas populações"

4.2 - Documentos instituintes da FUNAI

A Lei de institucionalização da FUNAI (Lei n.º 5.371, de 5 de dezembro de 1967) e o Estatuto da FUNAI (Decreto presidencial

n.º 68.377, de 19 de março de 1971) adotam literalmente o mesmo discurso e redação, tanto no que se refere à saúde como à educação:

- "IV - promover a prestação da assistência médico-sanitária aos índios;
- V - promover a educação de base apropriada ao índio visando à sua progressiva integração na sociedade nacional;"

Ambos os documentos estabelecem, portanto, o compromisso do órgão no que se refere ao provimento de assistência à saúde e à educação dos índios. O discurso da FUNAI, especialmente em relação à educação, quando anuncia o objetivo de "integrar" os indígenas à "sociedade nacional", é revelador de sua inspiração ideológica positivista, característica das raízes históricas do órgão indigenista brasileiro (nos tempos do Serviço de Proteção ao Índio, do Gal. Rondon, falava-se em "integração" à "comunhão nacional"), e que esteve muito em alta entre os governos do período da ditadura militar, instalada em 1964.

O Regimento Interno da FUNAI (Portaria/GM/BSB/N.º 1.086, de 21/7/1972) reproduz, basicamente, o mesmo discurso dos documentos anteriores; vejamos, em seu Capítulo II, "Dos Objetivos", aqueles definidos em seu artigo 3:

- "VII - promover e proteger a saúde do índio, diretamente ou mediante convênios;
- VIII - ministrar, diretamente ou mediante convênios, a educação de base apropriada ao índio, visando a sua progressiva integração na sociedade nacional;"

O mesmo Regimento, em seu Capítulo VI "Das Unidades Executivas, em nível departamental", Seção II, "Do Departamento Geral de Planejamento Comunitário (DGPC)", Art. 55, define as

competências da Divisão de Saúde:

I - realizar estudos e pesquisas relacionados ou necessários à fixação das diretrizes gerais do programa de saúde;

II - programar o controle ou erradicação de doenças que se caracterizem como problemas de saúde pública;

III - traçar planos e programas de saúde do ambiente e da comunidade;

IV - realizar trabalhos e pesquisas de estatística relativos aos assuntos de sua competência;

V - elaborar programas de saneamento;

VI - propor a construção e manutenção do Hospital do Índio, de Casas do Índio, Ambulatórios, Postos de Saúde e outras obras necessárias aos programas de saúde;

VII - estudar e propor a concessão de bolsas de estudo para especialização em saúde pública e indigenismo para médicos, dentistas e enfermeiros das Equipes Volantes, visando a melhoria do pessoal técnico;

VIII - fomentar a educação sanitária;

IX - entrosar-se com órgãos federais e estaduais de saúde;

X - solicitar, preparar e participar dos cursos para médicos, dentistas, enfermeiras e auxiliares em saúde pública;

XI - preparar material de divulgação de interesse em saúde pública."

Como se vê, o Departamento de Saúde da FUNAI tem um perfil de atuação basicamente assistencialista e médico-sanitário; embora mencione-se a "educação sanitária", não se fornece quaisquer outros detalhamentos a respeito, não há qualquer menção a agentes indígenas de saúde, nem ao apoio do órgão às iniciativas indígenas na construção de sua autonomia nos cuidados à saúde.

4.3 - Estatuto do Índio (Lei 6.001 de 19/12/1973)

O Estatuto do Índio vigente mantém o discurso e a argumentação dos documentos instituintes da FUNAI, em defesa dos direitos indígenas aos serviços de assistência de nossa

sociedade; no que se refere à saúde, seu artigo 54 (título V, "Da Educação, Cultura e Saúde"), estabelece que:

"Os índios têm direito aos meios de proteção à saúde facultados à comunhão nacional"

4.3 - Relatório Final da "I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio" (26-29/11/1986)

As Conferências Nacionais de Saúde, assim como as demais Conferências Nacionais, constituem-se em espaços de competência formalmente reconhecidos pelo Governo Federal, através de suas respectivas leis setoriais (no caso da saúde, a Lei N.º 8142, "Lei Orgânica da Saúde", de 28/12/1990), para definir as diretrizes da política nacional de saúde. Essas Conferências ocupam, entretanto, um espaço de legalidade virtual: suas deliberações são oficialmente consideradas soberanas no que concerne à definição das políticas setoriais específicas, mas a garantia do efetivo cumprimento dessas deliberações resulta vulnerável à vontade política dos responsáveis pelas pastas da saúde (Ministros, Secretários de Estado e Municipais).

A "I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio" (I CNPSI), realizada em Brasília, de 26 a 29/11/1986, compõe, em realidade, um capítulo específico da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 17-21/3/1986), na medida em que sua realização foi deliberada pela VIII Conferência.

Logo na apresentação de seu Documento Final, os participantes da I Conferência manifestam-se com relação à necessidade da participação indígena nos espaços institucionais, de nossa sociedade que deliberam acerca de questões que lhes

dizem respeito:

"Os participantes dessa Conferência, reconhecendo a importância da elaboração de políticas para os indígenas com a sua participação, recomendam como princípio geral que esta participação deve ser extensiva a todos os momentos de decisão tais como: na formulação e no planejamento das ações e dos serviços de saúde, na sua implantação, execução e avaliação."

Tomando por base a definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde (de um completo estado de bem-estar físico, mental e social), a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio estabelece que "no caso da saúde indígena esse conceito implica em considerar", entre outras questões:

"4) que o acesso das nações indígenas às ações e serviços de saúde, bem como sua participação na organização, gestão e controle dos mesmos, respeitadas as especificidades etno-culturais e de localização geográfica, é dever do Estado"

A I Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas descreve as instâncias de gerenciamento, de execução e de organização dos serviços, as condições para a garantia da qualidade na sua execução, as diretrizes da política de recursos humanos e do sistema de informação do "Sistema de Atenção à Saúde do Índio".

No que se refere à organização dos serviços, o Relatório Final da I CNPSI (1986) reitera a garantia à participação indígena na condução desse "Sistema"; reitera também a atenção primária à saúde como estratégia de eleição para a organização de serviços a nível local (isso concerne diretamente ao perfil de atuação dos agentes indígenas de saúde), e traz a primeira alusão oficial, no Brasil, à necessidade do reconhecimento às

"especificidades etno-culturais" e as "formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde":

- a) garantir a participação das nações indígenas, através de seus representantes na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde;
- b) assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde;
- c) ao nível local os serviços devem fundamentar-se na estratégia da atenção primária à saúde, respeitando as especificidades etno-culturais das nações envolvidas;..."

No que se refere à política de recursos humanos desse "Sistema de Atenção à Saúde do Índio", vejamos o que diz respeito, no Relatório Final da I CNPSI (1986), ao campo da educação em saúde - note-se que se trata de um amplo elenco de atividades que envolve não apenas a figura do agente indígena de saúde. Quanto a esse, o Relatório Final da I CNPSI (1986) realiza um grande avanço na conceituação de sua remuneração (e conseqüentemente, de seu vínculo profissional) como atribuição de sua respectiva comunidade:

- e) estímulo à formação de pessoal em saúde, nas próprias comunidades envolvidas, dos diversos níveis (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, etc.);
- f) que a remuneração de agentes de saúde indígenas deve obedecer aos critérios e definições das comunidades a que pertencem os mesmos;
- g) garantia de vagas para pessoas indígenas em Universidades Públicas brasileiras, nos cursos de formação na área da saúde, à semelhança dos convênios de cooperação internacional já em prática."

4.4 - O texto do Art. 231 da Constituição da República Federativa do Brasil (1988) inicia com um reconhecimento do estatuto de alteridade social e cultural "dos índios":

"Art. 231 - São reconhecidos aos índios sua

organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos indígenas originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens."

Comemorado como uma vitória do movimento indígena, o texto da Constituição de 1988 consagra o direito indígena na posse de suas terras tradicionalmente ocupadas, nas suas riquezas de solo e recursos hídricos, e estabelece princípios gerais para a política indigenista e para a representação jurídica de seus interesses (através do Ministério Público Federal). A Constituição de 1988, entretanto, não faz menção específica à questão da atenção à saúde dos povos indígenas.

4.5 - Decreto Presidencial N.º 23, de 4/2/1991

Em 4/2/1991 uma seqüência de Decretos Presidenciais (22, 23, 24, 25 e 26) estabeleceram novas diretrizes para a política indigenista oficial. O Decreto 22 trata especificamente das diretrizes da política fundiária em relação aos grupos indígenas e dispõe sobre os procedimentos e instrumentos para assegurar-lhes o direito à posse das terras tradicionalmente ocupadas. Os demais Decretos repassam, respectivamente aos Ministérios da Saúde, do Meio Ambiente, da Agricultura e da Educação e Desportos as atribuições, antes de competência exclusiva da FUNAI, de conduzir as respectivas políticas setoriais do governo em relação aos grupos indígenas e de gerenciar os recursos a elas destinados.

O Decreto 23 repassa à Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), predecessora imediata da Fundação Nacional de

Saúde (FNS), a atribuição de coordenar, em articulação com a FUNAI, os projetos de saúde voltados aos grupos indígenas do país (a I CNPSI recomendava que a instância responsável por essa coordenação ficasse vinculada ao Ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde - no caso, o Ministério da Saúde).

No que se refere ao modelo de organização de serviços, o Decreto 23 adota o modelo dos distritos sanitários de natureza especial, compatíveis tanto com a lógica de organização de serviços do SUS, quanto com as especificidades das estratégias a serem adotadas em relação a cada grupo indígena. Ressalta-se, como princípio geral, o reconhecimento e o respeito à organização social e à cultura dos povos indígenas, inclusive no que se refere a suas práticas de saúde:

"Art. 4.º A operacionalização dos projetos respeitará a organização social e política, os costumes, as crenças e as tradições das diversas comunidades indígenas.

& 1.º As ações e serviços serão desenvolvidos segundo modelo de organização na forma de distritos sanitários de natureza especial, consideradas as especificidades das diferentes áreas e comunidades indígenas.

& 2.º As equipes constituídas para a execução dos projetos, além dos conhecimentos técnicos indispensáveis, deverão estar preparadas para compreender a cultura, os usos e costumes dos grupos sobre os quais irão atuar."

4.6 - Documento Final do "I Fórum Nacional de Saúde Indígena" (22-26/4/1993)

O I Fórum Nacional de Saúde Indígena realizou-se no contexto de intensa indisposição política entre a FUNAI e a FNS, em função da disputa gerada, pelos Decretos Presidenciais 22-26, entre a

FUNAI e os Ministérios responsáveis pelas políticas setoriais de que tratam os Decretos; a direção e boa parte dos funcionários da FUNAI entendia que os Decretos visavam o enfraquecimento do órgão, com a completa fragmentação de suas atribuições estatutárias originais. A realização do I Fórum tinha como um de seus principais objetivos, inclusive, o de sanear os desentendimentos e as disputas de espaço político e institucional dos dois órgãos, viabilizando seu engajamento num plano conjunto de cooperação.

O documento final do "I Fórum Nacional de Saúde Indígena" (22-26/4/1993) prescreve como estratégias políticas e modelo de organização, além da formação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no âmbito regional (modelo já adotado pelo Decreto 23), a formação dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISIs), que se constituiriam em instâncias de nível estadual responsáveis pela definição, planejamento, fiscalização, acompanhamento e avaliação das ações de saúde voltadas às comunidades indígenas de seu âmbito.

O I Fórum, no entanto, dá um salto no que se refere às instâncias e modos de participação indígena: os NISI seriam colegiados de composição paritária entre prestadores de serviço (governamentais e não-governamentais) e usuários (representantes das comunidades indígenas envolvidas). Possivelmente pela primeira vez na história do indigenismo brasileiro surgia uma proposta leal e realista de participação indígena (ao invés das conceituações vagas e figurativas de "participação indígena" que costumam marcar os discursos oficiais a esse respeito).

No que se refere especificamente aos agentes indígenas de saúde e à educação em saúde, o I Fórum Nacional de Saúde Indígena define, como uma das competências da Fundação Nacional de Saúde, garantir:

- a capacitação técnica e reciclagem de profissionais indígenas em saúde, em todos os níveis, inclusive os agentes indígenas de saúde;
- a contratação desses profissionais indígenas;
- o encaminhamento às instâncias competentes, no sentido de viabilizar com urgência uma regulamentação específica adequada a esses profissionais indígenas, visando sua incorporação ao SUS."

4.7 - Relatório Final da "II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas" (Luziânia/GO, 25-27/10/1993)

A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), realizada em Luziânia/GO, de 25 a 27/10/1993, à maneira da I CNPSI, teve sua realização deliberada pela IX Conferência Nacional de Saúde (Brasília/DF, 9-14/8/1992). A diferença da anterior, a II Conferência, no entanto, foi exaustivamente preparada em etapas locais, estaduais e macro-regionais, antes da realização da etapa nacional; esse processo envolveu milhares de pessoas, sobretudo indígenas, tanto nas sucessivas discussões minuciosas sobre cada item da pauta de seu Relatório Final, como no próprio planejamento e coordenação do

1. - o que pode ser estimado pelo público que compareceu ao evento: estimam-se mais de 400 participantes, dentre os quais 100 delegados indígenas e 100 não-indígenas, representantes das instituições prestadoras de serviços. Entre os demais observadores (mais de 200) havia discreta maioria indígena, perfazendo um total de pessoas indígenas superior a 200.

1
evento .

Esse documento trata, em sua seção VI, especifica e detalhadamente dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS); esta seção, por sua vez, divide-se em duas partes: "PRINCIPIOS" e "DIRETRIZES".

Entre os "PRINCIPIOS", nota-se o caráter oposto e complementar dos vários pares de asserções, relativos à situação dos AIS, como mediadores entre culturas:

- os AIS devem, de um lado, tornar-se competentes do ponto de vista técnico (dos procedimentos médico-sanitários); de outro, deve comprometer-se com o trabalho de promoção social de suas próprias comunidades.

- de um lado, recomenda-se que os AIS passem a ser tratados como profissionais pelo sistema de saúde, que deve assegurar-lhes inserção nas frentes de trabalho e a possibilidade de acesso às vantagens de uma carreira profissional institucionalizada, conforme os padrões ocidentais; de outro, recomenda-se que os AIS sirvam a suas comunidades como elementos de "reforço à autonomia dos povos indígenas".

- recomenda-se que o processo de formação dos AIS deve contemplar tanto os conhecimentos da medicina ocidental quanto o

1. A Plenária Final do I Fórum Nacional de Saúde Indígena elegeu 8 representantes do evento para acompanhar, a nível central, os desdobramentos e principais encaminhamentos referentes às deliberações ali tomadas. Foram eleitos 2 representantes (- sendo 1 índio e 1 não-índio) de cada Macro-Regional definida pelo Fórum: Amazônia, Nordeste, Centro-Oeste, Sul-Sudeste.

Estes mesmos representantes do Fórum é que deram início, em 25/06/1993, aos trabalhos de organização da "II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas", tendo sido posteriormente constituídos em sua "Comissão Consultiva".

das medicinas indígenas tradicionais e "outras formas de tratamento":

"1 - Que o Ministério da Saúde (MS) reconheça a categoria profissional do Agente Indígena de Saúde, regularizando-a e inserindo-a no sub-sistema diferenciado de atenção à saúde do índio.

2 - O AIS deve ser um profissional bem capacitado nas questões técnicas e deve cuidar da promoção social da comunidade, tendo consciência de sua responsabilidade no lidar com a vida humana e servindo como elemento de reforço e autonomia dos povos indígenas.

3 - Devem ser contemplados níveis diferenciados de competência para os AIS adequados às capacidades e interesses individuais, bem como o diferente grau de contato das comunidades.

4 - A formação deve ser um processo de complexidade crescente, com reciclagem e supervisão permanentes, realizado nas comunidades e que contemple as abordagens das medicinas tradicional, ocidental e outras formas de tratamento."

Vejamos as recomendações da II CNSPI no que se refere às "DIRETRIZES" da seção "AGENTES INDIGENAS DE SAUDE".

Segundo a Plenária Final da II CNSPI a atribuição da indicação, seleção e controle social dos AIS recairia, de imediato, sobre suas próprias comunidades:

"1 - A indicação, seleção e avaliação do desempenho dos AIS devem ser feitas pela comunidade indígena segundo seus próprios critérios, conforme a realidade local, associados aos dos NISI e/ou DSEI. Dispensa-se aos AIS a obrigatoriedade da escolaridade formal."

Aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ou, nos casos em que estes ainda não tenham sido formados, aos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena (NISI), enquanto instâncias regionais de planejamento das ações de saúde voltadas a grupos indígenas, caberia deliberar acerca das questões de caráter propriamente técnico envolvendo os AIS (incluindo, conforme já

mencionado acima, a indicação dos critérios técnicos para sua seleção):

"2 - O nível de resolutividade das ações dos AIS deve ser definido pelos NISI e/ou DSEI de acordo com as realidades locais.

3 - A formação, reciclagem e supervisão técnica dos AIS devem ser garantidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com a realidade local.

4 - A formação dos AIS deve contemplar conteúdo e metodologia definidos pelos NISI e/ou DSEI de acordo com o perfil epidemiológico, organização sociocultural da comunidade e a sua medicina tradicional, privilegiando atividades de promoção à saúde, preventivas e curativas. Deve, ainda, ser viabilizada e avaliada pelos centros formadores e/ou demais entidades prestadoras de serviços de saúde, conforme deliberações anteriormente referidas.

5 - Deve ser contemplada a formação específica de agentes de saúde bucal.

6 - Os NISI e/ou DSEI devem encaminhar à CISI propostas para a legalização da formação dos AIS, conforme diretrizes elaboradas pela última e pela Comissão de Educação Indígena do MEC."

1

O custeio dos projetos envolvendo AIS, segundo deliberação da Plenária Final da II CNSPI (1993), deve recair, preferencialmente, sobre o Ministério da Saúde (MS); sua contratação deve estar vinculada a suas próprias comunidades, devendo também ser referendada pelas instâncias de controle social de nível regional da saúde indígena (Conselho Distrital do respectivo DSEI, ou NISI):

"7 - Os recursos necessários para o custeio das ações de capacitação e remuneração dos AIS devem vir do orçamento do MS. A contratação desses agentes deve ser assumida de imediato pela FNS.

Para evitar paralelismo de ações, a contratação dos AIS, seja qual for o órgão contratante, deve ser

1. Relatório Final da II CNSPI (1993), seção "AGENTES INDÍGENAS DE SAÚDE", "DIRETRIZES"

referendada pelos conselhos distritais e/ou NISI. Até que os DSEI sejam formados os NISI devem assumir este papel.

8 - As contratações dos AIS devem ser vinculadas a cada comunidade e não a índios individualmente."

1

Mantendo a orientação já definida na I CNPSI (1986), acerca do reconhecimento e respeito às culturas indígenas, inclusive no que se refere a suas práticas tradicionais de saúde, a seção VII do Relatório Final da II CNSPI (1993) trata dos "SISTEMAS TRADICIONAIS DE SAÚDE", e assim como a seção anterior, também divide-se em "PRINCIPIOS" e "DIRETRIZES". Segue a citação dos "PRINCIPIOS":

"1 - Respeitar a medicina tradicional na sua totalidade, na figura do pajé, outros especialistas e todas as suas práticas.

2 - Assegurar aos povos indígenas o direito intelectual sobre suas práticas e conhecimentos médicos."

Visando consolidar a autonomia indígena nos tratos à saúde, também a II CNSPI (1993) define um horizonte ampliado de ações relativas a educação em saúde, que não se restringe apenas aos encaminhamentos relativos à questão dos AIS, prevendo inclusive o envolvimento do sistema de ensino como um todo:

"9 - Que seja garantido junto ao Ministério da Educação e Desporto (MEC) um programa alternativo de educação escolar nas áreas indígenas, que possibilite o acesso de indígenas em cursos médio e universitário nas áreas de saúde, de forma a favorecer o processo de auto-gestão."

2

1. Relatório Final da II CNSPI (1993), seção "AGENTES INDIGENAS DE SAÚDE", "DIRETRIZES"

2. Relatório Final da II CNSPI (1993), seção "AGENTES INDIGENAS DE SAÚDE", "DIRETRIZES"

Vejamos também, a propósito, as "DIRETRIZES" da seção VII do Relatório Final da II CNSPI (1993), que trata dos "SISTEMAS TRADICIONAIS DE SAÚDE"; note-se a caracterização das ações de saúde no interior de uma ampla relação de troca de conhecimentos com o mundo ocidental:

"1 - Criar um grupo paritário de trabalho para estudo e acompanhamento da coexistência dos dois sistemas médicos, dentro de cada Distrito Sanitário, para adequar as ações de saúde à cultura de cada povo.

2 - Promover a inclusão de temas de saúde nos cursos realizados nas escolas indígenas, como educação para a saúde e incentivando a valorização da medicina tradicional.

3 - Estimular o cultivo de plantas medicinais tradicionais e introdução de outras espécies de eficácia reconhecida.

4 - Apoiar iniciativas para divulgação das medecinas tradicionais.

5 - Assegurar, dentro dos hospitais, o direito dos índios ao uso de seus costumes e terapêuticas tradicionais.

6 - Incentivar o resgate da memória dos sistemas tradicionais de saúde.

7 - Recomendar que as ações de saúde não se limitem apenas ao atendimento médico e incluam troca e repasse de conhecimentos básicos para a comunidade."

Finalmente, a seção IX do Relatório Final da II CNSPI (1993) apresenta as "MOÇÕES APROVADAS NA PLENÁRIA FINAL DA II CNSPI"; as moções de número 3 e 24 ainda dizem respeito aos profissionais indígenas e aos conhecimentos e tradições indígenas no campo da saúde. A denúncia acerca de seitas religiosas que pregam contra os costumes indígenas e os pajés (moção n.º 34) é necessária na medida em que da reafirmação dessas tradições indígenas depende a legitimidade étnica das ações de saúde:

1. assim como em Cardoso de Mello (1976), conforme comentamos acima, que caracteriza as ações de saúde como necessariamente pedagógicas.

"3 - A Plenária da II CNS-PI realizada em Luziânia - GO, no período de 25 a 27 de outubro de 1993, vem apoiar e acatar o encaminhamento da seguinte moção: que na contratação e formação dos quadros profissionais para o atendimento à saúde nas áreas indígenas seja dada preferência às pessoas indígenas, se possível, pertencentes às etnias junto às quais irão atuar.

...
24 - A II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas denuncia a existência de seitas religiosas que pregam contra os costumes indígenas e principalmente contra os pajés."

4.8 - Decreto Presidencial n.º 1.141 (19/5/1994)

Após sucessivas gestões da direção da FUNAI no sentido de obter a revogação dos Decretos 23, 24, 25 e 26 (4/2/1991), que, como vimos, repassavam atribuições, anteriormente de sua competência exclusiva (saúde, agricultura e desenvolvimento de atividades produtivas, proteção ao meio ambiente, educação), aos respectivos ministérios - em 19/5/1994 o órgão obtém a revogação dos Decretos 23, 24 e 25, através do Decreto 1.141, que estabelece as novas bases e diretrizes da cooperação interinstitucional no campo da saúde indígena. A FUNAI reassume o papel de coordenação geral no campo da saúde, proteção ambiental e desenvolvimento de atividades produtivas junto a grupos indígenas.

No que concerne à política de saúde do órgão não há grandes novidades; mantém-se o princípio do reconhecimento e respeito às culturas indígenas e a suas respectivas medicinas tradicionais.

A definição dos objetivos gerais e diretrizes dos projetos voltados à promoção da saúde, apoio às atividades produtivas e proteção ambiental de comunidades indígenas, assim como a

definição da política financeira dos vários Ministérios para esses campos de trabalho, passam a ser de competência de uma Comissão Intersetorial.

Essa Comissão Intersetorial é presidida pelo Presidente da FUNAI, enquanto representante do Ministério da Justiça, e composta, além do que a preside, por um representante Ministério da Agricultura, Abastecimento e Reforma Agrária, um do Ministério da Saúde, um do Ministério do Meio Ambiente e da Amazônia Legal, um do Ministério da Cultura, um da FUNAI, dois representantes de entidades da sociedade civil.

O Decreto 1.141 desconsiderou completamente as deliberações da II CNSPI e dos demais eventos anteriores de definição da política nacional de saúde para grupos indígenas (I CNPSI, I Fórum Nacional de Saúde Indígena), como desconsiderou também a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que o Decreto 1.141 não prevê, em nenhum momento, a participação de representação indígena em qualquer das instâncias de planejamento e gerenciamento das ações voltadas a essas comunidades, quer na Comissão Intersetorial, quer no âmbito específico de cada Ministério e/ou entidade envolvida. Foi, por este motivo, duramente criticado pela CISI.

4.9 - "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" (FUNAI, 21/10/1994)

No intuito de instrumentalizar as disposições do Decreto 1.141 no campo da saúde, o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" (FUNAI, 21/10/1994) anuncia ter, dentre suas "diretrizes básicas" (p. 3):

"- as políticas de saúde deliberadas no âmbito das Conferências Nacionais de Proteção à Saúde do Índio, do Conselho Nacional de Saúde/CISI e da Comissão Intersetorial/CIS, criada pelo decreto 1.141 de 19.05.94;"

Nos vemos forçados a desmentir essa afirmação uma vez que, conforme demonstraremos a seguir, o "Modelo" da FUNAI desconsidera um dos mais importantes princípios e diretrizes, tanto do "Modelo Assistencial", quanto das instâncias de "Controle de Gestão e participação Indígena" propostos pela II CNSPI - o da representação indígena paritária em todas as instâncias de planejamento, gerenciamento e avaliação das ações de saúde voltadas a essas comunidades.

Como se verá na seqüência, o "Modelo" da FUNAI prevê a participação indígena "em todos os níveis de decisão, execução e avaliação" de suas ações, mas não estabelece os parâmetros de proporcionalidade entre a representação indígena e a dos prestadores de serviços nessas instâncias de decisão, nem define os meios para viabilizar, na prática, essa representação. Trata-se, conseqüentemente, de uma representação que resulta mais figurativa do que propriamente deliberativa:

"- garantir a participação comunitária em todos os níveis de decisão, execução e avaliação deste modelo;

...

- propiciar o controle social a nível local, regional e central, por meio do Conselho Consultivo Local - CCL, dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena - NISI, e da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena - CISI, respectivamente."

1

"- garantir o controle social dos serviços de

1. "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" (FUNAI, 21/10/1994), "diretrizes básicas", pp. 3-4

saúde por meio dos Conselhos Consultivos Locais, Núcleos Interinstitucionais de Saúde do Índio, Comissão Intersetorial de Saúde do Índio, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde;"

1

Dentre os objetivos específicos do "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" consta o discurso do reconhecimento e respeito aos conhecimentos e práticas indígenas tradicionais de atenção à saúde, presentes já nos Relatórios Finais da I CNSPI, do I Fórum Nacional de Saúde Indígena, e da II CNSPI, assim como no Decreto 23 (p. 4):

"- reconhecer, respeitar, resgatar e incentivar as práticas da medicina tradicional indígena, para se obter a coexistência harmônica e sinérgica entre os sistemas médicos tradicional e ocidental;"

Nesse sentido, o "Modelo" estabelece, por exemplo, dentre as competências do MJ/FUNAI (p. 9):

"- participar da definição das políticas de recursos humanos quanto à sua capacitação, a fim desenvolver metodologias que garantam o respeito às especificidades étnico-cultural e antropológica;"

A formação dos AIS e o desenvolvimento de programas de educação em saúde são consideradas prioridades no Modelo da FUNAI; adotando a tradicional perspectiva sanitarista, o "Modelo" da FUNAI estabelece o perfil de atuação dos AIS como basicamente voltado às atividades de atenção primária à saúde, a nível local:

"- promover a transferência de conhecimentos sobre saúde da sociedade envolvente, às populações indígenas;

- priorizar a formação de agentes indígenas de saúde - AIS e o desenvolvimento de programas de

1. "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" (FUNAI, 21/10/1994), "estratégias", p. 6.

educação para a saúde das comunidades, como forma de se ter um atendimento permanente a esses povos;"

1

"- reconhecer o agente indígena de saúde - AIS como base da atenção primária nas áreas indígenas;"

2

Note-se que em nenhum momento o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, da FUNAI (21/10/1994), faz menção a um dos princípios fundamentais do Relatório Final da II CNSPI (1993) no que se refere à política do sub-sistema com relação aos AIS: - o da consolidação da autonomia das comunidades indígenas no trato à saúde.

5 - PARA UMA CONCLUSÃO (A PROPOSITO DA NATUREZA CONTAGIOSA DOS BRANCOS E DE SEUS OBJETOS)

São bastante variadas as posturas dos diversos projetos de formação de agentes indígenas de saúde e de educação em saúde voltadas a comunidades indígenas do país. Não nos atreveríamos a tentar discuti-los individualmente neste espaço; de qualquer modo, há problemas gerais que buscamos identificar e discutir ao longo desse trabalho, buscando enfatizar o que consideramos serem duas perspectivas ou tendências opostas (e nem sempre complementares...) em relação aos agentes indígenas de saúde e às demais ações de educação em saúde voltadas a grupos indígenas:

1. "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" (FUNAI, 21/10/1994), "diretrizes", p. 3.

2. idem

- a das instituições do sistema oficial de saúde e dos sanitaristas acadêmicos em geral, calcada na lógica de hierarquização de serviços do sistema e na busca da eficácia técnica das ações;

- a das organizações e das comunidades indígenas, calcada na busca da solução de seus problemas de saúde, no prazo mais curto possível, e na construção de sua autonomia em relação à sociedade envolvente, também nesse campo.

Diversas experiências realizadas no Brasil indicam que esse processo de construção da autonomia das comunidades indígenas, no que se refere à atenção à saúde, percorre caminhos absolutamente específicos e diferenciados entre as várias comunidades.

Dentre as contradições que surgem ao longo dos trabalhos de saúde, e de educação em saúde, está o engendramento, já citado acima, de novos ciclos de dependência (médico-sanitária) dessas comunidades em relação à sociedade envolvente.

Uma dessas dependências configura-se em relação aos medicamentos industrializados, que rapidamente passam a ser tratados como bens de consumo rotineiro, e a quantidade daqueles que se logrou acumular como sinal de riqueza e prestígio político.

1. recentemente (21/8/1995) um grupo de Tembê do Gurupi protestava, junto ao Chefe do Posto local da FUNAI, contra a atitude do médico que visitava a aldeia: ao ser solicitado pelos Tembê a fornecer medicamentos "para engordar" e "ficar forte", prescrevera-lhes, sorrindo, "muito açaí e carne de jacaré".... Indignados, os Tembê questionavam se o tal sujeito era realmente médico, e argumentaram que se os brancos tinham direito a ter muitos remédios e a sempre ir ao hospital, eles, índios, também eram gente, e tinham os mesmos direitos....

Outra dessas dependências configura-se pelo próprio processo de capacitação, ou de transformação de agentes indígenas em "especialistas" da saúde, que nem sempre é conduzido segundo um consenso ou de modo compatível com o cotidiano de trabalho de suas respectivas comunidades, mesmo quando esses agentes são eleitos e fiscalizados por elas; há vários relatos de casos em que os agentes passam a constituir mesmo sub-grupos diferenciados em suas comunidades, acarretando problemas de relacionamento às vezes bastante graves.¹

Essa questão tende a complicar-se quando envolve vínculo remunerado do agente com instituições da sociedade envolvente, o que necessariamente implica em processos que estejam fora do controle cotidiano das comunidades e que podem vir a ser motivo de desentendimentos.

A propósito, recentemente, num artigo muito interessante,² Dominique Buchillet demonstra como a simbolização xamânica da varíola, do sarampo e da gripe entre os Desana do alto Rio Negro "...está alicerçada em considerações de duas ordens: a experiência histórica do contato interétnico e as características epidemiológicas de cada uma dessas patologias."

A autora descreve como os Desana atribuem aos brancos um

1. V., p. ex., os relatos de Xochitl Herrera e Miguel Lobo-Guerrero: "From Failure to Success - Tapping creative energy of the Sikuni Culture in Colombia", *Grassroots Development*, 12:3, 1988.

2. Buchillet, Dominique: "Contas de vidro, enfeites de branco e potes de malária" - Brasília, UnB/Instituto de Ciências Humanas/Depto. de Antropologia, 1995 ("Série Antropologia", n.º 187).

tipo de poder "sobrenatural" ou "mágico" que fundamenta-se em sua "exorbitante capacidade de reprodução e disseminação", assim como na de suas posses, objetos e doenças; esse poder se manifestaria na imunidade do homem branco frente às doenças infecto-contagiosas, em sua densidade demográfica, habilidade técnica e opulência física.

No mito Desana de origem da humanidade, segundo Buchillet, o ancestral do homem branco, ao contrário do dos índios, teve a capacidade a lidar com a espingarda que o Criador oferecera a todos eles; por este motivo, teria sido agraciado com o poder de fabricar, indefinidamente, objetos manufaturados. Também teria sido o único a não ter medo de tomar o ipadu, motivo porque adquirira o poder de reproduzir-se rapidamente e viver por muito tempo¹.

A analogia desse mito com a problemática de nossa discussão - envolvendo o movimento indígena de reafirmação e consolidação de sua autonomia face às sociedades ocidentais, os projetos de educação em saúde voltados a comunidades indígenas e os agentes indígenas de saúde - parece muito oportuna.

A sociedade do homem branco, e todos os seus produtos, são de natureza contagiosa, como suas doenças: suas roupas, seus adornos, seus pertences, seus medicamentos, seu dinheiro (e o "salário" dos agentes indígenas de saúde...). - Seu simples uso tem o poder de engendrar sua dependência por parte do usuário e

1. Buchillet, Dominique: "Contas de vidro, enfeites de branco e potes de malária" - Brasília, UnB/Instituto de Ciências Humanas/Depto. de Antropologia, 1995 ("Série Antropologia", n.º 187).

de gerar a necessidade de sua reprodução indefinida, reafirmando a hegemonia da sociedade do homem branco e de seus produtos.

Para concluir, no que se refere às dificuldades em arregimentar profissionais de saúde dispostos a engajar-se em trabalhos junto a comunidades rurais em geral e, mais especialmente, junto a comunidades indígenas, entendemos que essa é uma dificuldade com a qual o movimento indígena e/ou as entidades e ele ligadas, assim como os movimentos populares, terão de lidar, a nosso ver, ainda por muito tempo.

Trata-se de uma contradição inerente à inserção das próprias profissões da saúde em nossa sociedade: apesar das enormes demandas sociais em outra direção, essas profissões estão, de modo geral, mais voltadas à especialização, à adoção de práticas medicalizantes, às clientela e ao ambiente urbanos.

Além de pouco disponíveis para o trabalho junto a comunidades rurais e indígenas, os profissionais de saúde, no mais, também estão geralmente despreparados para o trabalho nessas condições.

Os organismos nacionais e internacionais que lidam com políticas de desenvolvimento institucional para os serviços públicos de saúde (OMS, OPAS, UNICEF) e com a questão do ensino médico e em saúde, reconhecem, de modo geral, a predominante inadequação do perfil dos profissionais egressos dos centros de formação em saúde (tanto das universidades quanto dos cursos técnicos), em relação às necessidades da grande maioria da população.

Retomando uma discussão já colocada em "A percepção das doenças: uma prerrogativa cultural" (1992)¹, a medicina e as profissões ditas "para-médicas", em geral, baseiam-se em disciplinas que compõem, em última análise, um saber hermético, socialmente restrito, que se articula (enquanto as fundamenta) com intervenções do Estado sobre a sociedade, de cuja deliberação boa parcela dessa mesma sociedade está excluída.

O eixo de abordagem dos problemas de saúde por parte das instituições públicas continuará sendo estabelecido, não pelo que as próprias populações a que devem servir identifiquem como problemático, ou pelo que entendam ser o papel dessas instituições no que concerne ao seu bem-estar. A abordagem institucional desses problemas fundamenta-se, basicamente, na "physis" das doenças - essa "equação" científica da causalidade do adoecer que envolve diversos determinantes e variáveis, características das disciplinas convocadas para estabelecer o olhar médico sobre o homem, a sociedade e o mundo em que vivemos: a enunciação dessa equação, no entanto, compete exclusivamente às academias e às instituições públicas de pesquisa e de promoção da saúde.

A rigor, a população continua na condição de objeto dessas disciplinas e da ciência médica, excluída, como se encontra, do cenário social da produção desses conhecimentos; estes, conseqüentemente, continuarão relativamente distantes de sua

1. Varga, I.: "Disease perception: a cultural prerogative" in Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 34 (Supl. 9): S49-S51, abril, 1992

realidade e necessidades. Trata-se de uma contradição inerente ao próprio processo de produção de conhecimentos ditos "científicos" em nossa sociedade.

BIBLIOGRAFIA

Ales, Catherine

Chiappino, Jean

- "Medical aid, shamanism and acculturation among the Yanomami of Venezuela" - mimeo, 1982

Bachelard, Gaston

- "La Formation de l'Esprit Scientifique" - Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1970.

Barata, R. de C. B.,

Marcilignia, R. G. et Spinelli, S. P.

- "Determinação Social do Processo Epidêmico" in "Textos de Apoio - Epidemiologia 1" - Rio de Janeiro, FEC/ENSP/ABRASCO, 1985

Boltanski, Luc

- "As classes sociais e o corpo" - Rio de Janeiro, Graal, 1979

Breilh, Jaime

- "Epidemiologia - economia, política e saúde" - São Paulo, Editora Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da UNESP/HUCITEC, 1991

Buchillet, Dominique

- "Contas de vidro, enfeites de branco e potes de malária" - Brasília, UnB/Instituto de Ciências Humanas/Depto. de Antropologia, 1995 ("Série Antropologia", n.º 187).

Canguilhem, Georges

- "Le Normal et le Pathologique" - Paris, Presses Universitaires de France, 1966

- "Ideologie et Rationalité dans l'histoire des sciences de la vie" - Paris, Librairie Philosophique J. Vrin, 1985.

Confalonieri, Ulisses E. C.

Verani, Cibele R. L.

- "Agentes Indígenas de Saúde" in Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas: "Saúde de Populações Indígenas - uma introdução para profissionais de saúde" - Rio de Janeiro, PARES/ENSP/FIOCRUZ, 1993

VIII Conferência Nacional de Saúde

- Relatório Final - Brasília, 17-21/3/1986

IX Conferência Nacional de Saúde

- Relatório Final - Brasília, 9-14/8/1992

I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio

- Relatório Final - Brasília, 26-29/11/1986

II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas

- Relatório Final - Luziânia, 25-27/10/1993

Constituição da República Federativa do Brasil
Brasília, 1988

Duarte Nunes, Everardo (org.)

- "Medicina Social - aspectos históricos e teóricos" - São Paulo, Global, 1983

Dubond, Fernand

- "Le projet d'une anthropologie médicale" in "Traité d'Anthropologie Médicale", presses de l'Université du Québec-Institut Québécois de Recherches sur la Culture; Presses Universitaires de France, 1981

**Escola Nacional de Saúde Pública/
Núcleo de Estudos de Populações Indígenas**

- "Manual do monitor de saúde indígena do Xingu - segundo volume: o monitor dentista" - Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Programa de Apoio à Reforma Sanitária, 1994
- "Manual do monitor de saúde indígena do Xingu - terceiro volume: instruções para o supervisor" - Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública/Programa de Apoio à Reforma Sanitária, 1994

Foucault, Michel

- "O nascimento da clínica" Rio de Janeiro, Universitária, 1977
- "Les mots et les choses" - Paris, Gallimard, 1984
- "Vigiar e punir" - Petrópolis, Vozes, 1987

I Fórum Nacional de Saúde Indígena

- Documento Final - Brasília, 22-26/4/1993

Freire, Paulo

- "Educação como prática da liberdade" - Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1976
- "Pedagogia do oprimido" - Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977

Fundação Nacional do Índio

- Lei 5.371 (de "institucionalização da FUNAI") - Brasília, 5/12/1967
- Estatuto do Índio (Decreto presidencial 68.377) - (in Fundação Nacional do Índio: "Legislação" - Brasília, FUNAI, 1979) - Brasília, 19/3/1971
- Regimento Interno (Portaria GM/BSB/N.º 1.086) - (in Fundação Nacional do Índio: "Legislação" - Brasília, FUNAI, 1979 - Brasília, 21/7/1972
- "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio" - Brasília, 21/10/1994

Garcia, Juan Cesar

- "Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde" in Duarte Nunes, Everardo (org.) - "Medicina Social - aspectos históricos e teóricos" - São Paulo, Global, 1983

Hardman, Francisco Foot

- "Trem Fantasma: a modernidade na selva" - São Paulo, Companhia das Letras, 1988

Herrera, Xochitl

Lobo-Guerrero, Miguel

- "From Failure to Success - Tapping creative energy of the Sikuani Culture in Colombia", in "Grassroot Development", 12:3, 1988

Instituto de Saúde

- projeto: "A relação entre os profissionais de saúde e a população" - São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Instituto de Saúde/Serviço de Educação em Saúde Pública, 1987

Kuhn, Thomas S.

- "A estrutura das revoluções científicas" - São Paulo, Perspectiva, 1978

Labra, Maria Eliana

- "A 'conexão sanitária internacional' e as políticas de saúde nos anos 20-30 no Brasil" - resumo (mimeo) de comunicação apresentada ao 1.º Encontro de História e Saúde, Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 6-10/10/1986

Laurell, Asa Cristina

- "A saúde-doença como processo social" in "Medicina social- aspectos históricos e teóricos" (org. Nunes, Everardo Duarte) - São Paulo, Global, 1983

Leaf, Murray

- "Uma História da Antropologia" - São Paulo, Zahar/EDUSP, 1981

Lefèvre, Fernando

- "O medicamento como mercadoria simbólica" - São Paulo, Cortez, 1991

Lévi-Strauss, Claude

- "Tristes tropiques" - Paris, Plon, 1955

Loyola, Maria Andrea

- "Médicos e curandeiros" - São Paulo, DIFEL, 1984

Machado, Roberto

- "Danação da Norma" - Rio de Janeiro, Graal, 1978

Merhy, Emerson Elias

- "O Capitalismo e a Saúde Pública - a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo" - Campinas, Papirus, 1987

- "A Saúde Pública como Política - São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais" - São Paulo, HUCITEC, 1992

Oliveira, Eida Rizzo de

- "O que é medicina popular" - São Paulo, Brasiliense, 1984

Presidência da República

- Decreto 58.824 - Brasília, 14/7/1966 (in Fundação Nacional do Índio: "Legislação" - Brasília, FUNAI, 1979)
- Decreto 68.377 - Brasília, 19/3/1971 (in Fundação Nacional do Índio: "Legislação" - Brasília, FUNAI, 1979)
- Decreto 23 - Brasília, 14/2/1991 (in Diário Oficial da União, 14/2/1991)
- Decreto 1.141 - Brasília, 19/5/1994 (in Diário Oficial da União, 20/5/1994)

Pellegrini, Marcos Antonio

- "A medicalização de conflitos: entre o paternalismo e a participação (o caso dos Yanomami)" in D'Ávila Neto, M. A. (org.): "Desenvolvimento Social - Desafio e Estratégias" - Rio de Janeiro, Catedra UNESCO de Desenvolvimento Durável/UFRJ/EICOS, 1995, volume II

Queiroz, Marcos de Souza**Canesqui, Ana Maria**

- "Antropologia da medicina: uma revisão teórica" - São paulo, Rev. Saúde Pública, 20 (2); 152-64, 1986
- "Contribuições da antropologia à medicina"; uma revisão de estudos no Brasil" - São Paulo, Rev. de Saúde Pública, 20 (2): 141-51, 1986

Rodriguez, Maria Isabel**Villarreal, Ramón**

- "La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina" in Educación Médica y Salud, Vol. 20, N.º 4 (1986)

Rosen, George

- "A evolução da medicina social" in "Medicina social - aspectos históricos e teóricos" (org. Nunes, Everardo Duarte) - São Paulo, Global, 1983

Sevcenko, Nicolau

- "A revolta da vacina" - São Paulo, Brasiliense, 1984

Stern, Bernard

- "A saúde das cidades e o primeiro movimento de saúde pública" in Nunes, Everardo Duarte (org.) - "Medicina Social - aspectos históricos e teóricos" - São Paulo, Global Editora, 1983

Varga, István Van Deursen

- "Disease perception: a cultural prerogative"

in Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo

34 (Supl. 9): S49-S51, abril, 1992

- "Indigenismo sanitário? - Instituições, discursos e políticas indígenas no Brasil contemporâneo" in "Cadernos de Campo"

(revista dos alunos de pós-graduação em antropologia da

Universidade de São Paulo), ano II, n.º 2 - São Paulo,

USP/FFLCH/Depto. de Antropologia, 1992