

MEDICINAS TRADICIONAIS E MEDICINA OCIDENTAL NA AMAZÔNIA

Dominique Buchillet
(Organizadora)

EDICÕES CEJUP



**MEDICINAS TRADICIONAIS
E MEDICINA OCIDENTAL NA AMAZÔNIA**

(Contribuições científicas apresentadas no Encontro de
Belém - 27/novembro a 1º/dezembro de 1989)

Belém - Pará - Brasil
1991

Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia;
Organizado por Dominique Buchillet. - Belém, MPEG/
CNPq/SCT/PR/CEJUP/UEP, 1991.

p.504: il.

ISBN 85-798-026-4

1. Medicinas Tradicionais. 2. Medicina Ocidental. 3. Saúde-Política. 4. Etnobotânica. 5. Farmacologia.

I. Buchillet, Dominique, org.

CDD-301.2

581.9

615.882

Apoio: Instituto Indigenista Interamericano

MEDICINAS TRADICIONAIS E MEDICINA OCIDENTAL NA AMAZÔNIA

(Contribuições Científicas apresentadas no Encontro de
Belém - 27/novembro a 1.º /dezembro de 1989)

Dominique Buchillet
(Organizadora)

Co-edição:



SCT/CNPq
MUSEU PARAENSE EMÍLIO GOELDI
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Presidente: Fernando Collor de Mello

SECRETARIA DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA
Secretário: José Goldemberg

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO
Presidente: Gerhard Jacob
Diretor de Unidades de Pesquisas: José Duarte de Araújo

MUSEU PARAENSE EMÍLIO GOELDI
Diretor: Guilherme M. de La Penha
Vice-Diretor de Pesquisas: José Guilherme Soares Maia
Vice-Diretor Executivo: Celso Martins Pinto

**COORDENAÇÃO GERAL DO ENCONTRO "MEDICINAS
TRADICIONAIS E POLÍTICA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA"**

Instituto Indigenista Interamericano
Oscar Arze Quintanilla

Museu Paraense Emílio Goeldi
(Dpt. Ciências Humanas/Antropologia)
Adélia Engrácia de Oliveira
Antônio Maria de Souza Santos
Roberto Cortez de Souza

Convênio CNPq/UnB/ORSTOM.
Dominique Buchillet

Fundação Educacional do Pará
Ana Monteiro Diniz
Maria Elizabeth Barata Morcira
Aldalice Moura da Cruz Otterloo

EDITORES: Gengis Freire e Ana Rosa Cal Freire (CEJUP)
Antônio Maria de Souza Santos (MPEG/UEP)

Direitos reservados - 1ª Edição - 1991

Composto e impresso na Graficentro/CEJUP
Trav. Rui Barbosa, 726
Distribuído por Edições CEJUP
Pedidos pelo reembolso postal para
Edições CEJUP

Trav. Rui Barbosa, 726 — Fone: (091) 225-0355 (PABX)
Telex (91) 2996 — FAX: (091) 2413184 — Belém-Pará — CEP. 66.030

SUMÁRIO

Preâmbulo	11
Prefácio: <i>Antônio Maria de Souza Santos</i>	15
CONFERÊNCIAS DE ABERTURA DO ENCONTRO	
A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde	21
<i>Dominique Buchillet</i>	
Efeito adaptógeno ou resistógeno de algumas plantas	45
<i>Elisaldo Luiz de Araújo Carlini</i>	
REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DAS MEDICINAS TRADICIONAIS	
Introdução	63
<i>Dominique Buchillet</i>	
Representações tradicionais da doença entre os Kuikuro (Alto Xingu)	65
<i>Cibele Barreto Lins Verani</i>	
Xamanismo Kanamari	89
<i>Edwin Reesink</i>	
Representações e práticas ligadas ao parto de índios residente na cidade de São Gabriel da Cachoeira (AM)	111
<i>Maria Gorete de Menezes Bastos</i>	
Medicina tradicional e medicinas alternativas. Representações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo	125
<i>Maria Andréa Loyola</i>	
Cuidados de saúde com as doenças tropicais transmissíveis: pluralismo médico no tratamento da leishmaniose	135
<i>Carlos Alberto Caroso Soares, Noilton J. Dias e Neivalda F. Oliveira</i>	
IMPACTO DO CONTATO SOBRE AS REPRESENTAÇÕES TRADICIONAIS DA DOENÇA E DE SEU TRATAMENTO	
Introdução	161
<i>Dominique Buchillet</i>	
A categoria “doença de branco”: ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?	175

<i>Dominique Gallois</i>	
Percepção e utilização da medicina ocidental entre os índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia	207
<i>Jean E. Langdon</i>	
Medicina tradicional e ocidental no Alto Rio Negro. O papel dos rezadores em São Gabriel da Cachoeira (AM)	229
<i>Antônio Maria de Souza Santos e Margarida Elizabeth de Mendonça Lima</i>	

A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS MÉDICOS: PROBLEMA E PERSPECTIVAS

Introdução	243
<i>Dominique Buchillet</i>	
Medicina tradicional y medicina institucional: el promotor de la salud investiga los puntos de conflictos	247
<i>Xochitl Herrera</i>	
Incorporación del shamán indígena en los programas de salud: reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia	267
<i>Miguel Lobo-Guerrero</i>	
La atención primaria de salud alternativa de promoción comunitaria	281
<i>Francisco A. Zambrano y César Mendes Lizarazo</i>	
Perfil epidemiológico de las comunidades Tunebo (U'wa), Guahfbo (Sikuani) y Piapoco (Dejá) de la Orinoquía colombiana	301
<i>Francisco A. Zambrano Sandoval, César Mendes Lizarazo y Ernesto Lozano Barrero</i>	
Movimentos Populares de Saúde: Notas para um debate	331
<i>Elda Rizzo de Oliveira</i>	

ETNOBOTÂNICA E FARMACOLOGIA

Introdução	359
<i>José Maria de Souza</i>	
Estudo farmacobotânico da <i>Quassia amara</i> L.	361
<i>Ediberto Nunes, Ana Maria Cristina de Mello Mendes, José Maria de Souza e Ítalo Amim Gonçalves</i>	
Toxicologia básica de plantas antimaláricas em animais de laboratório	371

<i>Antônio Jorge Ataíde Souza, José Maria de Souza e Antelmo S. Ferreira</i>	
Plantas medicinais mais conhecidas na Comunidade Previdenciária e a realidade quanto ao seu uso	383
<i>Zenaide da S. Teixeira, Maria Silvana B. Almeida, Maria Elizabete de C. Rassy e Esmeralda T. Alves</i>	
Fitoterapia: uma estratégia terapêutica natural no Amapá	413
<i>Maria Alice Ramalho de Oliveira Tenório, Maria Elisabeth van den Berg, Ordoenha Furtado de Menezes e Pedro Salles</i>	
Mani Pei Rao: Remédio do mato dos Marúbo	463
<i>Delvair Montagner</i>	
A POLÍTICA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA (conclusões da mesa redonda)	491
<i>Elisa Vianna Sá, Maria Alves dos Santos, Francesco Ripa di Meana e Sônia Maria Terra</i>	
LISTA DE AUTORES E INSTITUIÇÕES	501

PREÂMBULO

Os trabalhos reunidos neste livro foram apresentados no Encontro “Medicinas Tradicionais e Política de Saúde na Amazônia”, patrocinado pelo Instituto Indigenista Interamericano (I.I.I.), o Museu Paraense Emílio Goeldi (MPEG) e a Fundação Educacional do Pará (FEP), realizado em Belém no fim de novembro de 1989.

Coube ao Dr. Oscar Arze Quintanilla, então Diretor do Instituto Indigenista Interamericano, a idéia inicial de realizar tal evento no Museu Goeldi. Após vários contatos e entendimentos, chegou-se a uma definição quanto à programação e aos propósitos do Encontro. As ações da Dra. Adélia Engrácia de Oliveira, então Vice-Diretora de Pesquisas do MPEG, a colaboração do Dr. Alejandro Camino do I.I.I. e da Dra. Elaine Elisabetsky, da Universidade Federal do Pará, foram importantes para a definição do evento. Através do empenho de Antônio Maria de Souza Santos, o Museu Goeldi assinou um convênio para intercâmbio científico com a Fundação Educacional do Pará, que passou a integrar a equipe promotora do Encontro. As três instituições científicas assumiram o compromisso, dividindo entre si os custos e as responsabilidades para o pleno êxito do evento, cujos propósitos foram os seguintes:

- reunir profissionais que vêm desenvolvendo programas de estudo sobre as Medicinas tradicionais e em etnobotânica e farmacologia, a fim de trocar experiências e estabelecer o estado atual da pesquisa científica, proporcionando oportunidade para congregarem os centros de pesquisa científica nestes campos;

- revisar a integração de modelos de sistemas da medicina tradicional e os avanços da investigação etnobotânica e farmacológica dos conheci-

tos tradicionais de demonstrada eficácia e valor terapêutico nos programas regionais de saúde pública na Amazônia;

- estabelecer mecanismos e canais estáveis de intercâmbio de informação entre as instituições que desenvolvem investigação científica nestes campos.

O Encontro, que durou 5 dias, foi composto de quatro simpósios e duas mesas redondas.

O primeiro simpósio tratou das representações e práticas das medicinas tradicionais em vários grupos indígenas ou em populações urbanas de baixa renda do Brasil.

O segundo abordou a questão do impacto do contato sobre as representações e práticas indígenas da doença, procurando questionar a validade da existência da categoria nosológica "doença de branco" e/ou analisando a percepção indígena da medicina ocidental.

O terceiro simpósio tratou da questão da articulação das medicinas tradicionais e ocidental à luz da nova política de saúde pregada pela Organização Mundial de Saúde, abordando mais especificamente os cuidados primários de saúde e o lugar dos curadores tradicionais nos sistemas oficiais de saúde.

O quarto simpósio abordou as descobertas recentes em etnobotânica e farmacologia, assim como as representações indígenas das plantas medicinais ou o uso de plantas medicinais como alternativa terapêutica à medicina ocidental.

O Encontro foi encerrado com duas mesas redondas. A primeira, que reuniu profissionais de saúde de várias instituições brasileiras, discutiu a questão da pesquisa e do atendimento de saúde em áreas indígenas e a segunda debateu a política de saúde na Amazônia.

Por razões alheias à minha vontade, as conclusões da primeira mesa redonda, assim como as contribuições científicas de vários pesquisadores, não puderam ser incluídas neste livro.

Como Organizadora deste livro e membro da Coordenação Geral do Encontro, gostaria de agradecer às seguintes pessoas e instituições:

- Ao Diretor do Instituto Indigenista Interamericano, Dr. Oscar Arze Quintanilla, do Museu Paraense Emilio Goeldi, Dr. Guilherme de La Penha e ao Superintendente da Fundação Educacional do Pará, Dr. Carlos Cardoso da Cunha Coimbra, por terem fornecido os meios necessários para a realização do Encontro.

- Aos colegas da Coordenação Geral do Encontro: Adélia Engrácia de

Oliveira, Roberto Maria Cortez de Souza e Antônio Maria de Souza Santos, do Departamento de Ciências Humanas do Museu Goeldi; Maria Elizabeth Barata Moreira, Aldalice Moura da Cruz Otterloo e Ana Monteiro Diniz, da Fundação Educacional do Pará, pelo trabalho realizado em conjunto durante a organização e a coordenação do Encontro. Meus agradecimentos em particular a Antônio Maria de Souza Santos por se prontificar a servir de intermediário junto à FEP e às Edições CEJUP, facilitando, deste modo, os contatos com estas instituições.

- À equipe de apoio do Encontro: Elizete da Purificação dos Anjos, Martha Goretti F. Nogueira, Madalena Freitas de Oliveira, Gilka Gomes Alves, Edilane Ferreira Sena, Adson dos Prazeres Rodrigues e Sandra Elisa Santos, pelo empenho e dedicação demonstrados na organização e durante o evento.

- Ao Dr. Francesco Ripa di Meana, Coordenador dos Programas de Saúde da Cooperação Italiana no Brasil, pelo apoio dado ao evento.

- À Diretoria do Museu Paraense Emilio Goeldi, do Instituto Indigenista Interamericano e à Reitoria da atual Universidade Estadual do Pará (antiga FEP) por terem fornecido os meios necessários para a publicação deste livro.

- A todos os autores que enviaram suas contribuições para que este livro pudesse ser organizado.

Dominique BUCHILLET
Convênio CNPq/UnB/ORSTOM

PREFÁCIO

A realização do “Encontro de Medicinas Tradicionais e Política de Saúde na Amazônia” foi um fato raro entre nós, pois, pela primeira vez, realizou-se um evento dessa natureza no Brasil, trazendo assim contribuições preciosas, principalmente levando-se em conta o conjunto de trabalhos aqui apresentados, onde os vários ângulos da questão de saúde/doença indígena são abordados, abrangendo também os campos afins da etnobotânica, farmacologia, medicina popular e as políticas de saúde na Amazônia. O livro enfeixa, assim, um elenco de contribuições em torno de uma temática de grande importância, e cuja literatura em língua portuguesa é ainda escassa.

O significado desta publicação para as instituições que promoveram o “Encontro” merece ser frisado:

Para o Museu Paraense Emílio Goeldi (órgão do CNPq) que há 124 anos estuda o homem e a natureza amazônica, sendo a instituição de pesquisa mais antiga da Região Amazônica, esta foi uma oportunidade de sistematizar conhecimentos esparsos dentro da temática abordada. Desde 1984, através do convênio CNPq/ORSTOM (França), com a presença da Dra. Dominique Buchillet (até 1987) e a representação brasileira deste pesquisador, vimos desenvolvendo pesquisas no campo da antropologia da saúde, numa área indígena da Amazônia, com a participação de alguns outros profissionais. O “Encontro” deu oportunidade de apresentarmos alguns resultados de nossas pesquisas, bem como de nos relacionarmos com outros pesquisadores do país e do exterior que trabalham neste campo, significando, assim, uma valiosa contribuição para o desenvolvimento das pesquisas de medicinas tradicionais, dentro do Departamento de Ciências Humanas do Museu Goeldi.

O Instituto Indigenista Interamericano tem como tarefa propiciar as condições necessárias, nos países da América Latina, para que a ação indigenista parta da realidade do próprio indígena, com sua efetiva participação, e siga uma direção conjunta com os esforços dos governos, das instituições e dos mesmos indígenas organizados. Desta forma, esta publicação vem ao encontro de tais objetivos, uma vez que o conteúdo destes trabalhos significa subsídios importantes para elevar o nível de vida dos indígenas, no que se refere ao atendimento de saúde, bem como, contribui para superar a discriminação que marginaliza estes indígenas e para defender seu patrimônio como parte da cultura nacional.

Para a Fundação Educacional do Pará (FEP), atualmente denominada Universidade do Estado do Pará (UEP), esta publicação tem um sentido todo especial. Esta recém instalada Universidade pretende associar uma experiência acadêmica anterior de suas unidades de ensino com uma proposta inovadora voltada para o Pará e para a Amazônia, aproveitando a universalidade do conhecimento científico para aplicá-lo à realidade da Região Amazônica. Para isso, os princípios estabelecidos em suas diretrizes estatutárias têm “a pesquisa como inspiração básica”. O patrocínio desta publicação pela UEP significa um grande avanço nesta direção. Convém lembrar que numa fase posterior ao “Encontro”, um grupo de professores desta Universidade, coordenado por este pesquisador, elaborou um Projeto de Pesquisa intitulado “Medicina Tradicional X Medicina Ocidental: A Antropologia da Saúde na Amazônia” (pesquisa-ensino), através do qual pretendemos aprofundar o estudo das medicinas indígenas e ocidental, com a perspectiva de partirmos para uma experiência piloto de atendimento à saúde do indígena. O Projeto será executado conjuntamente pelo MPEG e UEP dando, assim, continuidade ao trabalho desenvolvido no Projeto anterior, iniciado em 1984, no Departamento de Ciências Humanas do Museu Goeldi.

Quanto à “Cooperazione Italiana”, que também colaborou para a realização do Encontro, a partir desta experiência está aberta a outros tipos de intercâmbio, no campo da saúde na Amazônia. Em junho de 1989, realizou-se em Salvador o “Encontro Ítalo-Brasileiro de Saúde”, que colocou em evidência inúmeras formas de intercâmbio entre Itália e Brasil neste campo, sobretudo pela experiência daquele país em relação à Reforma Sanitária. Consideramos que os resultados apresentados na presente publicação servirão como referência para futuras trocas de experiência entre organismos italianos governamentais e não governamentais e o Brasil, dentro desta temá-

tica. Por sinal, algumas propostas, neste sentido, já estão sendo encaminhadas.

Enfim, o leque de possibilidades que se abre com este evento, agora substanciado neste livro, é considerável; sobretudo porque está embutido nele uma permanente preocupação em aliar a pesquisa básica com o destino da mesma para uma política de saúde na Amazônia, de modo especial em relação às populações indígenas. Neste sentido, salientamos a importante participação na reunião dos pesquisadores colombianos da FUNCOL e da Fundación ETNOLLANO pela sua experiência e nível de reflexão acerca dos cuidados primários de saúde, e esperamos que estes contatos iniciais possam se ampliar entre pesquisadores da Colômbia e do Brasil.

Este livro proporciona também uma reflexão para a quebra de paradigmas, no sentido de se visualizar uma nova forma de tratar a questão da saúde, democrática, popular, fora do jugo de um tecnicismo e de uma indústria farmacológica. Enfim, esperamos que esta seja uma contribuição a mais para que se alcance aquilo que ficou recomendado na Conferência de Alma-Ata (1978), e que constitui o objetivo maior da Organização Mundial de Saúde (OMS): "Saúde para todos no ano 2000". Para isso, é necessário que a comunidade científica avance no conhecimento das medicinas tradicionais, apreciando sua validade e formulando proposições para um melhoramento na aplicação da medicina ocidental, principalmente nas sociedades indígenas.

Antônio Maria de SOUZA SANTOS, MSc
Pesquisador do CNPq/Museu Goeldi
Professor Adjunto da UEP.

**CONFERÊNCIAS DE ABERTURA
DO ENCONTRO**

A ANTROPOLOGIA DA DOENÇA E OS SISTEMAS OFICIAIS DE SAÚDE

Dominique BUCHILLET ()*

Descreverei aqui o campo da antropologia da doença, definirei suas principais linhas de pesquisa e instrumentos conceituais, de modo a justificar sua contribuição tanto para a compreensão dos sistemas de saúde tradicionais e ocidentais quanto para a questão da articulação desses distintos sistemas de saúde⁽¹⁾. Divido esse texto em quatro partes:

1. a primeira examinará os rumos diferentes tomados pela antropologia da doença nos Estados Unidos e na França;

2. a segunda salientará a abordagem da doença da escola antropológica francesa;

3. a terceira tratará da questão do empírico-racional e do mágico-religioso nas medicinas tradicionais, questão que, muitas vezes, serve para justificar a existência de uma descontinuidade radical entre as medicinas tradicionais e a medicina ocidental e, conseqüentemente, a relativa ineficácia das primeiras;

4. finalizarei, enfim, com a questão da percepção e da utilização da medicina ocidental e de suas implicações ideológicas para os esquemas interpretativos tradicionais.

A antropologia da doença nos Estados Unidos e na França

(*) Antropóloga, Pesquisadora da ORSTOM e da Universidade de Brasília (convênio de cooperação internacional CNPq/UnB/ORSTOM).

(1) Agradeço a Bruce Albert e a Patrick Menget pela leitura crítica de uma versão preliminar deste texto e a Marcio Meira pela sua revisão da escrita em português.

Início pelos desenvolvimentos diferentes da antropologia da doença nos Estados Unidos e na França. O estudo antropológico dos fenômenos de saúde e de doença e de suas variações em função de populações e de contextos geográficos e sócio-culturais diferentes conhece, há cerca de quinze anos, um impulso importante. Todavia, a definição e a organização desse campo de pesquisa tiveram desenvolvimentos diferentes nos países de língua inglesa (sobretudo nos Estados Unidos) e na França, desenvolvimentos que têm a ver com a diversidade das preocupações dos pesquisadores neste setor.

A partir dos anos de 1940 numerosos antropólogos norte-americanos foram chamados para participar da implantação de serviços de saúde modernos nos países em desenvolvimento. Neste período, a pesquisa era essencialmente considerada como uma pesquisa aplicada (se falava então de *applied anthropology*). Mas é somente nos anos 1960 que a expressão "antropologia médica" (Scotch, 1963) começou a ser utilizada para reagrupar várias pesquisas relacionadas à saúde humana abordadas numa perspectiva antropológica (Mitrani, 1983). Os quatro grandes eixos de pesquisa atualmente incluídos nos Estados Unidos sob a denominação genérica de "antropologia médica" (*medical anthropology*) - ela mesma concebida como uma subdivisão específica da antropologia em geral (ver neste particular Fabrega, 1972; Colson & Selby, 1974; Lieban, 1977; Wellin 1977; Genest, 1978, para uma definição destas linhas de pesquisa e de suas implicações teóricas e práticas) - são os seguintes:

1. O estudo da relação entre a incidência e a distribuição das doenças (epidêmicas ou endêmicas) e as variáveis ambientais e/ou sócio-culturais: é a epidemiologia, também chamada de "ecologia médica" nos Estados Unidos. Como salientaram Fabrega (1972), Genest (1978), e outros, a epidemiologia pode ser concebida num sentido sociológico, na medida em que estabelece uma relação entre certos hábitos e doenças específicas. Assim, as modificações no meio ambiente, consecutivas às atividades humanas, podem ter efeitos significativos sobre a desaparecimento, aparição ou reparação de certas doenças. Um exemplo bem conhecido desse processo é a chamada *man-made malaria*, ou seja, a malária provocada pelo homem, cuja aparição foi estimulada pela alteração do meio ambiente em decorrência de atividades agrícolas, do desmatamento, etc. A finalidade prática deste tipo de pesquisa é evidente na medida em que a apreensão de uma tal relação entre hábitos, práticas e doenças específicas pode ter consequências práticas para o planejamento futuro de programas de desenvolvimento.

2. O estudo dos cuidados em instituições médicas (*health care delivery systems*): por exemplo, o estudo das relações entre médicos e pacientes, ou

das relações hierárquicas entre diferentes categorias de pessoal médico (médicos e enfermeiras); ou, ainda, o estudo das reações dos pacientes em relação à organização dos cuidados de saúde, etc. Como sublinha Genest (1978), esse tipo de pesquisa visa “repensar a economia geral da planificação” em matéria de saúde.

3. O estudo dos problemas de saúde em geral: sejam os problemas de saúde de populações específicas (das pessoas idosas, por exemplo), sejam os grandes problemas sanitários contemporâneos como a toxicomania, o alcoolismo, ou, também, atualmente a epidemia de AIDS, problemas esses que colocam em questão um aspecto explícito do comportamento dos indivíduos (Colson & Selby, 1974).

4. A etnomedicina, definida primariamente por Hughes (1968) como o estudo “dos conhecimentos e práticas relativos à doença que são o produto de desenvolvimentos culturais autóctones não explicitamente derivados do quadro conceptual da medicina moderna”. Podemos dizer que a etnomedicina constitui a parte mais antropológica da antropologia médica, na medida em que tenta estabelecer uma relação entre as representações ligadas às doenças ou ao seu tratamento com a cultura e a organização social das populações consideradas. Nos Estados Unidos a etnomedicina conheceu, ao longo do tempo, desenvolvimentos importantes, passando a se interessar ao estudo das práticas médicas das comunidades camponesas ou pelo de subconjuntos culturais das sociedades ocidentais. Começou-se a falar de *folk medicine* ou de *popular health culture*, denominações essas consideradas como sinónimos de etnomedicina. A definição desta última foi progressivamente ampliada e certos autores norte-americanos não hesitam, atualmente, em incluir na etnomedicina a medicina alopática contemporânea (Foster, 1983).

A antropologia francesa, desde o início, tentou se distinguir tanto do pragmatismo culturalista norte-americano, que acabamos de evocar, como do funcionalismo inglês, que considera as representações da doença de uma sociedade particular como via de acesso privilegiada à análise do funcionamento desta sociedade (ver, por exemplo, os trabalhos de Rivers, 1924; Evans-Pritchard, 1937; Hallowell, 1941; Ackerknecht, 1942a, 1942b, 1946 e 1971, etc.). A escola francesa privilegia a questão do sentido e, em consequência, da causalidade. A partir das interpretações e dos comportamentos dos indivíduos frente a uma doença, procura-se demonstrar a coerência interna e a racionalidade do pensamento tradicional que tem, na procura do significado ou do sentido, o seu poder explicativo e terapêutico. Prefere-se falar (ver Augé, 1980 e 1986; Sindzingre & Zempléni, 1982) de “antropo-

logia da doença” no lugar de “etnomedicina” ou de “antropologia médica” por três razões essenciais que têm a ver tanto com a definição deste campo de pesquisa como de suas implicações metodológicas. Em primeiro lugar o termo “antropologia médica”, como é concebida nos Estados Unidos, recobre, como já vimos, várias linhas de pesquisa com finalidades intelectuais e práticas diferentes. Em segundo lugar, a expressão norte-americana *ethnomedicine* chama a atenção pela sua imprecisão conceitual: jamais fica claro se a etnomedicina faz parte da medicina ou da antropologia. O que nos leva, naturalmente, à questão da metodologia a utilizar para estudar as representações ligadas à doença e seu tratamento numa sociedade tradicional; ou seja, tais representações devem ser abordadas a partir do paradigma biomédico ocidental ou numa perspectiva antropológica que se caracteriza pela sua abordagem “holística”? Por fim, como sublinham Sindzingre & Zemléni (1982), a expressão “etnomedicina” pressupõe a existência de um setor médico, autônomo, análogo ao setor biomédico ocidental, o que os trabalhos de antropólogos realizados em sociedades não-ocidentais justamente refutam, mostrando, como veremos em seguida, a estreita imbricação da ordem social, da ordem biológica e da ordem do mundo. Por isso, preferimos falar de “antropologia da doença” para insistir no fundamento antropológico do trato das representações e práticas ligadas à doença e seu tratamento nas sociedades tradicionais. Feitos esses esclarecimentos, vejamos agora a abordagem francesa da doença.

Uma concepção dinâmica da antropologia da doença: a teoria dos níveis de causalidade e dos itinerários terapêuticos

O estudo das representações relativas à doença e seu tratamento nas sociedades tradicionais começa justamente pelo questionamento da pertinência e da aplicabilidade de certos conceitos; conceitos estes que, enquanto não constituem problemas nas sociedades ocidentais, por serem construídos a partir da história da nossa medicina, devem ser justamente repensados frente àquelas sociedades. Estou pensando particularmente em conceitos tão evidentes quanto os de “doença”, “diagnóstico”, “causalidade”, “terapêutica” ou “eficácia”. As representações e as práticas relativas à doença e ao seu tratamento, objetos de estudo da antropologia da doença, recobrem nas sociedades tradicionais, como veremos, diferentes realidades em relação às ocidentais, realidades que se deixam dificilmente apreender pela linha conceitual da biomedicina.

Na perspectiva ocidental a doença é, com efeito, a resultante de uma anomalia de estrutura e/ou de função de um órgão ou de um sistema orgânico determinado, os sinais desta anomalia ou desta disfunção tendo o valor de indicadores da doença. A doença é similar de um indivíduo para outro,

qualquer que seja seu suporte (a pessoa), e independentemente do contexto sócio-cultural no qual ela evolua. Para isolar e construir seu objeto de estudo (a doença) e atingir a essa concepção da doença como anomalia orgânica ou bio-fisiológica, desligada de todo suporte ou contexto, a medicina ocidental teve que se destacar tanto da sociedade, como da magia e da religião assim como o demonstraram numerosos trabalhos de historiadores da medicina. Clavreul (1978, *apud* Zempléni, 1982 e 1985) sublinhou, recentemente, como a constituição da medicina ocidental enquanto disciplina científica se operou no prejuízo da “negação da singularidade tanto individual como social do paciente e sob o efeito (...) da afirmação da Universalidade do homem”. Porém, essa concepção da doença, descrita segundo os parâmetros biomédicos, não corresponde àquela das sociedades tradicionais. Os trabalhos pioneiros de Rivers (1924), Evans-Pritchard (1937) ou Ackerknecht (1942a, 1942b e 1971), por exemplo, têm demonstrado como, nas sociedades não ocidentais, a aparição da doença, assim como o advento de um infortúnio, individual ou coletivo, que não constituem categorias separadas do ponto de vista da causalidade, inscrevem-se num dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades em sociedade e de seu meio natural. A doença não é, neste caso, pensada - e nem pode ser analisada - fora de seu suporte (o indivíduo, na sua singularidade pessoal e social) e fora de seu contexto, ou seja, não somente as conjunturas específicas (pessoais, históricas, etc.) que presidem à aparição de uma doença, como também as representações do mundo natural e das forças que o regem, as representações da pessoa e, por fim, as modalidades de relação entre mundo humano, mundo natural e mundo sobrenatural. Toda interpretação da doença é, assim, imediatamente inscrita na totalidade de seu quadro sócio-cultural de referência. As medicinas tradicionais não constituem, deste modo, um setor autônomo, análogo ao setor biomédico das sociedades ocidentais. Como o sublinharam Dozon & Sindzingre “apesar de sua inegável especificidade como processo orgânico interno (...) a doença, evento individual singular por excelência, é imediatamente inscrita num contexto pragmático e simbólico, num corpo socializado” (1986:46).

Esta imbricação estreita dos fatos relativos à ordem biológica, à ordem social e à ordem do mundo (cosmológica) tem contribuído, muitas vezes, ao descrédito das medicinas tradicionais, as quais, consideradas através dos parâmetros da biomedicina, são vistas como governadas principalmente pela irracionalidade e, assim, como um corpo heteróclito de crenças supersticiosas fatalmente condenadas a desaparecer mas podendo-se, às vezes, reconhecer nas mesmas os germes - ou um embrião - de uma pré-ciência, susceptíveis de evoluir sob o advento da racionalidade científica.

Numerosos autores têm salientado a importância da busca das causas só-

cio-cosmológicas no estabelecimento do diagnóstico e na conduta terapêutica nestas sociedades. Como vários antropólogos têm demonstrado (ver Glick, 1967; Sindzingre & Zempléni, 1981; Zempléni, 1982 e 1985, etc.), em todas as sociedades a aparição de uma doença suscita invariavelmente numerosas perguntas: “por que eu?”, “por que agora?”, “como?”, “que ou quem?”. A questão da causalidade é, assim, indissociável da constatação de uma desordem fisiológica ou orgânica. A doença é, geralmente, atribuída à intervenção de agentes humanos ou não humanos (espíritos, animais, divindades, fantasmas, etc.), mas este reconhecimento de uma causalidade exógena à doença não implica necessariamente na passividade do paciente frente a sua doença: o indivíduo pode ser a causa direta, ou indireta, de sua própria doença, por um comportamento socialmente desviante ou por uma infração às regras culturais. Assim, se como na biomedicina toda desordem, toda doença precisa ser explicada, a interpretação de uma desordem corporal, biológica nas sociedades tradicionais faz-se sempre em referência às regras sociais, culturais; em poucas palavras, a uma organização social, religiosa ou simbólica específica. O que não significa, como veremos, a ausência de um saber elaborado concernente à doença orgânica. A importância da procura das causas na ordem social ou cosmológica, ou da “necessidade do sentido” segundo a expressão de Sindzingre (1984), nas sociedades tradicionais é tamanha que certos autores (Glick, 1967; Foster, 1976, por exemplo) não hesitaram em afirmar que “o fato mais importante a respeito de uma doença (...) é menos o reconhecimento do processo patológico (o como) do que de sua causa subjacente”. Tal afirmação, mesmo se verificada, como vimos, pela experiência antropológica, conduziu, todavia, muitos autores a ignorar a importância dos fatores naturais na interpretação das doenças. Ela serviu de base, também, à elaboração de uma tipologia, de pretensão universal, dos esquemas de causalidade encontrados em várias sociedades, contribuindo indiretamente à reabertura do debate sobre a existência de uma descontinuidade radical que se poderia observar entre as medicinas tradicionais e a medicina ocidental, uma descontinuidade que seria fundada sobre os aspectos do “empírico-racional” ou do “mágico-religioso”, respectivamente, desses dois tipos de medicinas.

Foster (1976), notadamente, distingue as “causalidades (etiologias) personalísticas” das “causalidades (etiologias) naturalísticas”. As primeiras, características das chamadas sociedades tradicionais (sociedades africanas, amazônicas ou da Oceania, por exemplo), atribuiriam a doença à intervenção deliberada de agentes exteriores - humanos (feiticeiro) ou não humanos (espíritos, animais, fantasmas, divindades, etc.) - ao passo que as segundas, caracterizadas pela tradição nosológica da Grécia antiga, da Índia ou da China, explicariam a doença em referência a causas ou forças naturais como, por exemplo, o frio, o calor, os ventos, a uma perturbação

dos humores corporais ou ao desequilíbrio dos elementos constitutivos da pessoa humana, etc. De fato, numerosos exemplos emprestados da literatura antropológica demonstram que esses dois tipos de causalidade não são mutuamente exclusivos, podendo co-existir numa mesma doença. Na África (Evans-Pritchard, 1937; Augé 1980 e 1986; Bibeau, 1981; Sindzingre, 1984) como na Índia (Carrin Bouez, 1980) ou na Amazônia (ver, notadamente, Seijas, 1969; Langdon, 1974; Langdon & MacLennan, 1979, etc.) por exemplo, se a doença é atribuída à intervenção de um agente exterior ela pode também ser percebida como uma ruptura de equilíbrio entre instâncias psíquicas ou humores e qualidades do corpo. Um meio de resolver essa aparente contradição reside, ao meu ver, na apreensão dos diferentes níveis de causalidade. Temos observado que a aparição de uma doença suscitava invariavelmente uma série de perguntas de várias ordens. Sindzingre & Zempléni (1981) propuseram sintetizá-las numa tabela da seguinte maneira :

<i>doença</i>	<i>causa</i>	<i>agente</i>	<i>origem</i>
qual doença?	como?	que ou quem?	por que?
sintoma	meio ou	força eficaz	eventos ou
taxinomia	mecanismo		conjunturas
	c. instrumental	c. eficaz	c. última ⁽²⁾

Estes três campos etiológicos ou níveis de causalidade estão ligados, pré-existindo em cada doença mesmo se o paciente ou o curador não toma os três em consideração, ou, ao menos, ao mesmo tempo, na elaboração do diagnóstico. Enquanto a causa instrumental traduz o meio ou o mecanismo de produção da doença, a causa eficaz é o agente responsável pelo processo da doença e a causa última procura reconstituir a origem da doença, responder aos “por que eu?” e “por que agora?”, perguntas geralmente consideradas não pertinentes pela biomedicina. Digo “geralmente” porque a medicina ocidental, notadamente no que se refere à AIDS, parece tomar em consideração esta tripla causalidade para explicá-la. Como salientou Zempléni (1985) pode-se dizer que a destruição dos linfócitos constitui a causa instrumental da doença, o vírus HTLV seu agente e as relações homossexuais, ou as transfusões sanguíneas, sua origem. Neste caso particular, a consideração desta tripla causalidade é imprescindível para explicar tal doença. As causas últimas devem ser procuradas no domínio sócio-cultural, nas conjunturas intersubjetivas e sociais particulares que presidiram ao evento-do-

(2) Evans Pritchard (1937) distingue entre as causas “últimas” e as “secundárias”; Glick (1967) entre causas “instrumentais”, “eficazes” e “últimas”; Bibeau (1981) entre causas “primárias” e “últimas”; Langdon & MacLennan (1979) entre causas “imediatas” e “últimas”.

ença. Que Foster (1976) elaborou uma tal distinção entre “etiologias personalísticas” e “etiologias naturalísticas” como base para uma tipologia dos sistemas médicos do mundo inteiro, me parece remeter a seu desconhecimento da dimensão processual da doença (dimensão que a escola francesa salienta tanto do ponto de vista metodológico quanto ideológico, como veremos) ou do que Evans-Pritchard (1937) denominava “a lógica situacional”. Segundo este autor, não tratamos somente na antropologia de sistemas de pensamento mas também de sistemas de pensamento em ação. Daí a necessidade, para abordar as representações ligadas à doença e seu tratamento, de começar a pesquisa a partir dos episódios concretos de doença, seguindo todas as etapas de elaboração do diagnóstico e de tratamento adotadas pelo paciente, analisando as interações entre os diferentes atores (doente, família, comunidade, categorias de curadores) envolvidos ao longo da evolução da doença.

Para dar conta dos diferentes percursos feitos pelo paciente na procura de um tratamento, Augé (1984) forjou o conceito de “itinerário terapêutico”, ou seja, o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores etc.) e curas. Este conceito permite esclarecer a lógica subjacente às representações e aos comportamentos dos indivíduos, à escolha das instituições e dos tratamentos assim como das estratégias concretas das diferentes categorias de indivíduos ou instituições implicadas na resolução de um problema de saúde particular. Na aparição de uma doença, um primeiro diagnóstico é estabelecido pelo paciente, sua família ou a comunidade, diagnóstico baseado tanto na observação das manifestações patológicas da doença como na consideração de elementos que presidiram sua aparição. A preocupação, neste nível, é unicamente o alívio dos sintomas, o tratamento consistindo de plantas ou mesmo de remédios. No caso do agravamento, da persistência ou aparição de novos sintomas, etc. a doença será reclassificada e procurar-se-á a causa última, que é aquela que vai relacionar a doença particular do paciente ao seu meio físico e social de modo a poder responder à questão do “por que eu”. A busca desta resposta motivará o recurso a um especialista, um xamã, por exemplo. Em outras palavras, é o caráter crônico que colocará a doença num nível de interpretação mais profundo. Neste nível, a causa da doença é divorciada do sintoma, contrariamente ao esquema biomédico ocidental, e o tratamento visará mais a causa da doença (cosmológica ou social) que o sintoma ou a manifestação física da doença. O que não impede, naturalmente, o recurso paralelo a outras técnicas terapêuticas destinadas fundamentalmente à resolução da desordem física. Podemos explicar isso operando uma distinção entre “a esfera (ou o registro) das causas” e a “esfera

(ou o registro) dos efeitos”: o tratamento xamânico atua no nível do registro das causas ao passo que as plantas, ou a medicina ocidental, o fazem no nível do registro dos efeitos. A medicina ocidental aparecendo, assim, somente como uma alternativa terapêutica complementar destinada a intervir na esfera dos efeitos. Essa distinção entre “registro das causas” e “registro dos efeitos” nos permite entender porque a remissão de um sintoma não é, em si, a prova da eficácia de um tratamento ou de uma prática terapêutica particular.

De fato, o fracasso terapêutico nunca significa a ineficiência de um tratamento ou de uma prática, nunca os coloca em questão, nunca motiva o questionamento de sua validade, nem de seu poder de cura. Entre os Desana do Alto Rio Negro, por exemplo (ver Buchillet, 1987), onde o tratamento xamânico consiste fundamentalmente na recitação de encantamentos, a não evolução da doença, a intensificação dos sintomas ou a aparição de outros nunca serão atribuídos a uma falha qualquer, a um defeito inerente às encantamentos. A ausência de reação da doença às palavras do xamã é, essencialmente, explicada de duas maneiras diferentes: a) o diagnóstico estava errado; mas, sobretudo, b) o paciente não respeitou as prescrições xamânicas (restrições alimentares ou de atividades, por exemplo). Esta mesma concepção prevalece em numerosas sociedades (ver, por exemplo, Imperato, 1977).

Nota-se bem, aqui, que a noção de eficácia terapêutica recobre, nas sociedades tradicionais, muitas outras dimensões que as do esquema biomédico ocidental: as medicinas tradicionais podem preencher outras funções que a função propriamente terapêutica, i.e., o tratamento sintomático da doença. Assim, se a idéia de restabelecimento da saúde não está ausente das medicinas tradicionais estas não se limitam a tal finalidade: as medicinas tradicionais podem ser consideradas, por exemplo, como o sublinhou Zempléni (1982 e 1985) uma “arte dos usos sociais da doença”. Numerosos autores, por exemplo, já salientaram o papel de “controle social” que podem assumir a interpretação da doença e a terapêutica numa sociedade sem poder político ou jurídico centralizado (ver, por exemplo, Rubel, 1960; Lieban, 1960 e 1962; Dole, 1964 e 1966; Alland, 1966; Turner, 1968; Ackerknecht, 1971, etc). Enfim, Young (1976) sublinhou o papel “ontológico” e epistemológico dos rituais de cura, os quais servem para confirmar noções-chaves sobre o mundo, de maneira que reafirme sua validade, qualquer que seja seu resultado prático. Isso pode explicar, segundo este autor, porque certos procedimentos terapêuticos, considerados ineficazes de um ponto de vista estritamente biomédico, continuam a ser colocados em prática por estas sociedades apesar da presença do modelo biomédico ocidental, como também a razão pela qual os indivíduos podem recorrer ao mesmo tempo a diferentes alternativas terapêuticas (por exemplo, ervalismo, medicina oci-

dental, xamanismo, etc.).

A questão do empírico-racional e do mágico-religioso nas medicinas tradicionais

Pelo seu aparente distanciamento dos modos de diagnóstico e de tratamento tais como são concebidos pela medicina ocidental, os esquemas tradicionais de interpretação e de resolução das doenças, cuja coerência interna e racionalidade somente podem ser apreendidas e avaliadas a partir de seu quadro sócio-cultural de referência, podem levar à idéia de uma descontinuidade radical entre os dispositivos ocidentais e os tradicionais - descontinuidade referida geralmente em relação aos aspectos do empirismo (ou do empírico-racional) e do mágico (ou mágico-religioso) - nestes dois sistemas médicos, estando a biomedicina, evidentemente, do lado da racionalidade enquanto que a medicina tradicional se caracterizaria mais pelo seu enfoque religioso ou mágico. Isso é particularmente evidente nos discursos dos médicos, agentes de saúde e formuladores de projetos de desenvolvimento sanitário, orientando suas atitudes em relação às medicinas tradicionais. Foster (1976), entre outros, diferencia nas medicinas tradicionais certas representações e práticas nas quais se poderia reconhecer o embrião de uma racionalidade científica ou de uma razão biomédica - representações e práticas estas susceptíveis de evoluírem e serem possivelmente aproveitadas (por exemplo, os saberes botânicos ou farmacopéias indígenas) - de outras, que ele qualifica de puramente irracionais ou mágicas tais como, por exemplo, as práticas xamânicas⁽³⁾. Como relembra Sindzingre (1983) se, de fato, se pode atestar no mundo inteiro a universalidade das categorias da percepção cotidiana e das leis físicas que as determinam, assim como uma eficácia tal como é concebida pela biomedicina (evidenciada, por exemplo, no uso tradicional de plantas que a medicina ocidental identificará mais tarde como tendo componentes ativos) essa dicotomia entre um setor virtualmente racional e um outro puramente mágico não corresponde, todavia, às modalidades locais de apreensão e de resolução das doenças ou do infortúnio (ver, também Augé & Herzlich, 1984). Para esclarecer esse tema tomarei de novo o exemplo dos índios Desana da região do Alto Rio

(3) Não é de estranhar que, justamente, as farmacopéias indígenas sejam vistas pelos planejadores em matéria de saúde como podendo oferecer o elo de ligação entre as medicinas tradicionais e a ocidental. Várias características das farmacopéias podem justificar essa preferência: como sublinharam Sindzingre & Zempléni (1982:9), em primeiro lugar, elas parecem sustentar o corte entre procedimentos empíricos objetivamente eficazes e práticas simbólicas ou mágico-religiosas; em segundo lugar elas são passíveis de serem testadas segundo os parâmetros biomédicos da eficácia; em terceiro lugar elas se constituem tanto aos olhos dos planejadores em saúde, como dos governos locais, como o "suporte de legitimação das medicinas tradicionais (...) sobre seu duplo aspecto de valorização dos patrimônios culturais nacionais e da eventual rentabilidade de sua integração nas estratégias sócio-sanitárias dos países considerados".

Negro. As curas xamânicas desses índios baseiam-se, fundamentalmente, como já vimos, na recitação de encantações terapêuticas, altamente formalizadas, percebidas como podendo interferir diretamente no corpo do doente. As encantações consistem numa enumeração de nomes de plantas ou de animais que possuam um atributo considerado pelos Desana como apropriado para o objetivo da cura: por exemplo, a viscosidade para facilitar o parto, o azedume para desinfetar e ajudar na cicatrização de uma ferida, a cor preta para esconder uma queimadura ou uma ferida na pele do indivíduo, a dureza da carapaça do jabuti para proteger o corpo de uma criança, etc. As encantações são geralmente recitadas sobre um objeto intermediário (líquido ou parte de uma planta) cuja função essencial é dotar a encantação de um suporte material e servir de veículo da palavra terapêutica, transferindo-a até o doente. Todavia, a natureza das plantas utilizadas como veículo da encantação revela que estas são geralmente escolhidas em razão de uma propriedade ou característica física particular que evoca o efeito procurado: por exemplo, viscosidade, azedume, frescura, etc. Isso não quer dizer que os Desana ignorem as propriedades farmacêuticas dessas plantas. Por exemplo, a casca amarga da árvore caju (Anacardium occidentale L.), da árvore ingá (Ingá: sp.) ou do cipó alucinógeno yagé (Banisteriopsis sp.) pode ser utilizada como suporte e veículo da encantação destinada a curar uma ferida. Essas cascas contêm taninos cujas propriedades adstringentes e cicatrizantes (já analisadas pelos botânicos e pelos farmacólogos) são também conhecidas pelos índios, mas estes estão muito mais interessados nas propriedades simbólicas (que estabelecem, por exemplo, uma relação entre uma certa planta e uma doença ou um sintoma particular) como meio de categorização e de escolha das plantas (Buchillet, 1988). Por isso, explicar a eficácia de um tratamento xamânico em termos da composição química particular das plantas utilizadas como veículos da encantação não me parece fazer justiça à concepção indígena da eficácia terapêutica. Como o notaram Dozon & Sindzingre (1986:45) existem em cada sociedade "graus de especialização cognitivos e institucionais desenhando os contornos de uma "medicina" que se apoia num conhecimento empírico do universo físico - saberes botânicos, farmacopéias - e do corpo humano, mas sempre atualizados e determinados por regras culturais: a nomenclatura, o conhecimento e o uso de plantas são assim indissociáveis das representações simbólicas particulares de uma sociedade" (ver também Augé, 1980 e 1986). Podemos assim dizer que "todo ato terapêutico (quer à base de plantas, de encantação, de massagens, etc.) inclui sempre dois pólos de extensão variável: o do sentido comum universal e o do tratamento simbólico dos eventos que escapam ao primeiro" (*ibid*:46). É assim impossível de diferenciar o empírico, o natural, ou o objetivamente eficaz, do mágico-religioso, sobrenatural ou simbólico porque "os resultados da experi-

ência se inserem na lógica simbólica e a lógica simbólica nunca contradiz a experiência e, mesmo, se fundamenta parcialmente sobre ela" (Augé, 1986:81).

Percepção e utilização da medicina ocidental e implicações ideológicas de sua introdução para os sistemas de saúde tradicionais

Finalizamos este texto com o problema da percepção e da utilização da medicina ocidental nas sociedades tradicionais, esta última, sob graus de sofisticação variáveis (hospitais, postos de saúde, farmácias, caixas de remédios, etc.), estando presente na maioria dos países em desenvolvimento. Para dar conta da co-existência, numa mesma sociedade, de dispositivos terapêuticos heterogêneos (neste caso, terapias ocidentais e tradicionais) forjou-se o conceito de "pluralismo médico" ou "sistema pluralístico" (ver, notadamente, Kleinman, 1980 e Leslie, 1980) esquecendo-se geralmente que as chamadas sociedades tradicionais não esperaram a implantação da medicina ocidental para disporem de toda uma gama de alternativas e de especialistas terapêuticos aptos a resolver seus problemas de saúde. A literatura antropológica está farta de exemplos que demonstram, por exemplo, como as sociedades indígenas dispõem de várias categorias de especialistas que se distribuem tradicionalmente nas funções de prevenção, diagnóstico e cura das doenças: diferentes classes de xamãs, de ervelistas, de rezadores, de cantores, etc. (Buchillet, 1983 e 1987 para os Desana; Montagner-Melatti, 1985 para os Marúbo; Crocker, 1985 para os Bororo, etc.).

O estudo das formas de relacionamento entre os sistemas de saúde tradicionais e o biomédico deu lugar a uma literatura abundante cujas premissas iniciais são essencialmente de duas ordens. Em primeiro lugar, considera-se que o contato entre os dois sistemas conduz inevitavelmente à competição e/ou ao conflito (ver, por exemplo, Erasmus, 1952; Foster, 1962; Landy, 1974, etc.); em segundo lugar, que a não utilização ou a sub-utilização dos tratamentos e instituições terapêuticas ocidentais pelas sociedades não ocidentais pode ser explicada por diferentes variáveis de ordem sócio-cultural geralmente consideradas como "barreiras (ou obstáculos) culturais" (ver Foster, 1962) (4). Kunstadter (1976, *apud* Nyamwaya, 1987) emitiu assim a tese de uma "dissonância cognitiva" (5) entre os dois sistemas. Segundo

(4) Segundo essa teoria, a sub-utilização dos serviços modernos de saúde provem de uma resistência cultural das pessoas. Ou seja, o fracasso dos programas médico-sanitários é unicamente atribuível aos indivíduos que seriam os beneficiados.

(5) "Quando a prática ocidental aplica um tratamento percebido ou classificado como inapropriado no sistema local de saúde para a categoria da doença considerada o tratamento será rejeitado em razão da 'dissonância cultural' ou 'dissonância cognitiva'". A teoria da "dissonância cognitiva" não é, de fato, neste contexto, outra coisa que a teoria da "utilização dual" (*dual use*) que explica, através das categorias etiológicas tradicionais, a utilização diferencial pelos pacientes dos recursos terapêuticos colocados a sua disposição (ver Erasmus, 1952; Simmons, 1955; Rubel, 1960; Press, 1969).

esta tese, a forma de tratamento escolhida pelos indivíduos (medicina ocidental ou medicina tradicional) dependeria da categoria etiológica da doença: quando esta é interpretada em referência a uma causalidade sobrenatural seria passível de um tratamento tradicional; quando o é em referência a uma causalidade natural dependeria mais da medicina ocidental (ver, por exemplo, Erasmus, 1952 e Simmons, 1955). Variantes desta teoria explicam a utilização diferencial das alternativas terapêuticas seja em função do tipo de desordem que afeta o paciente (distinção entre queixas somáticas e queixas de comportamento versus medicina ocidental/medicina tradicional; ver Torrey (1968, *apud* Colson, 1971), seja em função da gravidade da doença (distinção entre as doenças "crônicas não incapacitantes" como os reumatismos, por exemplo, e as doenças "críticas incapacitantes" como a pneumonia, ver Gould, 1957); seja, enfim, em função da eficácia comprovada em numerosos casos da medicina ocidental no tratamento de doenças específicas, os indivíduos adotando esta forma de terapia nos casos onde sua eficácia já foi comprovada (ver Erasmus, 1952). Outras variáveis foram, mais recentemente, evocadas para dar conta da sub-utilização dos serviços de saúde ocidentais ou da fraca receptividade da medicina ocidental nas populações tradicionais tais como: a disponibilidade material dos recursos terapêuticos ocidentais (i.e. distância geográfica dos serviços de saúde ocidentais); o custo das alternativas terapêuticas; a precariedade das instalações biomédicas; o problema da relação médico/paciente; a qualidade da administração dos cuidados de saúde, etc.

Estas várias explicações das formas de sub-utilização dos recursos médicos ocidentais observadas em numerosas sociedades - atribuídas ao papel inibidor das crenças locais ou às modalidades práticas das infra-estruturas médico-sanitárias e à administração dos cuidados de saúde - recobrem, geralmente, um pressuposto etnocêntrico implícito, ou seja, que a superioridade técnica (material) da medicina ocidental é de tal modo evidente que esta última deveria ser aceita sem reserva ou hesitação, pelos pacientes daquelas sociedades e isso, inclusive, em prejuízo de suas próprias técnicas de diagnóstico e cura. De fato, essas diferentes explicações e suas implicações ideológicas e práticas me parecem pecar pelo seu desconhecimento de um certo número de mecanismos de diagnóstico e de tratamento postos em prática nas sociedades tradicionais: em primeiro lugar, o da importância do auto-diagnóstico na conduta terapêutica de um indivíduo; em segundo lugar, o da dimensão processual da doença e de seus diferentes níveis de causalidade. Os autores reduzem geralmente ao mínimo a importância do autodiagnóstico (ou do diagnóstico familiar) como etapa inicial da conduta terapêutica nestas sociedades. Na medicina ocidental o paciente é passivo, limitando-se a apresentar uma queixa ao médico que tem a tarefa de identificar e diagnosticar a doença a partir dessas queixas e prescrever um trata-

mento conforme o tipo de moléstia que identificou. Porém, a situação é completamente diferente nas sociedades tradicionais. Os pacientes e suas famílias costumam, com efeito, como já vimos, estabelecer seu próprio diagnóstico que vai orientar, de maneira significativa, o recurso a diferentes categorias de especialistas e, conseqüentemente, a escolha dos tratamentos, assumindo, desta maneira, uma parte das tarefas que se atribui geralmente aos médicos no mundo ocidental. Os pacientes e suas famílias (que Janzen (1978) designa como “o grupo que administra ou gera a terapia” - *therapy managing group*) são assim, agentes ativos engajados na procura de um tratamento utilizando e manipulando de maneira eclética todos os recursos e todas as alternativas terapêuticas disponíveis (medicina caseira à base de plantas, xamanismo, culto dos santos, medicina ocidental, etc.). A importância do autodiagnóstico pode, aliás, nos permitir entender porque os índios, por exemplo, como já verifiquei em numerosas ocasiões, vêm procurar no hospital ou no posto de saúde local um medicamento específico, tendo já escolhido o remédio que pensavam necessitar e não deixando ninguém, nem a enfermeira nem o médico, com escândalo destes últimos, interrogá-los ou auscultá-los, porque já haviam elaborado um diagnóstico inicial e definido dessa forma o tratamento, que consideravam como o melhor apropriado para a sua condição. Enfim, como temos visto, o diagnóstico de uma doença é susceptível de variar no curso da evolução da doença, tanto em função de fatores propriamente clínicos quanto extramédicos. O desconhecimento de certos autores da lógica subjacente à conduta terapêutica do paciente me parece advir não somente de seu projeto, onde procuram determinar os fatores que regem a utilização da medicina ocidental em vez de centrar sua atenção sobre a maneira pela qual os indivíduos se utilizam das diferentes alternativas terapêuticas que estão a sua disposição, como também dos métodos de pesquisa empregados pelos mesmos para chegar a este fim. Os pesquisadores limitam-se geralmente a efetuar entrevistas com pessoas seja nos centros de saúde, seja fora dos episódios de doença, entrevistas essas que versam principalmente sobre o problema atual de saúde, os casos de doença com os quais se defrontaram nos últimos meses, as categorias etiológicas reconhecidas, a conduta terapêutica adotada em cada caso, como também sobre suas “preferências” terapêuticas e as razões destas últimas (ver, por exemplo, Colson, 1971; Aho & Minott, 1977; Young, 1981). Porém, como já salientamos a respeito da metodologia a adotar para abordar as representações ligadas à doença e seu tratamento, é necessário iniciar a pesquisa a partir dos episódios concretos de doenças, seguindo todos os percursos (itinerários) terapêuticos escolhidos pelo paciente desde o tratamento familiar (medicina caseira), passando pela consulta aos membros da família ou da comunidade até aos especialistas e instituições terapêuticas.

Resta-nos interrogar agora sobre as implicações ideológicas da utilização

da medicina ocidental nos sistemas tradicionais de interpretação e de resolução dos episódios de doença. Seria tal utilização acompanhada por uma mudança correlativa das representações etiológicas e terapêuticas tradicionais? Gould (1965) demonstrou, notadamente a respeito de várias comunidades rurais da Índia, que a utilização da medicina ocidental pelos indivíduos não implica necessariamente numa mudança nos dispositivos cognitivos tradicionais de interpretação da doença e que se faz necessário aqui distinguir dois aspectos na medicina ocidental: o aspecto científico (que eu chamaria de teórico) e o aspecto técnico. Esta é, de fato, a diferença que eu havia estabelecido entre a “esfera (ou registro) da causa” e a “esfera (ou registro) dos efeitos”. A utilização da medicina ocidental não implica, de nenhuma maneira, na aceitação e menos ainda na compreensão da teoria científica da causalidade que a subjaz (ver Erasmus, 1952), teoria, aliás, a qual eles geralmente não têm acesso, médicos e agentes de saúde comunicando raramente seus diagnósticos aos pacientes e fornecendo-lhes também raramente explicações etiológicas, ao contrário dos curadores tradicionais. As prescrições dos médicos limitando-se geralmente a considerações sobre a posologia, a necessidade do paciente a voltar a consultá-lo ou sobre o efeito de um remédio particular sobre um sintoma específico, como, por exemplo, “isso vai fazer passar a dor”. Em outras palavras, eles se limitam geralmente a dar indicações sobre o “como” da doença sem fornecer explicações sobre o “porquê” da mesma (ver Frake, 1961; Polgar, 1962). Os aspectos mais esotéricos, que tocam na ideologia subjacente da biomedicina, são efetivamente escondidos dos pacientes. A multiplicação das alternativas terapêuticas não conduz assim, necessariamente, à diversificação dos modelos de causalidade, nem mesmo a sua confrontação. De fato, a medicina ocidental - uma vez sua eficácia prática (material) comprovada na resolução dos sintomas, ou, para retomar a minha terminologia, na causalidade instrumental ou no registro dos efeitos - é procurada pela maioria dos indivíduos doentes como técnica terapêutica adicional, e não substitutiva, um novo instrumento eficaz a acrescentar a seu próprio arsenal terapêutico destinado a aliviar os sintomas. Ela tem, neste respeito, o mesmo papel que numerosos tratamentos não especializados (incluindo os tratamentos familiares), que visam essencialmente a desinfetar e cicatrizar uma ferida, diminuir uma dor ou fortificar o corpo, os pacientes lhe atribuindo o mesmo valor funcional ou instrumental que a seus próprios tratamentos destinados a intervir sobre o corpo, sobre o sintoma. Numerosos são os exemplos onde se vê os indivíduos se utilizarem de diferentes alternativas médicas: o que é importante, antes de tudo, não é o fato de que o tratamento seja apropriado ou não à categoria da doença a curar, como o sublinharam vários autores já referidos, mas que se obteve uma melhoria rápida dos sintomas e, nisso, as populações tradicionais se revelam muito pragmáticas. Como sublinhou

Janzen (1978) “um *modus vivendi* se criou no qual diferentes formas de terapias assumem papéis complementares e não competitivos nas vidas e nos pensamentos das pessoas” (ver também Alès & Chiappino, 1985). Que as sociedades tradicionais empregam simultaneamente a terapêutica xamânica, por exemplo, e a medicina ocidental, não é contraditório em si e nem traduz a inconsistência ou incoerência das representações tradicionais como muitos médicos ou agentes de saúde costumam inferir, isto porque tais alternativas terapêuticas heterogêneas agem sobre dois níveis ou esferas de ação distintas. A biomedicina, não oferecendo uma interpretação etiológica aos pacientes, não pode competir com os dispositivos interpretativos locais e pode ser acrescentada sem dificuldade às instituições já existentes sem, com isso, conduzir a um questionamento dos esquemas cognitivos de interpretação tradicionais. Poderíamos dizer, à semelhança de Worsley (1982), que os indivíduos, na procura de um tratamento, se movimentam mais entre diversos agentes de saúde e recursos terapêuticos que entre diversos sistemas médicos. De modo a complementar esses dados que testemunham a atitude inovadora dos pacientes na procura de um tratamento veremos, na introdução ao simpósio relativo ao impacto do contato sobre as representações e práticas tradicionais ligadas à doença (pp. 161-173), como as medicinas tradicionais podem ser caracterizadas pela sua grande capacidade de assimilação, adaptação a elementos exteriores (estranhos) e novos (remédios dos brancos, tecnologia ocidental, símbolos das técnicas de cura ocidental etc.) testemunhando fundamentalmente o seu caráter dinâmico.

Finalmente, gostaria de resumir as principais contribuições da antropologia da doença (como a concebemos na França) aos sistemas oficiais de saúde: em razão de sua abordagem particular dos fenômenos de saúde e doença nas sociedades tradicionais, ela nos relembra que numerosos conceitos tais como “doença”, “terapêutica”, “eficácia” ou “causalidade” - definidos em referência a parâmetros biomédicos - são precisamente aqueles que se deve interrogar. Ademais, como salientou Sindzingre (1985:10) “o conhecimento antropológico não constitui somente um luxo cognitivo mas uma condição da adequação de toda modificação do meio (implementações, políticas sanitárias, etc.) a seus objetivos”. Com efeito, os últimos quinze ou vinte anos “colocaram um fim às esperanças nos progressos ilimitados de um desenvolvimento sanitário nos países em desenvolvimento, tanto em matéria de erradicação das grandes endemias, como da melhoria do estado nutricional e sanitário das populações, quanto da implantação de estruturas de cuidados de saúde eficientes” (*ibid*:12), o que conduziu recentemente a biomedicina a se questionar sobre sua superioridade e sua eficácia para resolver os problemas de saúde do mundo inteiro. Como prova dessa preocupação atual da biomedicina, e de modo a explicar o fracasso geral dos programas de assistência médico-sanitária, a Organização Mundial de Saúde

(OMS) reconhecia recentemente que este poderia, talvez, ser atribuído ao desconhecimento das realidades locais, em outras palavras, das particularidades culturais, o que a levou, como veremos na introdução ao simpósio sobre a questão da integração dos sistemas médicos (pp. 243-246), a reorientar sua política sanitária destinada aos países do Terceiro Mundo. Não se tratará mais de impor ao mundo um modelo médico ocidental, do qual se tomou consciência de que é, fundamentalmente, determinado culturalmente⁽⁶⁾, que constitui uma das formas - mas não a única - de apreender e resolver os problemas de saúde, que pode não ser desejado em todos os lugares e não atender às esperanças e expectativas dos indivíduos, mas de reconhecer a existência, a validade e a eficácia de outros sistemas de interpretação e de resolução de doenças e de se buscar os meios de adaptar ou ajustar esse modelo médico aos recursos terapêuticos já existentes. De fato veremos que essa conscientização brutal da OMS em relação às medicinas tradicionais, que dará lugar a uma nova política sanitária cuja pedra de toque são atenção primária em saúde e importância da participação comunitária, não é tão inocente em si, nem isenta de certos preconceitos etnocêntricos. Para concluir, devo salientar que urge aos planejadores em matéria de saúde e aos médicos de se inteirarem da validade e da importância das medicinas tradicionais se não desejarem repetir os mesmos erros já cometidos e se buscam realmente uma melhoria efetiva das estruturas de saúde.

Referências bibliográficas

Ackerknecht, E.H.

1942a "Problems of Primitive Medicine". *Bulletin of History of Medicine* 11:503-521.

1942b "Primitive Medicine and Culture Pattern". *Bulletin of History of Medicine* 12:545-574.

1946 "Natural Diseases and Rational Treatment in Primitive Medicine". *Bulletin of History of Medicine* 19(5):467-497.

1971 *Medicine and Ethnology: Selected Essays*. Baltimore: The John Hopkins Press.

Aho, W. e K. Minott

1977 "Creole and doctor medicine: folk beliefs, practices, and orientations to modern medicine in a rural and an industrial suburban setting in Trinidad and Tobago, the West Indies". *Social Science and Medicine* 11:349-355.

(6) Ver, por exemplo, Fabrega (1972 e 1975) "o paradigma biomédico é o produto das instituições sociais ocidentais" ou Hahn & Kleinman (1983) "a biomedicina é um sistema sócio-cultural".

Alès, C. e J. Chiappino

1985 "Chamanisme et médecine: rationalité divergente ou complémentaire? Le problème de l'intégration de l'assistance médicale chez les Yanomami du Vénézuéla". *Bulletin d'Ethnomédecine* 34:23-48.

Alland, A. Jr.

1966 "Medical Anthropology and the Study of Biological and Cultural Adaptation". *American Anthropologist* 68:40-51.

Augé, M.

1980 "Maladie - Anthropologie". *Encyclopedia Universalis* supplément n°2: 902-903.

1984 "Ordre biologique, ordre social; la maladie, forme élémentaire de l'évènement" In: M. Augé e C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Editions des Archives Contemporaines (Ordres sociaux), pp. 35-91.

1986 "L'Anthropologie de la maladie". *L'Homme*, n° spécial *Anthropologie. Etat des lieux*. Paris: Navarin/Livre de Poche, pp. 77-88.

Augé, M. e C. Herzlich

1984 "Introduction". In: M. Augé et C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris: Editions des Archives Contemporaines (Ordres sociaux), pp. 9-31.

Bibeau, G.

1981 "The circular semantic network in Ngbandi disease nosology". *Social Science and Medicine* 15B:295-307.

Buchillet, D.

1983 *Maladie et mémoire des origines chez les Desana du Uaupés brésilien*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Paris-X Nanterre.

1987 "'Personne n'est là pour écouter': les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Desana du Uaupés brésilien". *Amerindia* (Paris) 12:7-32.

1988 "Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios Desana". *Boletim do Museu Paraense Emilio Goeldi* (Série Antropologia) 4(1):27-42.

Carrin-Bouez, M.

1980 "Des maux et des mots". *L'Homme* XX(3):85-107.

Clavreul, J.

1978 *L'ordre médical*. Paris: Seuil (Le Champ freudien).

Colson, A.C.

1971 "The Differential Use of Medical Resources in Developing Countries". *Journal of Health and Social Behavior* 12:226-237.

Colson, A.C. e K.F. Selby

1974 "Medical Anthropology". *Annual Review of Anthropology* 3:245-262.

Crocker, J.C.

1985 *Vital Souls. Bororo Cosmology, Natural Symbolism, and Shamanism*. Tucson, Arizona: The University of Arizona Press (The Anthropology of Form and Meaning).

Dole, G.

1964 "Shamanism and Political Control Among the Kuikuru". In: D. Gross (Ed.), *Peoples and Cultures of Native South America*. New York and Garden City: Natural History Press, pp. 294-307.

1966 "Anarchy without chaos. Alternatives to Political Authority among the Kuikuru". In: M. Swartz, A. Tuden e V. Turner (Eds.), *Political Anthropology*. Chicago: Aldine Publications, pp. 73-87.

Dozon, J.P. e N. Sindzingre

1986 "La santé dans le tiers-monde". *Prévenir* XII:43-52.

Erasmus, C.J.

1952 "Changing folk beliefs and the relativity of empirical knowledge". *Southwestern Journal of Anthropology* 8:411-428.

Evans-Pritchard, E.E.

1937 *Witchcraft, Oracles and Magic Among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

Fabrega, H.Jr.

1972 "Medical Anthropology". *Biennial Review of Anthropology*: 167-229.

1975 "The Need for an ethnomedical science. The study of medical systems comparatively has important implications for the social and biological sciences". *Science* 189(4207):969-975.

Foster, G.M.

1962 *Traditional Cultures and the Impact of Technological Change*. New York: Harper and Row.

1976 "Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems". *American Anthropologist* 78(4):773-782.

1983 "Introduction à l'ethnomédecine". In: R. H. Bannerman, J. Burton e Ch'en Wen-Chieh (Eds.), *Médecine traditionnelle et couverture des soins de santé. Textes choisis à l'intention des administrateurs de santé*. Genève: OMS, pp. 17-24.

Frake, C.O.

1961 "The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao". *American Anthropologist* 63:113-132.

Genest, S.

1978 "Introduction à l'ethnomédecine: essai de synthèse". *Anthropologie et Sociétés* 2(3):5-28.

Glick, L.B.

1967 "Medicine as an Ethnographic Category: the Gimi of the New Guinea Highlands". *Ethnology* 6:31-36.

Gould, H.A.

1957 "The implications of technological change for folk and scientific medicine". *American Anthropologist* 59:507-516.

1965 "Modern Medicine and Folk Cognition in Rural India". *Human Organization* 24:201-208.

Hallowell, A.I.

1941 "The Social Function of Anxiety in a Primitive Society". *American Sociological Review* VI:869-881.

Hahn, R. e A. Kleinman

1983 "Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions". *Annual Review of Anthropology* 12:305-333.

Hughes, C.C.

1968 "Ethnomedicine". In: *The International Encyclopedia of the Social Science and Medicine* 10:87-93. New York: Free Press/Macmillan.

Imperato, P.J.

1977 *African folk medicine. Practices and beliefs of the Bambara and*

other peoples. Baltimore: York Press Inc.

Janzen, J.

1978 *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.

Kleinman, A.

1980 *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderline Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Kunstadter, P.

1976 "Do Cultural Differences Make Any Difference? Choice Points in Medical Systems Available in Northwestern Thailand". In: A. Kleinman et al. (Eds.), *Medicine in Chinese Cultures: Comparative Studies of Health Care in Chinese and Other Societies*. Washington D.C.: DHEW Publication, pp. 351-384.

Landy, D.

1974 "Role Adaptation: Traditional Curers under the Impact of Western Medicine". *American Ethnologist* 1(1):103-126.

Langdon, J.E.

1974 *The Siona Medical System: Beliefs and Behavior*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Tulane.

Langdon, E.J. e R. MacLennan

1979 "Western Biomedical and Sibundoy diagnosis: an Interdisciplinary Comparison". *Social Science and Medicine* 13B:211-220.

Leslie, C. (Ed.)

1980 "Medical pluralism in world perspective". *Social Science and Medicine* 14B(4):191-195.

Lieban, R.W.

1960 "Sorcery, Illness and Social Control in a Philippine Municipality". *Southwestern Journal of Anthropology* 16:127-143.

1962 "The dangerous Inkantos: Illness and social control in a Philippine community". *American Anthropologist* 64:306-312.

1977 "The Field of Medical Anthropology". In: D. Landy (Ed.), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Publishing Co./London: Collier Macmillan Publ., pp. 13-31.

Mitrani, P.

1983 "L'anthropologie médicale aux Etats-Unis et la place de l'ethno-médecine". In: A. Retel-Laurentin (Ed.), *Une anthropologie médicale en France? Exposés et débats de la Table Ronde "Santé et sciences humaines"*, Paris: Editions du CNRS, pp. 19-22.

Montagner-Melatti, D.

1985 *O Mundo dos espíritos. Estudo etnográfico dos ritos de cura Marúbo*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Brasília.

Nyamwaya, D.

1987 "A Case Study of the Interaction between Indigenous and Western Medicine among the Pokot of Kenya". *Social Science and Medicine* 25(12):1277-1287.

Polgar, S.

1962 "Health and human behavior: Areas of interest common to the social and medical sciences". *Current Anthropology* 3(2):159-205.

Press, I.

1969 "Urban Illness: Physicians, Curers and Dual Use in Bogota". *Journal of Health and Social Behavior* 10(3):209-218.

Rivers, W.H.R.

1924 *Medicine, Magic and Religion*. London: Kegan Paul.

Rubel, A.J.

1960 "Concepts of disease in Mexican-American culture". *American Anthropologist* 62:795-814.

Scotch, N.A.

1963 "Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology*: 30-68.

Seijas, H.

1969 *Medical System of the Sibundoy Indians*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Tulane.

Simmons, O.

1955 "Popular and modern medicine in mestizo communities of coastal Peru and Chile". *Journal of American Folklore* 68:37-71.

Sindzingre, N.

1983 "L'interprétation de l'infortune: un itinéraire Senoufo (Côte d'Ivoire)". *Sciences sociales et santé* 3-4:7-36.

1984 "La nécessité du sens". In: M. Augé e C. Herzlich (Eds.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Editions des Archives Contemporaines (Ordres sociaux), pp. 92-122.

1985 "Tradition et biomédecine". *Sciences sociales et santé*, n° spécial *Anthropologie, sociétés et santé* III(3-4):9-26.

Sindzingre, N. et A. Zempléni

1981 "Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire". *Social Science and Medicine* 15B:279-293.

1982 "Anthropologie de la maladie". *Bulletin d'Ethnomédecine* 15:3-22.

Torrey, E.F.

1968 "The Case for the Indigenous Therapist". Palo Alto: Stanford University Department of Psychiatry (mimeo).

Turner, V.

1968 *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Ritual*. New York and Ithaca: Cornell University Press.

Wellin, E.

1977 "Theoretical Orientations in Medical Anthropology: Continuity and Change Over the Past Half-Century". In: D. Landy (Ed.), *Culture, Disease and Healing. Studies in Medical Anthropology*. New York: Macmillan Publishing Co./London: Collier Macmillan Publ., pp. 47-58.

Worsley, P.

1982 "Non-western medical systems". *Annual Review of Anthropology* 11:315-348.

Young, A.

1976 "Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology". *American Anthropologist* 78(1):5-24.

Young, J.C.

1981 "Non-use of physicians: methodological approaches, policy implications and the utility of decision models". *Social Science and Medicine* 15B:499-507.

Zempléni, A.

1982 "Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique". *Archives des Sciences Sociales des Religions* 4/1:5-19.

1985 "La 'maladie' et ses 'causes'. Introduction". *L'Ethnographie*, n° spécial: *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture* LXXXI(96-97):13-44.

EFEITO ADAPTÓGENO OU RESISTÓGENO DE ALGUMAS PLANTAS

Elisaldo L. de ARAUJO CARLINI()*

Introdução

1. DEFINIÇÃO DO EFEITO ADAPTÓGENO OU RESISTÓGENO

De acordo com uma clássica revisão (Brekhman & Dardymov, 1969a) uma planta ou substância com efeito resistógeno ou adaptógeno deveria obedecer a três critérios:

“a) um adaptógeno deveria ser inócuo e causar apenas mínimas alterações nas funções fisiológicas de um organismo;

b) a ação de um adaptógeno deveria ser não específica, isto é, deveria aumentar a resistência a influências adversas de uma grande gama de fatores de natureza física, química ou biológica;

c) um adaptógeno deve possuir uma ação normalizadora, não importando a direção das mudanças patológicas que ocorrerem (por ação dos agentes agressores) ”.

O conceito de drogas “adaptógenas ou resistógenas”, foi criado ao longo dos últimos 20-30 anos, graças às extensas pesquisas de cientistas soviéticos, japoneses, coreanos, etc. com várias plantas, principalmente

(*) Professor Titular de Psicofarmacologia, Escola Paulista de Medicina.

exemplares da família Araliaceae. O uso folclórico destes vegetais, alguns com história de milênios, sempre despertou a curiosidade e, ao mesmo tempo, a descrença da ciência ocidental. De fato, era difícil conciliar a praticamente total ausência de efeitos de extratos de tais plantas em preparações farmacológicas clássicas com as alegadas múltiplas ações terapêuticas relatadas pela medicina popular de vários países orientais (Fulder, 1980a e 1980b).

Foi somente quando a pesquisa com estas plantas seguiu um caminho totalmente diferente - isto é, não procurar efeitos agudos em animais normais ou em órgãos isolados, mas sim demonstrar a proteção após o uso crônico, de animais submetidos a vários agentes agressores - que foi possível demonstrar os efeitos típicos destas plantas e isolar vários de seus princípios ativos (Baranov, 1982; Fulder, 1980a e 1980b). Assim um adaptógeno pode ser definido como uma substância capaz de produzir um estado aumentado de resistência não-específica (*a state of unspecifically increased resistance*) em um organismo.

2. AS PLANTAS ADAPTÓGENAS

Entre as dez plantas adaptógenas estudadas na União Soviética, cinco já estão oficialmente aprovadas para uso terapêutico (Baranov, 1982): Panax ginseng, Aralia elata, Aralia cordata, Eleutherococcus senticosus (esta é usada no preparo físico dos astronautas soviéticos) e Oplopanax elatus. Além das plantas da família Araliaceae, plantas das famílias Compositae (Raponticum carthamoides e Carlina biebersteinnii), Crassulaceae (Rhadolia rosea) e Schizandraceae (Schizandraceae chinensis) foram também consideradas como adaptógenas (Brekhman & Dardymov, 1969a).

Sem sombra de dúvidas o P. ginseng é a mais conhecida e venerada de todas, sendo o seu uso conhecido há pelo menos 4.000 anos na China. Em uma breve revisão sobre a planta (Court, 1985) está dito:

“A antiga droga ginseng é considerada em alta estima na medicina chinesa há pelos menos 4.000 anos. No folclore chinês as raízes são uma fonte de saúde, força e felicidade e, especialmente para os idosos, a droga é ambos, um tônico e um afrodisíaco. Ela tem sido também recomendada para tratamento de anemia, diabetes, insônia, neurastenia, gastrite e impotência sexual. O ginseng continua a gozar grande popularidade como um agente anti-stress e antifadiga, que melhora o bem-estar do usuário. Um grande número de publicações

científicas e populares, está disponível concernente a sua história, uso, química e farmacologia, e pesquisa recente revelou a presença de pelo menos 13 saponinas glicosídeos complexos - os quais, por ação sinérgica, são responsáveis pela ação medicinal do ginseng. Pesquisa farmacológica revelou uma liberação mais eficiente da energia corporal e uso mais eficiente de glicogênio e dos fosfatos de alta energia durante exercícios, retardando a diminuição de ATP, glicogênio e fosfato de creatinina e o aumento dos ácidos pirúvico e lático que normalmente ocorrem durante o exercício físico pesado. Investigações posteriores confirmaram uma melhor habilidade de correr e escalar e uma aumentada capacidade de natação tanto em ratos como em seres humanos; nestes últimos há ainda uma melhora da performance intelectual tais como exercícios de telegrafia, prova de leitura e de melhor desempenho no teste de labirinto espiral. Tais resultados enfatizam o valor de pré-tratamento com ginseng para tarefas exigindo velocidade, precisão e determinação ("stamina"). O ginseng mostrou produzir um ação protetora em animais submetidos à exposição de calor ou frio ou estresses físicos tais como imobilização, aceleração radial positiva e baixa pressão. Embora não existam provas de ação afrodisíaca, o efeito normalizador do ginseng e de seus extratos produz uma sensação de bem-estar que encoraja a atividade sexual normal".

Ainda em relação a estes efeitos, de aumentar a resistência do organismo humano a vários estresses pelo uso contínuo do ginseng, o livro de Fulder (1980a) traz fascinantes descrições de experiências clínicas feitas na União Soviética.

3. QUÍMICA DAS PLANTAS ADAPTÓGENAS

Do ponto de vista químico, todas estas plantas possuem saponinas com estrutura de glicosídeos; alcalóides são freqüentemente ausentes. Assim, do Panax ginseng foram extraídas várias saponinas, denominadas de panaxosídeos, com estrutura glicosídica tetracíclica triterpenóide da série dammaran. Atualmente estas substâncias são também denominadas de ginsenosídeos. Do E. senticosus foram isolados oito glicosídeos denominados eleuterisídeos. A atividade adaptógena ou resistógena destes glicosídeos (saponinas) foi confirmada por vários autores (Brekhman & Dardymov, 1969a; Kaku et al., 1975; Kita et al., 1981; Baranov, 1982; Tsang et al., 1985).

4. METODOLOGIA PARA DETECTAR EFEITO ADAPTÓGENO

Abaixo serão transcritos alguns resultados obtidos com extratos e as substâncias obtidas do P. ginseng e E. senticosus, que dão idéia da metodologia empregada.

1. Takagi et al. (1972) e Saito et al. (1974) utilizaram uma correia horizontal sem fim (esteira rolante) para provocar um estado físico de exaustão e um agitador vai-e-vem de modo a produzir principalmente “fadiga psicológica” em camundongos. A capacidade física dos animais após os exercícios era medida por 5 parâmetros. Vários ginsenosídeos, mas principalmente o de sigla GRgl, produziram claro efeito antifadiga.

2. Brekhman & Dardymov (1969b) utilizaram uma corda rolante (corda sem fim) vertical que forçava camundongos caminharem até a fadiga. Os ginsenosídeos e eleuterosídeos mostraram nítido efeito antifadiga.

3. Kita et al. (1981) produziram stress em camundongos por submetê-los por 5 dias a temperaturas alternadas de 4° e 24° C, hora a hora, das 10:00 às 17:00 horas. Este stress produz queda de peso corporal, que foi bloqueada por vários ginsenosídeos. Um segundo tipo de stress consistia em submergir camundongos até o xifóide por 3 horas em água a 15° C. Várias saponinas puras, isolada ou conjuntamente, revelaram efeito anti-stress por este método.

4. Kaku et al. (1975) provocaram fadiga em camundongos por forçá-los a andar numa “roda giratória” a 12 rpm durante 30 minutos. Após este exercício a movimentação espontânea dos animais era muito diminuída, pela “fadiga” resultante do exercício forçado. Sete saponinas puras de P. ginseng, administradas por sete dias, eliminaram a fadiga dos animais.

5. Singh et al. (1983) administraram previamente por nove dias um extrato de ginseng a camundongos que foram infectados com um arbovirus. Enquanto no grupo control 100% dos animais morreram, no grupo tratado houve 40% de sobrevivência.

6. Hikino et al. (1985) utilizando culturas de hepatócitos de ratos intoxicados com tetracloreto de carbono ou galactosamina descreveram “proeminentes ações protetoras” (anti-hepatotóxicas) de vários ginsenosídeos e de suas agliconas.

7. Kim et al. (1970) verificaram que o extrato de ginseng administrado por 10 dias não modificava o teor de ácido ascórbico nas adrenais de ratos normais, mas quando os animais eram previamente submetidos a stress por frio ou calor o extrato inicialmente facilitava a depleção e posteriormente acelerava a restauração do teor da vitamina nas adrenais.

8. Hiai et al. (1979a) demonstraram que uma mistura de saponinas e vários ginsenosídeos puros produziam aumento do ACTH e corticosterona plasmáticos em ratos; o mesmo grupo de autores (Hiai et al., 1979b) também demonstrou que um ginsenosídeo aumentava o teor de AMP cíclico de maneira dose-dependente. Odani et al. (1986) confirmaram o efeito do ginsenosídeo Rg1 em aumentar a secreção de ACTH mesmo em células hipofisárias cultivadas *in vitro*.

9. Petkov (1978) utilizando ratos e um labirinto, mostrou que a administração prévia por 3 dias de um extrato de ginseng melhorava os índices de aprendizagem e memória dos animais. O mesmo extrato aumentava os níveis de dopamina e norepinefina e diminuía os de serotonina no tronco cerebral dos ratos, além de aumentar a atividade da adenil-ciclase no cortex cerebral.

10. Tsang et al. (1985 e 1986) trabalhando com fatias de cortex cerebral de ratos demonstraram que vários ginsenosídeos inibiam a captação e a liberação de noradrenalina e de outros neurotransmissores, sugerindo que os ginsenosídeos poderiam afetar a função cerebral e comportamentos através de uma regulação ou modulação da dinâmica funcional dos neurotransmissores cerebrais.

11. Itoh et al. (1989) observaram que camundongos tratados com extrato de raiz de P. ginseng duas vezes ao dia por 7 semanas consecutivas apresentavam um aumento da atividade motora, um aumento do metabolismo da serotonina no cerebelo e uma diminuição do metabolismo da dopamina, serotonina e noradrenalina em várias outras regiões cerebrais.

12. Medon et al. (1984) demonstraram que um extrato de E. senticosus, administrado tanto aguda como cronicamente, potenciava o tempo do sono de camundongos tratados com hexobarbital. Este efeito era devido a uma marcante inibição dos enzimas microssomais hepáticos. Os autores postu-

laram que esta inibição enzimática poderia estar envolvida nas ações dos eleuterossídeos.

13. Asano et al. (1986) estudaram os efeitos de um extrato de E. senticosus sobre a capacidade máxima de trabalho físico de seis voluntários jovens. O extrato continha principalmente dois eleuterossídeos denominados de A e B. Após tomarem o extrato duas vezes ao dia, por oito dias, os voluntários fizeram exercício em bicicleta ergométrica até a exaustão. Um aumento significativo de desempenho foi obtido em todos os quatro parâmetros medidos, em todos os voluntários, sendo especialmente notável o aumento de 23,3% do trabalho total devido ao extrato quando comparado a um aumento de 7,5% devido ao placebo. Este incremento seria devido ao aumento observado no metabolismo do oxigênio (tanto na capacidade máxima de captação de oxigênio como no pulso máximo de oxigênio).

5. SÍNTESE DA INTRODUÇÃO

Sumarizando os principais pontos podem ser enfatizados em relação às plantas adaptógenas:

- eram e são usadas na medicina popular mais para manter a boa saúde e aumentar a resistência do organismo aos agentes agressores externos;
- experimentalmente, em testes farmacológicos clássicos e administrados agudamente não apresentam efeitos dignos de nota;
- experimentalmente, administradas sob forma de pré-tratamento por variados períodos de tempo demonstram claros efeitos antifadiga, anti-stress e aumentam a resistência do organismo às agressões (tanto em animais como no homem);
- os efeitos acima são devidos a várias saponinas que parecem agir sinergisticamente;
- toda uma metodologia farmacológica especial foi desenvolvida para testar os efeitos adaptógenos ou resistógenos;
- embora tenham sido demonstrados efeitos sobre a suprenal, hipófise, sistema nervoso central, etc, não se pode dizer qual o mecanismo específico da ação adaptógena.

Plantas brasileiras adaptógenas?

Fulder (1980a) enfatiza que pela cultura popular da China e de outros países, as plantas adaptógenas eram e são usadas mais para manter ou obter

um bom estado de saúde do que para curar doenças. De fato, o ginseng era considerado como um dos mais importantes medicamentos reais, na classificação de Shen Nung. Estes medicamentos superiores ou reais eram indicados para uso constante, crônico, por pessoas saudáveis, em pequenas doses, afim de permitir o funcionamento harmônico do corpo e mente humanos. Nas doenças eram usados para restaurar a harmonia funcional do organismo; não eram, portanto, agentes etiológicos e assim eram indicados para uma vasta gama de patologias.

No Brasil, até o presente, a comunidade científica parece não ter dirigido a atenção no sentido de investigar se entre a nossa vasta flora poderiam existir plantas com ação adaptógena. Assim, não é possível encontrar-se trabalhos científicos sobre o assunto.

Entretanto, pela nossa medicina popular é indiscutível que algumas plantas são usadas pelas populações interioranas e mesmo pelos remanescentes de nossos índios com finalidades que lembram bastante as medicinas folclóricas da China e de outros países. O guaraná (Paulinia cupana), a catuaba (Anemopaegma mirandum) e a Pfaffia paniculata são claros exemplos.

Abaixo daremos breve descrição do guaraná.

Guaraná. Em uma revisão para leigos, mas muito cuidadosa, Nazario (1989) cita a lenda dos índios Sateré-Maués sobre o guaraná: “e daí surgiu o verdadeiro guaraná. Onhiamuaçabê exclamou: ‘Tu, meu filho, serás a maior força da natureza. Farás o bem a todos os homens, livrando-os de certas doenças e curando-os de outras’ ”.

“Dá para perceber que, desde o primeiro momento, atribui-se ao guaraná poderes preventivos e curativos. A longa lista de qualidades (sem comprovação pela ciência) inclui virtudes contraditórias: é indicado tanto para controlar diarreias e disenterias como no alívio da prisão de ventre. Além disso, a medicina popular o aconselha para nevralgia, enxaqueca, má digestão, arteriosclerose, hemorragias, dores musculares, cólicas menstruais, sudorífero, emagrecedor, diurético, estimulante cerebral e cardíaco, ativador renal e dinamizador de atividade física em geral. Não bastassem os efeitos físicos, o guaraná também seria útil no combate a depressões nervosas, ao devolver otimismo, gerar maior disposição mental e evitar ou retardar fadiga. Restaria ainda uma virtude (discutível, claro), muito apregoada pelo fã-clubê da frutinha: teria poderosa ação afrodisíaca”.

O antropólogo A. Henman (1986) na sua obra sobre o guaraná descreve o uso do guaraná pelos índios Sateré-Maués, que vivem na atualidade próximos dos rios Marau e Urupadi na Amazônia; acentua que o uso é sob forma de preparado aquoso, diluído, e ingerido várias vezes ao dia, a longo prazo. Cita ainda que o guaraná, desde há séculos atrás, tem entre os índios e caboclos a fama de: ser estimulante e profilático, ser útil no tratamento de certos males comuns, mitigar os efeitos do jejum prolongado, ser eficaz contra dores de cabeça, febres e câibras, atenuar os efeitos do calor, conferir energias extras, tornar o corpo leve; finalmente Henman (*op. cit.*) reproduz dizeres de um médico realmente entusiasta do guaraná (Dr. Luiz Pereira Barreto):

“... foi ele (o bugre brasileiro) quem pôs nas nossas mãos o mais seguro meio de removermos para bem longe a velhice, garantindo ao nosso organismo, em longa primavera, as vantagens que são o apanágio da mocidade”.

Vários livros sobre plantas medicinais publicados no Brasil, trazem listas das indicações terapêuticas do guaraná que são praticamente semelhantes entre si e reproduzidas nas duas publicações acima citadas (Hoehne, 1939; Balbachas, 1957; Silva et al., 1977; Sangirardi Jr., 1981; Cruz, 1982; Anônimo, 1983; Corrêa, 1984; Balbach, s.d.).

Quanto à classificação botânica, tanto Corrêa (1984) como Henman (1986) descrevem o guaraná como sendo da família Sapindaceae, com duas subespécies: Paulinia cupana var. Sorbilis (Mart.) Ducke que seria o guaraná verdadeiro do Brasil crescendo no baixo Amazonas e Paulinia cupana HBK, var. typica do alto Orenoco também chamado popularmente de cupana e yocco na Colômbia e Venezuela.

Quimicamente o guaraná se caracteriza pelo alto teor da base xântica cafeína, possuindo ainda em menor quantidade as bases teofilina e teobromina. É bastante reconhecido que estas substâncias não possuem ações farmacológicas que expliquem todos os efeitos terapêuticos alegados popularmente. De fato, o efeito estimulante central da cafeína não explicaria a maior parte daqueles efeitos (Benowitz, 1990).

Por outro lado, está descrita a presença no guaraná de altas concentrações de taninos - 4% a 6% segundo Henman (1986) e até 12% segundo Maia

(comunicação pessoal) - o que possivelmente explica alguns de seus efeitos terapêuticos, dado recentes trabalhos sobre este grupo de substâncias (ver adiante).

Há ainda a considerar a presença de saponinas no guaraná, o que também poderia ter significado especial à luz do que foi dito sobre os princípios ativos das plantas reconhecidamente adaptógenas. É interessante notar que o antropólogo Henman (1986), que usou o guaraná por muito tempo de acordo com os costumes índios, menciona estes dois grupos de substâncias no guaraná, comparando-o com o ginseng, ao tentar explicar leigamente (como antropólogo que é) toda a gama de efeitos da planta.

Em relação aos taninos presentes no guaraná, é necessário fazer uma rápida análise prévia sobre a ação de radicais livres (oxiradicais), para entender-se um possível efeito resistógeno ou adaptógeno dos taninos.

Radicais livres são moléculas altamente reativas que podem causar lesões teciduais ao reagir com os ácidos graxos poliinsaturados das membranas celulares, nucleotídeos do DNA e pontes sulfidríla de proteínas. Estes radicais são originários de reações metabólicas normais do organismo e existem evidências de que contribuem para a etiologia de muitas moléstias crônicas como enfizema, processos inflamatórios, artrites, problemas cardiovasculares, catarata e câncer (Machlin & Bendich, 1987). Atribui-se ainda aos oxiradicais a participação no processo normal do envelhecimento, na moléstia de Parkinson, isquemia e hipoxia cerebral (Cand & Verdeti, 1989; Bentue-Ferrer et al., 1989). Experimentalmente, sabe-se que a destruição do pâncreas pela droga aloxana (diabete aloxânico) deve-se ao fato de que esta droga promove produção de altas concentrações de radicais livres de oxigênio naquele órgão (Heikkila et al., 1976).

Portanto, substâncias capazes de seqüestrar (ou inutilizar) os radicais livres deveriam ter, e de fato têm, o poder de proteger os organismos contra os efeitos deletérios daqueles metabolitos tóxicos. Três substâncias de origem vegetal - vitamina E, vitamina C e os carotenóides - têm esta propriedade e existem evidências laboratoriais e epidemiológicas de que elas são úteis como profiláticas para muitas das patologias acima citadas, inclusive câncer (Machlin & Bendich, 1987; Krinski, 1989). É também pertinente que o diabete-aloxânico pode ser prevenido experimentalmente pela administração de vitamina C (Bodannes & Chan, 1979) e vitamina E (Slonin et al., 1983).

Recentemente, demonstrou-se que certos polifenóis (taninos vegetais) são capazes de seqüestrar radicais livres sendo, portanto, ativos contra uma

série de alterações patológicas resultantes dos ataques destes agentes. Assim Yoshizawa et al. (1987) demonstraram que a (-) - epigallocatechin gallate, o principal composto polifenol do chá verde usado pelos japoneses, é capaz de inibir o crescimento de câncer experimental de camundongos e tem também ação antimutagênica; estes autores comentam ainda que os habitantes de regiões japonesas onde o consumo de chá verde é grande, apresentam uma incidência de câncer do trato gastrointestinal significativamente menor que em outras regiões. Simeray et al. (1982) atribuem a ação fungicida ampla do extrato de algumas plantas à presença de taninos condensados catéquicos. Chisaka et al. (1988) demonstraram em ratos que a (-) - epigallocatechin gallate obtida das folhas do chá é capaz de inibir a absorção intestinal de colesterol exógeno e de aumentar a eliminação do colesterol endógeno, sugerindo então ser útil na prevenção e tratamento da hipercolesterolemia. Ainda recentemente, Okuda et al. (1989) fazem uma ampla revisão sobre os efeitos medicinais das elagitaninas vegetais.

Obviamente, então, a alta concentração de taninos no guaraná poderia explicar algumas das alegadas ações terapêuticas populares obtidas através do uso contínuo e crônico pela população.

Referências bibliográficas

Anônimo

1983 *Plantas que curam*. São Paulo: Edições Três Livros.

Asano, K., T. Takahashi, M. Miyashita, A. Matsuzaka, S. Muramatsu, M. Kuboyama, H. Kuga e J. Imai

1986 "Effects of Eleutherococcus senticosus extract on human physical working capacity". *Planta Medica* 3:175-177.

Balbach, A.

s.d. *A flora nacional na medicina doméstica*. São Paulo: A Edição do Lar (11ª edição).

Balbachas, A.

1957 *As plantas curam*. São Paulo: A verdade presente (5ª edição).

Baranov, A.I.

1982 "Medicinal uses of ginseng and related plants in the Soviet Union:

recent trends in the Soviet literature". *Journal of Ethnopharmacology* 6:339-353.

Benowitz, N.L.

1990 "Clinical pharmacology of caffeine". *Annual Review of Medicine* 41:277-288.

Bentue-Ferrer, D., V. Philocuse, D. Pape, J.M. Reymann, H. Allain e J. van den Driessche

1989 "Comparative evaluation of scavenger properties of exifone, piracetam and vinburnine". *Fundamental and Clinical Pharmacology* 3:323-328.

Bodannes, R.S. e P.C. Chan

1979 "Ascorbic acid as a scavenger of singlet oxygen". *Federation of the European Biochemical Societies Letter* 105:195-196.

Brekhman, I.I. e I.V. Dardymov

1969a "New substances of plant origin which increase nonspecific resistance". *Annual Review of Pharmacology* 9:419-430.

1969b "Pharmacological investigation of glycosides from Ginseng and Eleutherococcus". *Lloydia* 33: 46-51.

Cand, F. e J. Verdeti

1989 "Superoxide dismutase, glutathione peroxidase, catalase, and lipid peroxidation in the major organs of the aging rats". *Free Radical Biology and Medicine* 7:59-63.

Chisaka, T., H. Matsuda, Y. Kubomura, M. Mochizuchi, J. Yamahara e H. Fujimura

1988 "The effect of crude drugs on experimental hypercholesterolemia: mode of action of (-) -epigallocatechin gallate in tea leaves". *Chemical Pharmaceutical Bulletin* 36:227-233.

Corrêa, M. P.

1984 *Dicionário das plantas úteis do Brasil e das exóticas cultivadas*. Brasília: Ministério da Agricultura/IBDF (reimpressão sem alterações da edição publicada em 1926).

Court, W.E.

1985 "The doctrine of signatures or similitudes". *Trends in Pharmacological Sciences (TIPS)* 6:225-227.

Cruz, G.L.

1982 *Dicionário das plantas úteis do Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira (2ª edição).

Fulder, S.

1980a *The root of being. Ginseng and the pharmacology of harmony*. London: Hutchinson and Co.

1980b "The drug that builds Russians". *New Scientist* 87: 575-579.

Heikkila, R.E., B. Wiston e G. Cohen

1976 "Alloxan-induced diabetes evidence for hydroxyl radical as a cytotoxic intermediate". *Biochemical Pharmacology* 25:1085-1092.

Henman, A.

1986 *Vida natural - o Guaraná: sua cultura, propriedades, formas de preparação e uso*. São Paulo: Ed. Global/Ground (2ª edição).

Hiai, S., H. Yokoyama, H. Oura e S. Yano

1979a "Stimulation of pituitary-adrenocortical system by Ginseng saponin". *Endocrinology Japonica* 26:661-665.

Hiai, S., S. Sasaki e H. Oura

1979b "Effect of ginseng saponin on rat adrenal cyclic AMP". *Planta Medica* 37:15-19.

Hikino, H. Y. Kiso, J. Kinouchi, S. Sanada e J. Shoji

1985 "Antihepatotoxic actions of ginsenosides from Panax ginseng roots". *Planta Médica* 1:62-65.

Hoehne, F.C.

1939 *Plantas e substâncias tóxicas e medicinais*. São Paulo: Departamento de Botânica do Estado de São Paulo.

- Itoh, T., Y.F Zang, S. Murai e H. Saito
1989 "Effects of Panax ginseng root on the vertical and horizontal activities and on brain monoamine-related substances in mice". *Planta Médica* 55:429-433.
- Kaku, T., T. Miyata, T. Uruno, I. Sako e A. Kinoshita
1975 "Chemico-pharmacological studies on saponins of Panax ginseng C.A. Mayer". *Arzneimittel Forschung (Drug Research)* 25: 539-547.
- Kim, C., C.C. Kim, M.S. Kim, C.Y. Ku e J.S. Rhe
1970 "Influence on ginseng on the stress mechanism". *Lloydia* 33:43-48.
- Kita, T., T. Hato, Y. Kawashima, T. Katu e E. Itoh
1981 "Pharmacological actions of ginseng saponin in stress mice". *Journal of Pharmacobio-Dynamics* 4:381-393.
- Krinski, N.I.
1989 "Antioxydant functions of carotenoids". *Free Radical Biology and Medicine* 7:617-635.
- Machlin, L.J. e A. Bendich
1987 "Free radical tissue damage: protective role of antioxidant nutrients". *FASEB Journal* 1:441-445.
- Medon, P.J., P.W. Ferguson e C.F. Watson
1984 "Effects of Eleutherococcus senticosus extracts on hexobarbital metabolism *in vivo* and *in vitro*". *Journal of Ethnopharmacology* 10:235-241.
- Nazario, M.
1989 "Guaraná - a energia da floresta". *Saúde* 6:40-51.
- Odani, T., Y. Ushio e A. Arichi
1986 "The effect of ginsenosides on adrenocorticotropin secretion in primary culture of rat pituitary cells". *Planta Médica* 3:177-179.

- Okuda, T., T. Yoshida e T. Hatano
1989 "Ellagitannins as active constituents of medicinal plants". *Planta Médica* 55:117-122.
- Petkov, V.
1978 "Effect on ginseng on the brain biogenic monoamines and 3', 5' - AMP system". *Arzneimittel Forschung (Drug Research)* 20:388-393.
- Saito, H., Y. Yoshida e K. Takagi
1974 "Effect of Panax ginseng root on exhaustive exercise in mice". *Japanese Journal of Pharmacology* 24:119-127.
- Sangirardi, Jr.
1981 *Plantas Eróticas*. Rio de Janeiro: Ed. Codecri.
- Silva, M.F., P.L.B. Lisboa e R.C.L. Lisboa
1977 *Nomes vulgares de plantas amazônicas*. Brasília: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq)/Manaus: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia (INPA).
- Simeray, J., J.P. Chaumont, F. Bevalot e J. Vaquette
1982 "Les propriétés antifongiques des cistacées et plus particulièrement de Cistus laurifolius L.: rôle des tanins non hydrolysables". *Fitoterapia* 1/2:45-48.
- Singh, V.K., C.X. George, N. Singh, S.S. Agarwal e B.M. Gupta
1983 "Combined treatment of mice with Panax ginseng extract and interferon inducer". *Planta Médica* 47:234-236.
- Slonim, A.E., M.L. Surber, D.L. Page, R.A. Sharp e I.M. Burr
1983 "Modification of chemically induced diabetes in rats by vitamin E. Supplementation minimizes and depletion enhances development of diabetes". *Journal of Clinical Investigation* 71:1282-1288.
- Takagi, K., H. Saito, C.H. Lee e T. Hayashi
1972 "Pharmacological studies on fatigue. I." *Japanese Journal of Pharmacology* 22:17-26.

Tsang, D., H.W. Yeung, W.W. Tso e H. Peck

1985 "Ginseng saponins: influence on neurotransmitter uptake in rat brain synaptosomes". *Planta Médica* 3:221-224.

Tsang, D., K.W. Tse, P.C. Tsang e H.L. Wen

1986 "Ginsenoside modulates K⁺ stimulated noradrenaline release from rat cerebral cortex slices". *Planta Médica* 4:266-269.

Yoshizawa, S., T. Horiuchi, H. Fugiki, T. Yoshida, T. Okuda e T. Sigimura

1987 "Antitumor promoting activity of (-)-epigallocatechin gallate, the main constituent of "tannin" in green tea". *Phytotherapy Research* 1: 44-47.



**REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS
DAS MEDICINAS TRADICIONAIS**

INTRODUÇÃO

Dominique Buchillet

As representações e práticas médicas tradicionais foram, durante muito tempo, consideradas como objetos exóticos, desprovidos de coerência e eficácia, característicos de sociedades e culturas subdesenvolvidas e destinados a desaparecer com a implementação e disseminação da medicina ocidental. O trabalho *Medicine, Magic and Religion* (London: Kegan Paul, 1924), de Rivers, foi o primeiro passo decisivo na direção de reabilitar as medicinas tradicionais. Nesse livro, ele articulou essas representações e práticas com outros aspectos da cultura e organização social e demonstrou sua lógica e coerência interna, isto é, que elas fazem sentido quando colocadas no contexto sócio-cultural onde ocorrem.

Todavia, apesar do importante legado da obra de Rivers, essas representações e práticas receberam uma atenção marginal por parte da antropologia, sendo, durante muitos anos, integradas a análises mais globais do pensamento tradicional, dos sistemas religiosos, mágicos ou rituais, ou seja, utilizadas como “variáveis dependentes” (Young, A. “Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology”, *American Anthropologist* 1976:78:5-24), possibilitando o entendimento destes sistemas culturais. Só recentemente é que elas se constituíram num objeto de estudo autônomo e foram abordadas de maneira sistemática.

Existem hoje numerosos trabalhos de antropólogos que tratam das concepções tradicionais da saúde e da doença; representações do corpo e da pessoa; categorias etiológicas das doenças; técnicas de diagnóstico e de cura; estratégias terapêuticas; estrutura e papel social dos rituais terapêuticos; concepção da eficácia terapêutica; práticas profiláticas; categorias, for-

mação, status, função e atributos dos curadores tradicionais; relação terapeuta-paciente-comunidade no processo de cura; questão da articulação dos sistemas médicos; papel dos curadores tradicionais nos sistemas oficiais de saúde, etc. Todos estes trabalhos, além de esclarecer as concepções e práticas relativas à saúde e doença de uma sociedade particular, oferecem *insights* e aplicações possíveis para a própria prática clínica ocidental, particularmente no que se refere aos mecanismos da eficácia terapêutica, à relação médico-paciente e à concepção multicausal da doença.

REPRESENTAÇÕES TRADICIONAIS DA DOENÇA ENTRE OS KUIKURO (Alto Xingu)

Cibele BARRETTO LINS VERANI ()*

Os Kuikuro, grupo Karibe da região Alto Xinguana, percebem a doença como uma agressão externa à pessoa, materializada na forma de objetos ou de substâncias introduzidas no corpo do doente⁽¹⁾. Esta agressão, (*tuéla ihéke* “ele nos matou, feriu, flechou”) é originada por espíritos ou feitiçaria. A quebra de regras restritivas, principalmente alimentares e sexuais, por uma pessoa ou por membros de seu grupo de substância, e a contaminação pelo sangue menstrual e do parto, também são causas de doenças.

Introdução etnológica

Os Kuikuro fazem parte da sociedade Alto Xinguana e compartilham com os demais grupos da região o mesmo sistema ritual, a mitologia e a organização sócio-política.

(*) Antropóloga, Pesquisadora auxiliar do Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas (NESPI), Fundação Oswaldo Cruz.

(1) Este trabalho é uma primeira análise de dados parciais coletados em uma pesquisa em andamento entre os Kuikuro do Alto Xingu. Os resultados estão, portanto, sujeitos a modificações determinadas pela continuidade da pesquisa. Agradeço os comentários de E. B. Viveiros de Castro, com quem discuti este trabalho. A Bruna Franchetto, e principalmente a Dominique Buchillet, cujas sugestões detalhadas fizeram-no uma obra coletiva, minha gratidão.

A região do Alto Xingu está situada nas terras banhadas pelos rios formadores do Xingu, afluente do Amazonas, dentre os quais se destacam o Culuene, o Batovi e o Culiseu. É habitada por vários grupos indígenas de diferentes famílias lingüísticas. O etnólogo alemão Karl von den Steinen (1940) foi o primeiro a visitá-los, em 1884, e encontrou, na época, uma população de cerca de três mil índios dispersa em várias aldeias: Kuikuro, Kalapalo, Matipú, Nahukwá, Aipátse e Bakairi, da família lingüística Karibe; Kamaiurá e Aweti, ambos Tupi; Waurá, Mehinako e Yawalapfti, do grupo Aruak; e Trumai, um grupo isolado. Após este contato e com a depopulação (hoje há cerca de mil índios) provocada em parte pelas epidemias (Mota, 1955), os Alto-Xinguanos vêm restringindo-se basicamente a uma aldeia por grupo tribal, considerando-se a extinção dos Bakairi na área e a unificação dos Matipu e Nahukwá em uma única aldeia.

Já à época das primeiras descrições etnográficas, enfatizou-se a uniformidade dos diferentes grupos indígenas que habitam a região do Alto Xingu em relação à cultura material, parentesco, ritual, mitologia, organização social, política e econômica. Galvão (1979) definiu esta situação como de aculturação intertribal, denominando a região de “área do uluri” (uma peça da indumentária feminina), aplicando-lhe o conceito de “área cultural”. A homogeneidade cultural resultante dos mecanismos de integração intertribal inspirou vários estudos (Galvão, 1979; Zarur, 1975), embora outros enfatizassem, como os próprios índios, a existência de diferenças como marcadoras de uma identidade própria, que são apontadas nas variantes de grau de contraste de classe e de origem da chefia, das normas de casamento preferencial, dos mitos de origem, de detalhes no código de conduta, das práticas de reclusão pubertária, das crenças sobre a concepção e a filiação, da língua e, finalmente, da especialização artesanal - que fornece a base da troca cerimonial entre os diversos grupos do Alto Xingu (ver Howard, 1982:10).

Os grupos indígenas da área caracterizam-se por uma economia de subsistência baseada na pesca, na agricultura da mandioca amarga, segundo o sistema de coivara, na caça e na coleta. A unidade econômica e social mínima é a “casa” (âné) onde habita um grupo familiar extenso (ótomo) formado por parentes consanguíneos e afins reunidos em torno de um homem adulto, o “dono da casa” (âné otó).

O sistema de parentesco é bilateral; as regras de residência privilegiam a uxorilocalidade inicial; há casamento preferencial entre primos cruzados, poliginia simples e sororal e o levirato. O divórcio é freqüente, tanto

quanto o adúlterio e o casamento intertribal.

A divisão do trabalho é baseada no sexo e na idade, havendo atividades individuais e coletivas onde a complementaridade entre as tarefas masculinas e femininas é fundamental. O artesanato segue esta divisão sexual do trabalho, tendendo à complementaridade. Cada aldeia é reconhecida como especialista em determinado artigo. A especialização artesanal, interna e entre as várias aldeias, enfatiza a importância dos rituais de troca intra e intertribais.

As casas são distribuídas circularmente na aldeia, formando um pátio interno no centro do qual os donos de casas se reúnem ao final da tarde para trocar informações, decidir consensualmente uma atividade coletiva ou dividir doações de comida e objetos. Os rituais realizam-se no centro, espaço público e masculino por excelência, com exceção de alguns ritos introdutórios que são realizados no interior das casas ou "no mato". As casas são espaços privados, femininos, onde são realizadas as atividades de reprodução da vida e processamento alimentar pela cozinha.

Cada chefe de casa é representante de seu grupo familiar no conselho político do centro da aldeia. Entre eles, há uma divisão entre "grandes" e "comuns" segundo a filiação dentro do grupo e uma linha de descendência pura de chefia. Um chefe de aldeia deve, entre outras características, ser anetã, ou seja, ser descendente de uma "linhagem" de chefes daquela aldeia. Como a frequência de casamentos intertribais dificulta a manutenção desta pureza ideal da descendência, a mestiçagem é um argumento muito utilizado nas disputas faccionais, e no questionamento da liderança. A ascendência "nobre" de um indivíduo permite o aprendizado da "fala do chefe", código altamente formalizado (ver Franchetto, 1986), que, aliado a características pessoais de liderança forjadas durante sua formação, habilita um indivíduo às funções de chefia. Estas são bastante restritas, limitando-se a funções rituais de coordenação e mediação interna. Todavia, a chefia é bastante instável, pois sendo a sociedade Alto-Xinguana igualitária, é permeada por disputas faccionais pela liderança. As casas organizam-se, segundo laços de parentesco e aliança, em facções opostas internas à aldeia, no contexto de intensa luta por prestígio e rivalidade entre líderes faccionais que disputam a chefia. Embora se considere que só há um chefe tradicional, as disputas faccionais motivam demonstrações públicas de "generosidade" na forma de doações de alimentos e bens e nas acusações veladas de feitiçaria disseminadas por boatos. Este quadro igualitário - porém instável, devido à competitividade latente entre membros de uma aldeia - remete

à possibilidade sempre presente da eclosão de conflitos sociais na forma de acusações públicas e retaliação por feitiçaria e na fissão de aldeias. As acusações de feitiçaria, no entanto, são preferencialmente formalizadas em relação a outras aldeias, onde os casamentos intertribais tecem alianças e constituem opções de fuga nos momentos de crise interna.

A rivalidade intertribal e as alianças de casamento em outras aldeias fazem parte de um nível mais abrangente de relações políticas, aproximando grupos de aldeias que se unem em determinados contextos em função de disputas intertribais. Desta forma, os diversos grupos Karibe podem se unir em uma disputa com um outro grupo Aruak, por exemplo; ou mesmo uma determinada facção de um grupo Karibe pode se aliar a outra facção de um grupo Aruak, em oposição, por exemplo, a um grupo Tupi. É neste contexto das relações intertribais e faccionais que as relações com os índios não Alto-Xinguanos ou “índios bravos”, e os “brancos” se inserem. Por oposição aos outros, os Alto-Xinguanos afirmam sua identidade de “civilizados” e expressam sua unidade. Contudo, nada impede que, em certos contextos de disputa aberta, sejam feitas alianças com os brancos, por exemplo, com o propósito de reforçar determinadas facções e grupos. A rivalidade é estrutural, tendendo sempre a um equilíbrio instável.

O princípio que parece reger a lógica da organização sócio-política, articulando e opondo suas categorias sociais, é o das oposições binárias. Estas categorias, porém, organizam-se em níveis que formam esferas concêntricas de distância social. Embora cada categoria constitua um termo num par de oposições, num nível seguinte este mesmo par torna-se um termo oposto a outro. Assim, pode-se falar de um “continuum” segmentado que relaciona níveis de identidade social: homens/ mulheres; afins/consangüíneos; facção/facção; aldeia/aldeia; Alto-Xinguanano/não Alto-Xinguanano.

Cosmologia

Este mesmo “continuum” segmentado é encontrado nas classificações do espaço presentes na cosmologia: centro da aldeia/periferia; aldeia/mato; terra/água; céu/fundo da água. É no centro da aldeia, espaço masculino e público por excelência, que a cultura encontra sua expressão mais nítida: seja nos rituais interaldeias, seja nas lutas, e como centro das decisões coletivas feitas pelos homens chefes de *ótomo*, a unidade social mínima. Na periferia, espaço feminino por excelência, dão-se as transformações da Natureza em Cultura: os partos, as reclusões que ritualizam os momentos

liminares entre os estados do ciclo vital, o processamento da mandioca, a cozinha, as curas xamanísticas. Na mata que circunda a aldeia, cortada por caminhos e roças, têm-se relações sexuais, vivem os animais (muitos deles perigosos) e certos espíritos que “ajudam” as doenças (ver *infra*). É um dos espaços da natureza, junto ao das águas da superfície de rios e lagos, onde os peixes e os espíritos **kotompáni** dominam. O céu é dos pássaros, dos mortos e dos heróis mitológicos. No subsolo ou “no fundo das águas” vivem os espíritos terríveis que “comem mesmo” (ver *infra*). Esta cosmologia que opõe categorias ontológicas reflete, no entanto, a presença de cada domínio (Natureza, Cultura e Sobrenatureza) no seio do outro, apresentando gradações em que cada termo, mediando sobre os outros dois, integra-os dialeticamente (ver Viveiros de Castro, 1977).

Os espíritos (**itséke**) são seres sobrenaturais ou mitológicos, antropomorfos ou animais, que possuem características “monstruosas” afastando-os do padrão humano. O termo que os define, **kwérâ**, como em yawalapíti o termo **kumã** (Viveiros de Castro, 1977), pode ser traduzido por “grande”, “verdadeiro”, ou “modelo original”, representando a relação de duplicação do mundo natural ou humano na Sobrenatureza, de forma que o real ou atual é uma réplica incompleta ou uma versão domesticada deste mundo espiritual ao qual se liga através da noção de “dono” ou “patrono” (**óto**). Assim, alguns espíritos são “donos” das plantas em que colocaram a qualidade de serem eméticos e os homens, ao utilizarem-nas, devem pedir licença aos **iñóto**, “donos de eméticos”. A mandioca tem dono também, **isúhu**, e qualquer incursão à roça pode trazer o risco de contato com este espírito, o qual, por outro lado, protege a mandioca da predação de animais e seres mitológicos. Os objetos rituais têm “donos”, como a flauta **jakuf** (**karútu**) que é possuída por um espírito do mesmo nome, um peixe ou ente da água, que transmite a um doente através de sonhos o atributo de “patrono” ou dono desta flauta. O indivíduo passa a ser, então, responsável por esta flauta - ou seu guardião - devendo presidir os rituais em que ela é tocada. O ritual de **kwampâ**, outro ente das águas, é transmitido em sonho durante um episódio de doença a membros do grupo que, após serem legitimados por consenso no centro da aldeia como “donos de **kwampâ**” têm o dever e o privilégio de patrocinar este ritual quando solicitados. Os rituais são realizados após a recuperação do doente como uma medida profilática em homenagem ao espírito “dono” do ritual, e para que este não provoque novamente a doença. Ser “dono” de um ritual é um privilégio, pois favorece uma exibição da capacidade produtiva de alimentos de sua unidade famili-

ar. O “dono” demonstra sua capacidade de liderança ao organizar grandes excursões de pesca. Sua generosidade manifesta-se através de grandes oferendas de alimento, peixe ou bebida de pequi. O ritual é, para seu “dono”, fonte de prestígio e de “riqueza”.

Dentre os espíritos, alguns “ajudam a doença”, os *itséke kotompáni*, através da agressão à alma ou sombra (*akúga*) da vítima com “flechas”, ou pelo seu raptio (roubo da alma). A simples visão destes espíritos que habitam o mundo, ou seja, as matas e campos onde localizam-se os caminhos, a superfície das águas, rios e lagoas, ou mesmo a periferia da aldeia, também ocasiona doenças. Há também os *itséke kukegêni*, os espíritos que “comem mesmo” as pessoas, figuras terríveis e arrasadoras que habitam as profundezas das águas. Se, somente por sua vontade, não eliminam completamente a vítima no instante de sua visão, devorando-a, é porque vieram anunciar-lhe a morte iminente⁽²⁾.

Os seres mitológicos e os espíritos de pássaros que habitam o céu, não têm relação com a doença. Na mitologia, os espíritos de pássaros são vistos como mais próximos à humanidade, pois possuem capacidade de emitir sons, “cantar”, como os humanos. Alguns rituais foram-lhes ensinados por estes espíritos. Assim como os pássaros reais (ver Basso, 1972), na mitologia, os espíritos de pássaros são objeto de uma relação especial de “adoção”, “são crias” dos heróis culturais, sendo protegidos e alimentados por eles. Do céu somente *isilu*, o Trovão, pode agredir as pessoas com seu raio, “batendo como machado nas árvores” e causando doença.

Os princípios básicos que organizam esta classificação dos espíritos referem-se aos domínios do céu, da superfície da água, da terra e das profundezas das águas e subsolo, configurando verdadeiros domínios cosmológicos. Estes são os princípios que parecem organizar também as regras alimentares que descrevo mais adiante.

Princípios de classificação das doenças

As representações *Kuikuro* das doenças compreendem uma hierarquia de gravidade baseada na intensidade e persistência dos sintomas. O comportamento

(2) A “visão” dos espíritos é fundamental. “Ver” é o modo de relacionamento com o Sobrenatural, atributo do *xamã*, que desenvolve este sentido de forma controlada. “Falar bem” é atributo do chefe e da humanidade em geral. “Ouvir” tem a mesma conotação dupla de entender, sendo atributo dos bons seguidores de um líder. “Ouvir” tem relação com a criação da vida nas rezas (*hagataí tintsóho*). Aos espíritos os “cheiros” aborrecem e podem provocar retaliações. Sobre as associações dos códigos dos sentidos, ver Viveiros de Castro (1978:31-33), Franchetto (1986) e Seeger (1975).

fora dos padrões sociais normais (interrupção das atividades rotineiras, comportamento exagerado e fora das regras), a permanência dos sintomas por longo tempo e, sobretudo, a perda dos sentidos, caracterizam a gravidade da doença. As doenças podem originar-se de agressões provocadas por espíritos ou por feiticeiros. Nos estados liminares, sejam reclusões (após o nascimento, na puberdade, durante o luto e na iniciação ao xamanismo) ou não (durante acontecimentos de doença, na menstruação e antes de lutas interaldeias), os Kuikuro consideram-se particularmente susceptíveis às doenças graves, o que implica no respeito a certas regras restritivas alimentares e das atividades - principalmente sexuais - como forma de preven-las.

1. CATEGORIAS NOSOLÓGICAS

Certas doenças são designadas por termos descritivos de sintomas. Assim, os Kuikuro denominam seus males como **tatúgi** (febre), **tuágki** (vômito), **titaliñâ** (coceira), **utálâ** (feridas na boca ou garganta), **uigurú ketuagkeínlâ** (tontura nos olhos, ou "olho virando"), **taheréne** (fraqueza), **uhagarâ itariñuntárâ** (vozes no ouvido) ou **ânái** (catarro), entre outros. Outro princípio de classificação das doenças, o de localização do sintoma no corpo, é expresso através da designação da parte do corpo afetada e o termo **ituguntárâ**⁽³⁾, que é traduzido por "doente" ou "dói"⁽⁴⁾. Desta forma, quando o doente é perguntado sobre o acontecimento da doença, responderá:

- **utilahurú ituguntárâ**, "meu peito está doente".

ou então

- **uitârâ itungutárâ**, "minha cabeça dói".

Há alguns termos ainda que se referem a síndromes menos comuns: **rótu** denomina um conjunto de sintomas associados que lembram os da epilepsia: "a pessoa treme, cai no chão, fica com o olho virando e a língua dobra". Um comportamento desregrado é expresso pelo termo **etigkitárâ**: "o doente fica tonto, quase doido, e sai pulando e gritando no mato. Os

(3) Note-se que a raiz **-árânun-** significa o estado da doença e **-sñi-** quer dizer "dor". A expressão **ituguntárâ** parece definir bem uma categoria baseada no princípio de localização da doença no corpo. Conferir Viveiros de Castro (1979) sobre a importância da corporalidade no Alto Xingu.

(4) O sufixo **-tárâ** significa o Modo Continuativo (Franchetto, 1986) enfatizando a qualidade estado de mal-estar desta categoria, por oposição às categorias etiológicas, definidas com o sufixo **-párâ**, um perfectivo (*op. cit.*) que expressa a existência substantiva destas categorias.

parentes têm que ir atrás dele. Pode ser “espírito, o Trovão que bateu ou feitiço”; **atamikârâ** é uma doença que acontece “quando o rapaz está preso (recluso) e tomou remédio (emético) para ficar forte. O espírito (iñóto) que é dono do remédio fica zangado e faz o rapaz ficar fraco, ele não come, af fica aleijado”. Estas são as típicas “doenças de índio”, uma categoria de uma classificação mais abrangente. Com efeito, os Kuikuro, como os demais grupos Alto-Xinguanos, classificam as doenças a partir destas duas categorias, as “doenças de índio” e as “doenças de branco”, oriundas da situação de contato com a sociedade nacional.

As categorias nosológicas da medicina ocidental, principalmente malária, sarampo, catarro e gripe, foram introduzidas pelo contato dos índios com membros da sociedade nacional, o que resultou em grandes epidemias com efeitos drásticos de depopulação e destruturação de sua organização social (ver Ribeiro, 1970:272-307 e Mota, 1955). A medicina ocidental, presente em atividades de controle nestas epidemias e, posteriormente, de maneira regular, permitiu a incorporação de uma série de termos médicos vinculados a esta opção terapêutica. Certos termos, porém, foram apropriados segundo os princípios que organizam as categorias tradicionais e são utilizados com o propósito de comunicação com a equipe médica que presta assistência na área. Assim, “cachumba”, “gripe” e, mais recentemente, “meningite” são de uso corrente. “Cachumba”, no entanto, é percebida como **húñe**, uma inflamação dos gânglios das coxas, próximos à virilha, tanto quanto dos gânglios do pescoço e furúnculos. Esta doença tradicional é tratada em um primeiro nível, com rezas próprias para **húñe**, ou perfurada com espinha de peixe ou outro objeto pontiagudo. Pode igualmente ser tratada com resina de uma árvore, a **tíha** (não identificada), aplicada sobre o local, ou ainda se recorrendo à terapêutica ocidental, segundo as possibilidades de acesso ao Posto Médico, como “cachumba”. Aqueles indígenas mais ligados à equipe médica (monitores de saúde), porém, usam termos médicos na aceção ocidental.

Embora os Kuikuro utilizem a categoria “doença de branco” para designar doenças tratáveis pela medicina ocidental, isto não significa que eles reconheçam estas doenças como exclusivamente decorrentes do contato com a sociedade nacional. De fato, as “doenças de branco” podem tanto ser tratadas pelo pessoal da equipe de saúde da área quanto por fitoterapeutas, rezadores e xamãs. As “doenças de índio”, contudo, só podem ser tratadas por xamãs, e são principalmente, as doenças originadas por espíritos e feitiçaria. Trata-se, portanto, de um código utilizado mais para efeito de comu-

nicação com o pessoal de saúde da área, predominando os princípios da classificação tradicional.

As nosologias, porém, adquirem sentido somente a partir da identificação da etiologia. As categorias etiológicas não se relacionam às nosologias como categorias *a priori*. Cada sintoma, ou grupo de sintomas, pode ter etiologia distinta, cabendo somente aos xamãs ou “pajés” diagnosticar as causas ou a causa principal e curá-las. Cada doença, ao contrário das entidades nosológicas da medicina ocidental, é única: elementos externos às doenças como conjunturas pessoais, sociais e históricas que presidiram à aparição do evento-doença são igualmente levados em conta. Por exemplo: uma pessoa sente dores de cabeça. Após o reconhecimento de uma certa gravidade, o xamã (hâáti) é convocado, podendo imputar a um feitiço (kurihe), ou à flecha de espírito (itseke hâri), a causa da doença. Dentre as espécies de feitiço, há um, denominado eripiripârâ, que “dá na cabeça”. Um fitoterapeuta, então, pode ser convocado para discutir a classificação do feitiço e selecionar o remédio adequado para eripiripârâ, o qual atuará sobre os efeitos (os sintomas) e não sobre as causas desta doença. O xamã tratará das causas.

2. CATEGORIAS ETIOLÓGICAS

As categorias etiológicas só podem ser apreendidas através de uma concepção dos níveis hierarquizados de causalidade. A partir do reconhecimento dos sintomas, o doente e seus familiares desencadeiam um processo de classificação e diagnóstico que envolve várias operações e o recurso a diferentes especialistas (Zempléni, 1985:20). Se o acontecimento é considerado sem gravidade, as chamadas “doenças fracas, à-toa”, não há maiores apreensões. Este é o caso dos problemas mais comuns, como feridas ocasionadas por quedas e espinhos, mordedura de animais, cortes e queimaduras, resfriado sem febre, tosse e erupções na pele. O não-tratamento, a aplicação de emplastros, vapor ou fumaça de remédios vegetais (fitoterapia), a perfuração (“para sair o pus”) e as rezas são as opções terapêuticas mais utilizadas nesta fase preliminar de reconhecimento de uma doença. Neste nível de identificação, as relações de causa e efeito são estabelecidas com base em um conhecimento empírico e numa lógica semelhante à da medicina ocidental, que privilegia o mecanismo do acontecimento da doença ou causa instrumental. Se, no entanto, os sintomas persistem ou se agravam, com a ocorrência de outros sintomas como febre, vômitos ou intensidade de dor e aumento da ferida, tem início um processo de identificação da cau-

salidade em outros níveis, o qual leva à procura de ajuda de especialistas, os xamãs.

Neste segundo nível, o da causalidade eficiente, procura-se identificar a força eficaz da doença e o seu agente. Neste caso, a identificação de “flecha de espírito”, “feitiço” ou a retirada pelo xamã de pedaços de casco de traca-já - representando um alimento proibido (quebra de regra restritiva alimentar) - do corpo do doente, satisfazem. Esta é a função dos xamãs “pequenos, que só curam”.

Caso os sintomas persistam ou se agravem, vem a necessidade de procurar a causa em um terceiro nível, o da explicação ou do porquê (por que eu?), ou seja, das conjunturais pessoais e históricas específicas que conferem sentido pessoal, social, e cosmológico ao evento-doença. O que está em jogo, neste nível, é a busca de um sentido social e cosmológico que reinterprete acontecimentos passados aparentemente desconexos e particularize eventos, confirmando noções-chave sobre o mundo, o que Young (1976) denominou de “papel ontológico” dos rituais de cura. É o momento que, entre os Kuikuro, propicia os rituais xamanísticos de “recaptação da alma”, a identificação de feiticeiros ou a operação de “desenterrar o feitiço” (Bastos, 1984/85).

a) Feitiçaria

O **kurihe** é materializado principalmente na forma de um objeto pontiagudo⁽⁵⁾ - os que observei pareciam ser moldados em cera de abelhas, denominados de “flecha de feitiço” ou **hâré**. Uma de suas características é a “dureza”, podendo ser perfurante. Há várias espécies de feitiços relacionando características biológicas e sociais (sexo e idade) da vítima, confecção e tipo de agressão por feitiçaria. Por exemplo, **lohisurúpe** é uma espécie de feitiço que provoca “inchação na perna da mulher”, numa região demarcada por ornamentos corporais. Este feitiço é confeccionado por meio da manipulação de raspas da pintura corporal feminina pelo feiticeiro. O sufixo **-pe**, que significa “extraído da situação original” ou “ex-”, refere-se à necessidade de um refúgio da vítima para a confecção do feitiço, ou “amarrado” (**koinróte**). Um outro exemplo é **sipiripârâ**, que é passado na testa da vítima por um feiticeiro, com a ajuda de um chumaço de algodão, quando a vítima está dormindo, causando dores na cabeça. O

(5) Uma outra espécie de objeto é redondo e duro “como leite de pau”, resina de **utáli**.

algodão é macio, e esta característica auxilia o feiticeiro a permanecer incógnito, pois não acordará a vítima. Um dos indícios para diagnosticar este feitiço é a natureza do objeto extraído do corpo do doente, **eripiripârâ**, que é feito com resina de **utáli** (ver nota 5). Um outro feitiço, **itsuke kwérâ irâ** (“pau de peixe pequeno”, “pintadinho”) causa bolhas grandes no corpo, que “vão estourando até matar você”. O “dono de feitiço mata com um arco pequeno, como é o pauzinho que ele atira”.

A feitiçaria pode ser relacionada a um mal-estar físico de um indivíduo e (ou) de seu grupo de substância tanto quanto a um infortúnio ou sucessivos acontecimentos negativos de que venham a ser vítimas. Assim, se um raio atinge uma casa, queimando-a (Dole, 1964), ou uma plantação é destruída por um animal e um parente ficou doente, estes fatos podem ser interpretados como resultado de feitiçaria.

A “descoberta” do feiticeiro é um processo complexo que não se resume somente ao ritual formal de acusação presidido por um xamã. Costuma-se guardar restos da cabeleira de um morto, no caso de suspeita de feitiçaria, para queimá-los lentamente. Isto provocará o enfraquecimento do culpado e sua morte. Várias versões e interpretações de acontecimentos que individualizam pessoas ou grupos familiares são veiculadas, principalmente após a morte da vítima. A tendência é explicar toda morte que interrompa o ciclo normal da vida da pessoa, antes da velhice, como causada por feitiçaria. Algumas exceções vêm confirmar esta regra pois inserem-se em contextos políticos que propiciam a busca de uma etiologia alternativa.

Assisti, na aldeia Kuikuro, à construção destas explicações em relação à morte de um velho Kalapalo, porém aparentado com uma família Kuikuro. De início disseram-me que os médicos brancos haviam diagnosticado uma doença incurável. À tardinha, no centro da aldeia, referiram-se a um episódio em que o morto teria “visto um espírito no fundo da água” durante uma pescaria, um **itséke kukegéni**, que lhe teria anunciado a morte iminente. À noite, resguardados pela intimidade da casa, os parentes da vítima contaram-me que sua falecida esposa havia-lhe aparecido em sonho acusando o ex-noivo da filha do casal de tê-los enfeitado. A moça, muito mais nova que o prometido esposo, recusara-se a corresponder ao compromisso assumido por seus pais quando ela era menina, casando-se com outro rapaz de sua escolha e mudando-se de aldeia. O frustrado, portanto, estaria vingando-se pela quebra do compromisso. Neste caso, não soube de nenhuma acusação formal, ao menos durante minha permanência em campo.

Um mito, o de Rahâtága, relata a morte deste herói provocada por feitiça-

ria. Rahâtága fez uma visita ao mundo dos mortos. Lá, ele caçou muitos pássaros, mas foi avisado por um añâ, seu primo morto, de que morreria em breve. Ao retornar a sua aldeia, levou as penas para distribuir entre os outros. Rahâtága, porém, guardara algumas penas para si, provocando a inveja de um de seus camaradas. Este era um feiticeiro e o matou.

O feiticeiro, idealmente, é um indivíduo anti-social por excelência: caracteriza-se pelo seu egoísmo, sua falta de controle, seu comportamento desrespeitoso para com as regras de abstinência (sexuais, por exemplo) e seu relacionamento com o Sobrenatural em benefício próprio. O feiticeiro conhece técnicas que permitem a metamorfose e a agressão velada aos demais, ao contrário das virtudes pessoais tradicionalmente valorizadas pelos Kuikuro como parte do ethos Alto-Xinguano - capacidade de auto-controle (Viveiros de Castro, 1978:30), generosidade e “vergonha” (ihâsu; sobre este conceito ver Basso, 1973:12). Na prática, contudo, as acusações de feitiçaria são feitas indiscriminadamente nos espaços privados da aldeia na forma de boatos. Publicamente, contudo, só um xamã “grande” e corajoso pode acusar alguém de ser feiticeiro, a pedido de parentes de um doente, normalmente após sua morte. Dole (1964 e 1966) descreve a habilidade dos xamãs em perceber um certo consenso na comunidade em relação a um elemento anti-social ou a um rival da vítima. De qualquer forma, o contexto em que esta relação se origina, individualizando a vítima, provém de alguma situação que motive a agressão do feiticeiro sobre aquela pessoa ou grupo (acumulação de bens, atitudes agressivas, etc.). Neste caso, a possibilidade de acusações de feitiçaria e a própria existência (virtual) do feiticeiro constituem os contrapontos negativos do ethos Alto-Xinguano e permitem a única alternativa de retaliação: a eliminação física do acusado. As acusações de feitiçaria seguem a lógica das rivalidades entre as facções intra e inter-aldeias onde laços de afinidade tecem redes de aliança e apoio político. Alocando a responsabilidade ao campo das relações políticas e sociais em uma sociedade com fraca autoridade centralizada, assim permitindo a possibilidade de intervenção, a teoria da doença Alto-Xinguana investe o xamã de funções semelhantes às que são atribuídas ao aparato jurídico-político nas sociedades complexas (*ibid.*).

b) Espíritos

O “feitiço de espíritos” ou **otompapârâ** é uma agressão originada de contatos com os **itséke**, materializada na forma de “flechas” ou **itséke hâri**. À diferença do **kurihe**, porém, estas são “moles”. As agressões atingem a

sombra ou alma da pessoa (**akúga**) em contextos nos quais a vítima entrou perigosamente em contato com eles, voluntária ou involuntariamente, inconsciente ou mesmo conscientemente, “vendo-os”, ou em sonhos.

Dentre os espíritos, os **itséke kotompáni**, que “ajudam a doença” e são em número limitado, podem “abraçar a sombra da pessoa”, roubando-a ou lançando-lhe “flechas”. Os xamãs diagnosticam o grau de agressão retirando flechas ou empreendendo um ritual mais elaborado de recaptura da alma com o auxílio de uma boneca *spirit-catcher* (para uma descrição deste ritual, ver Bastos, 1984/85).

A ação destes espíritos é muitas vezes decorrente de contatos perigosos com o Sobrenatural, originados por uma transposição de domínios cosmológicos. Cada **itséke kotompáni** tem características conhecidas de comportamento, local de “moradia” e hábitos. Por exemplo, **ahása** é uma figura antropomorfa, com cabeça e orelhas “enormes”, que habita a mata e os caminhos próximos à aldeia ao cair da noite. Várias são as histórias de encontros com este espírito, que causa doença e morte nesta hora. Outro espírito, **aturuá**, é também “gente” (**kuré kwérâ**, figura antropomorfa) circulando no interior dos freqüentes remoinhos que atravessam as aldeias e a mata próxima; **aturuá** habita nos jatobás, e na aldeia Kuikuro diz-se que há um próximo à lagoa. A passagem de um remoinho por uma casa é sempre cercada de apreensão, pois pode provocar doença e morte na família e “estragar a mandioca” (**o pão**) que fica secando próximo à casa. À noite as portas das casas são trancadas para que os espíritos não entrem. A ação dos espíritos é outras vezes a consequência de uma quebra, voluntária ou não, de regra restritiva de comportamento. Alguns espíritos presidem os rituais de passagem. Entre os Kuikuro, há a figura de **intsâ**, que é identificada à placenta e preside o ritual de reclusão após o nascimento dos bebês. Segundo a teoria da concepção Karibe no Alto Xingu, é ela que molda o semên do pai no ventre da mãe (Gregor, 1980). É ela também que provoca algumas doenças no recém-nascido (**kagamúke**), um estado do ciclo vital e uma categoria social que refletem a liminaridade do período de reclusão. Esta categoria opõe-se a **kumugkétu** “criança”. A associação entre **intsâ** e as restrições rituais não está ainda clara a partir dos dados de que disponho. Os **iñóto**, “donos de eméticos”, espíritos que habitam a mata e são patronos dos adolescentes reclusos, pois são bonitos, fortes e grandes lutadores, qualidades estas procuradas na reclusão pubertária masculina, causam uma doença, **atamikârâ** (“está aleijado”), quando o adolescente

e/ou seu grupo de substância não respeitam as regras restritivas alimentares e de atividade. Através da ingestão destes “eméticos” e da proteção de **iñóto**, o recluso passa a engordar e “ficar forte, bonito”. A estes espíritos aborrecem os cheiros fortes (**sikérâ**), como o cheiro das relações sexuais, do sal, da pimenta, da gordura e do peixe, assim como o do sangue menstrual e o do parto, obrigando o adolescente e seu grupo de substância a respeitarem as regras restritivas, como a de abstinência sexual, alimentar e de relacionamento social.

As doenças causadas por espíritos podem, enfim, ser um meio para o indivíduo adquirir um poder e um saber. Assim, como temos visto, os espíritos “donos” de rituais causam doença prolongada, durante a qual aparecem em sonhos, mostrando seus adereços e vestimentas através dos quais são identificados. A visão destes no sonho provoca doença e o indivíduo somente pode se curar se o ritual for patrocinado por ele ou por alguém ao qual tenha transferido esta responsabilidade, que é também um privilégio. Há sempre a possibilidade de um espírito “novo” aparecer em sonhos a um doente e assim, apresentar um novo ritual. A relação de “dono” ou patrono do ritual que se estabelece desta maneira para um indivíduo tem as implicações sociais já descritas anteriormente. Os xamãs são recrutados para esta função a partir de sonhos com um espírito-pajé (há vários animais-espíritos com esta característica). Durante um episódio de doença relativamente grave, o indivíduo sonha com um destes espíritos que lhe apresenta cigarros, ou outro acessório do xamã, indicando-lhe que deve submeter-se ao ritual de iniciação ao xamanismo.

3. RESTRIÇÕES ALIMENTARES E SEXUAIS

Os tabus alimentares e as restrições de atividades sexuais aplicam-se a determinados contextos liminares. Durante os momentos de reclusão (após o nascimento de uma criança, na puberdade; após a “furação de orelha”, na iniciação xamanística, ou no luto pela morte de um esposo ou membro do grupo de substância), na menstruação feminina e após o parto, ou por ocasião de acontecimentos de doença, os Kuikuro consideram-se particularmente susceptíveis e seguem as restrições alimentares, sexuais e de atividades.

Quando um xamã atua e refere-se à quebra de restrições alimentares, pode retirar do corpo do doente, entre outros objetos, penas de pássaros, espinhas de peixes, ou outras substâncias denominadas de **iñumkipârâ**.

O desrespeito de algumas destas restrições que se referem a estados limi-

nares, como nas reclusões após o nascimento, pubertária e de iniciação ao xamanismo, provoca a reação de um espírito patrocinador da reclusão. Noutros momentos, porém, como durante a menstruação feminina, nos eventos de doença e antes das lutas *huka-huka*, essa relação é direta, sem a intervenção dos espíritos.

Há ainda a contaminação pelo “cheiro do sangue” feminino (menstrual ou do parto), que afeta os adultos jovens, da categoria social “lutadores”, enfraquecendo-os, em especial o jovem recluso, podendo torná-lo “aleijado” ou mesmo matá-lo. Na contaminação pelo sangue essa relação é direta, sem a intermediação de espíritos, exceto durante o ritual de reclusão pubertária em que há intermediação de *inóto*. A poluição pelo sangue atinge a água coletada, a mandioca e qualquer outro alimento que a mulher tenha tocado, provocando fraqueza nos homens. Nota-se que os “velhos” não são mais susceptíveis a esta poluição. No caso dos reclusos, as restrições sexuais e alimentares causam *atamikârâ*, pois atua o espírito *inóto*, a quem desagradam os cheiros fortes (*sikérâ*). No entanto, durante a reclusão pubertária os jovens (tanto os rapazes quanto as moças) escarificam-se “para deixar sair o sangue”, e para ficarem fortes. No parto, imediatamente após o nascimento, a mãe tem o ventre massageado e ingere eméticos “para o sangue não ficar preso dentro da barriga, pois é perigoso”; *tehuálâ* (“dentro da barriga”) é uma categoria localizada de doença que explica a “fraqueza” dos adultos lutadores e o cansaço: “quando eu estou cansado eu sinto dentro da barriga, aí vou arranhar” (ou seja, escarificar como medida terapêutica). A escarificação é realizada por todos durante os eclipses solares e lunares (diz-se que Sol e Lua, os gêmeos mitológicos fundadores da Cultura e da humanidade, “estão com sangue”, menstruosos). Enfatizada durante a reclusão pubertária para “ajudar a moça ou o rapaz a ficar gordo (forte) e bonito”, a escarificação é uma terapia e uma medida profilática associada ao sangue.

As restrições alimentares e de atividades sexuais atingem o indivíduo e seu grupo de substância e seguem a lógica das classificações alimentares. No caso dos rapazes que passaram pelo ritual de furação da orelha (*ipóina*), um correspondente simbólico da primeira menstruação (Gregor, 1985), e o dos reclusos que tomam eméticos, há um jejum obrigatório de cerca de cinco dias, após o que introduzem progressivamente na dieta alimentos “sem gosto”, como beiju e mingau de povilho, carne de macaco e finalmente peixe cozido, “sem sangue, sem sal, pimenta e gordura”⁽⁶⁾. Os parentes dos re-

(6) Ver Gregor (1977:235) para as categorias alimentares.

cém-nascidos ainda evitam comer pássaros, pois é “ruim para os ossos” do bebê. O que está em jogo neste contexto é a própria fabricação social do corpo nos momentos de liminaridade, o que reflete a importância da corporalidade no Alto Xingu, onde são inscritas, através de escarificações, furação de orelha, pinturas corporais e adornos, as marcas dos estados biológicos e sociais. Com efeito, tanto nos Kuikuro, quanto nos outros grupos do Alto Xingu (Viveiros de Castro, 1977), o corpo é percebido como socialmente fabricado pelo indivíduo e seus parentes. As marcas sociais são inscritas no corpo: nas suas formas bem-delineadas, nas pinturas corporais, na furação de orelha masculina e nos ornamentos.

As classificações alimentares parecem orientar-se pelos mesmos princípios que regem as classificações dos espíritos segundo domínios cosmológicos (ver *supra*). Segundo Basso (1972), as regras alimentares são um modo de relacionamento entre os homens e os “seres vivos” (áro). A exemplo dos Kalapalo, os Kuikuro organizam seu sistema alimentar a partir das seguintes categorias: “criaturas da terra” (géne), que não são comestíveis, à exceção de uma espécie de macaco; “criaturas da água” (kága), em particular peixes, que fornecem a base da alimentação; “criaturas do céu” (tólo), que não são comestíveis, à exceção de alguns pássaros, como mutum, jacú, pato e papagaio. Os Kuikuro alimentam-se também de gafanhotos, de uma espécie de formiga, do tracajá e de seus ovos, de alguns frutos, como a mangaba e o pequi, e da mandioca que é também a base da alimentação Alto-Xinguana.

A necessidade de abstinência sexual e alimentar caracteriza o grupo de substância, ou seja: o indivíduo, seus pais, seus irmãos e filhos. Uma doença causada pelos espíritos patronos de rituais caracteriza, assim, um modo de relacionamento entre o grupo de substância e os demais. Após a recuperação do doente, este grupo, uma unidade produtiva, e seus aliados têm a obrigação de fornecer alimento aos outros membros da aldeia durante o ritual do espírito causador da doença, cujo propósito é impedir o seu retorno. Estes rituais são, portanto, um mecanismo de integração social a nível da aldeia, propiciado pela dialética da abstinência e da alimentação coletiva (Viveiros de Castro, 1977).

A teoria da procriação liga aspectos da biologia humana, da sexualidade, da alimentação e da divisão do trabalho. A mandioca, alimento feminino, é vista como equivalente simbólico do peixe, em uma metáfora fálica (Gregor, 1980; Viveiros de Castro, 1977). O peixe, alimento masculino, é semelhante à mandioca na forma e na cor: escuro por fora, branco por den-

tro. Através da alimentação, a mandioca e o peixe transformam-se no sêmen do pai, responsável pela constituição do corpo do bebê no ventre da mãe durante sucessivas relações sexuais. A sexualidade liga homem e mulher fechando este sistema de trocas cuja base é a complementaridade entre os sexos.

A alimentação também é um dos traços distintivos na afirmação da identidade étnica. O Alto-Xinguano distingue-se dos não-Xinguanos e dos Brancos por estes últimos comerem carne. Os Yawalapfti acusam os Kuikuro de apreciarem o peixe pouco assado, com muito sangue. Estes recriminam os Kalapalo por alimentarem-se de um peixe “que é cobra”. Segundo Gregor (1980), os Mehinako explicam as diferenças físicas entre os povos porque as pessoas “são o que comem”.

As práticas terapêuticas

As práticas terapêuticas utilizadas pelos Kuikuro, como pelos demais grupos Alto-Xinguanos, são as seguintes:

1. Rezas ou *keheré*
2. A fitoterapia ou uso de remédios vegetais (*empúta*)
3. O xamanismo (pajelança) de dois tipos: a cura propriamente dita quando o xamã retira o objeto patogênico do corpo do doente (espinha de peixe, “flechas”, ou outros), e a “recaptura da alma”, ritual mais elaborado, realizado somente pelos grandes xamãs nos casos mais graves.
4. As escarificações
5. A medicina “do branco”.

As rezas e a fitoterapia são bastante difundidas na comunidade, praticadas como primeira opção terapêutica, embora existam especialistas - os “donos de rezas” e os “donos de remédios” - que acumularam um maior número de conhecimentos após um aprendizado pago com especialistas até de outras aldeias.

Há várias rezas para algumas situações de doença. Há, por exemplo, um conjunto de rezas “para fazer nascer criança”, para “quando cortou com faca”, para “febre de criança”, para “doença de olho” e as rezas “para rezar no ouvido” (*ver infra*). Cada reza tem o nome do primeiro ente mitológico que a instituiu em um episódio que apresenta analogias com a situação da doença. Contém estrofes em Aruak antigo, que denominam o ente que a criou, ou imitam seu “falar”, as quais são repetidas de maneira regular.

Finalmente, possuem uma exortação final em Kuikuro, repetindo as palavras que, no mito, resolveram o problema. Um exemplo do conjunto de rezas “para fazer nascer criança” (timarundóte): a reza do sapo (pârá pârá keherésá) refere-se ao mito de Kwikwiró. Esta personagem, uma mulher que ocasionara a morte do marido por ciúme, fora pega em uma amardilha feita por seus afins, um cunhado e a sogra. Convidada pelo cunhado a apanhar mel de um tronco de árvore onde ele disse ter visto “muito mel”, Kwikwiró terminou presa até os pés no buraco. Abandonada presa ali para morrer, Kwikwiró, que estava acompanhada do filho pequeno, mandou-o recorrer aos sapos que cantavam à beira da lagoa próxima. Um deles resolveu atender aos rogos do garoto e foi ajudar Kwikwiró. O sapo então rezou para ela sair do buraco. A cada vez que ele repetia a mesma reza, Kwikwiró ia sendo extraída progressivamente até retirar a cabeça do buraco. O mito prossegue relatando a vingança de Kwikwiró contra os afins, orientada por este mesmo sapo. A viscosidade, presente no mel, no sapo e também nos remédios utilizados durante os partos (torokire, “algodão”), é uma das qualidades salientadas nesta reza para “fazer nascer criança”. Outra reza, a de atsiji (morcego), é utilizada também nestas ocasiões. O episódio do mito de atsiji em que esta reza é instituída, relata a sua responsabilidade de pai no parto, já que o sêmen é a principal substância responsável pela criança. Ele trata também da decepção do sogro ao descobrir que atsiji havia “estragado” sua descendência engravidando sua filha: atsiji era um “pássaro feio”, não era anétá, e tomara mestiça a linhagem de jukúku, uma “árvore bonita, com flores amareladas”. Outro conjunto de rezas, “para doença de olho”, se refere a um episódio de um mito em que Onça teve seus olhos arrancados por traição de Tamanduá e recolocados com a ajuda de vários pássaros, os quais dão nome a cada uma das rezas. Finalmente, hagataí tintsóho (“feito para rezar no ouvido”), são rezas utilizadas para dar vida a doentes que estão quase morrendo (latsí ekuléha apágu). Essas rezas relacionam-se a episódios mitológicos em que a vida fora criada ou restaurada pelos gêmeos Sol e Lua. Elas também são usadas para “dar vida” à maracá dos pajés, indispensável ao ritual xamânico de recaptura da alma⁽⁷⁾.

A fitoterapia é praticada por quase todos os adultos, homens e mulheres, e demonstra um conhecimento empírico bastante vasto das propriedades das plantas. Um princípio que orienta o uso dos remédios

(7) Para uma análise das rezas Kuikuro ver Franchetto, 1989.

refere-se às características morfológicas de *habitus* da planta e seus atributos simbólicos que devem ser transferidos analogicamente ao usuário. Por exemplo, uma espécie de árvore que “tem muito leite” é usada para aumentar a capacidade de a mãe amamentar. Outra espécie que cresce na água é usada para as doenças provocadas por espíritos de peixes. O remédio chamado “barriga de anta” (*jalf tehurú*) busca transmitir a voracidade deste animal para o recluso que deve engordar. Há ainda associações simbólicas entre determinadas espécies de remédios vegetais e classes etiológicas de doenças. *Kagá gúru* (“sangue de peixe”), por exemplo, é uma planta usada como emético e ingerida pelas mulheres, após o parto, para “fazer sair o sangue”. Há várias classes de remédios: “eméticos” (*ketuagkitóho*); remédios para “mulher depois do parto” (*uháta*); para “arranhar” (*ekúntu*); para “a doença da reclusão (*atamikâra*) que ataca as pernas” (*katalokutsitóho*); para “feitiços que atacam o peito” (*kalokusitóho*); para “feitiços na cabeça” (*kelikutsitóho*); para “flechas de espírito” (*itséke hâri emputateróho*); e os remédios salvadores (*kepekuteróho*), para quando o doente “está muito grave”, com o feitiço (*rahagkwérâ*). Os remédios são preparados de várias formas. Os eméticos são ingeridos em infusões feitas com a seiva misturada à grande quantidade de água. *Ekúntu* são macerados de folhas e raízes aplicados sobre as cicatrizes das escarificações. Outros remédios são aplicados através de infusão obtida com o cozimento de certas partes da planta. A fumaça é colocada sob a rede, aquecendo a parte do corpo afetada. Desta maneira, também, são aplicadas as resinas e frutos de certas plantas, porém sem misturá-los com água: são queimados diretamente sobre brasas colocadas em um pedaço de cerâmica. Outro modo de preparo, de cascas e pedaços do caule de árvores, é deixá-los de molho em água durante algum tempo, após o qual o material é dissolvido e descansa no fundo do recipiente. Esta massa, então, é aplicada ao corpo do doente.

A fitoterapia e as rezas são utilizadas complementarmente ao xamanismo.

O xamanismo é o primeiro passo para o diagnóstico etiológico. Através da sucção e da fumação, o pajé retira o objeto ou as substâncias que materializam a doença. A “recaptação da alma” é mais elaborada e realizada em episódios mais graves que se traduzem por perda dos sentidos, notadamente. Uma descrição bastante detalhada deste ritual é encontrada em Bastos (1984/85). O xamã é um mediador entre os homens e o Sobrenatural. É ele que interpreta os acontecimentos de doença, atribuindo-a a determinado espírito; acha objetos perdidos; identifica épocas e locais

propícios a certos empreendimentos coletivos; descobre feitiços, neutralizando-os (se o feiticeiro “já o jogou no mato ou enterrou”), e acusa publicamente culpados de feitiçaria.

A escarificação é utilizada como opção terapêutica no caso de “canseira” e refere-se, como já foi dito, à lógica do excesso de sangue no corpo. Como medida profilática, é feita para “tirar o sangue” do corpo e torná-lo forte. Realizada com mais frequência durante a reclusão pubertária, masculina e feminina, é aplicada diferencialmente em partes do corpo feminino para “engordar” as ancas, coxas e pernas. Para os rapazes, serve para “fazer crescer” os músculos do torax, braços e coxas. Após o período de reclusão, é aplicada nos jovens lutadores para mantê-los fortes, principalmente antes dos rituais intertribais que culminam em grandes lutas que consagram campeões.

A utilização dos remédios “de branco” é feita da mesma forma que a fitoterapia. Este uso, complementar ao xamanismo, da farmacopéia ocidental e da fitoterapia, de maneira tópica e agindo sobre os sintomas, reflete a hierarquia de multicausalidade da doença. O xamanismo é um recurso que incide sobre a causalidade, e a fitoterapia, como a medicina ocidental, sobre os sintomas. O xamanismo e as rezas conferem um sentido socialmente reconhecido que confirma a visão de mundo da cultura Alto-Xinguana.

Um exemplo ilustrativo da hierarquia de multicausalidade não excludente. Um chefe Yawalapsti, comentando com médicos a morte de um tio em consequência de um problema cardíaco, disse:

- “Eu sei que ele morreu porque o coração estava fraco, mas porque logo agora? Só pode ser feitiço”.

Uma outra afirmação, repetida por profissionais paramédicos que fazem parte da equipe de saúde da área, em tom de reclamação, expressa a constatação da percepção tradicional e do uso complementar dos recursos da medicina ocidental.

- “Nós é que tratamos, mas é o pajé que cura”.

Com efeito, o pajé, atuando sobre a causalidade última, vem conferir sentido ao episódio de doença e à morte. A medicina ocidental é absorvida segundo os padrões tradicionais, como uma opção terapêutica complementar, mas não como uma teoria explicativa. Isto é atributo da medicina tradicional, cujas representações sociais e cosmológicas conferem-lhe um papel que a medicina ocidental não pode exercer.

Conclusão

A noção de hierarquia na gravidade das doenças, a multicausalidade e a concepção mais ampla da doença, como um mal-estar físico sentido por um indivíduo tanto quanto um infortúnio ou repetidos acontecimentos negativos que atinjam uma pessoa e seu grupo de familiares, caracterizam as representações Kuikuro das doenças, como as de numerosos grupos indígenas.

As representações da doença e práticas terapêuticas entre os Kuikuro relacionam simbolicamente setores da divisão do trabalho, da organização social e política e da cosmologia. A divisão social do trabalho baseada na complementaridade entre os sexos reflete uma filosofia da interdependência que é encontrada também nas representações sobre a procriação e que ligam sexo, alimentação, divisão do trabalho e biologia humana (ver Gregor, 1980). As categorias sociais e políticas opostas são articuladas a partir da lógica das oposições binárias circunscritas a esferas concêntricas de distância social, caracterizando um "continuum" segmentado que relaciona níveis de identidade social. Esta lógica é também encontrada nas classificações dos domínios cosmológicos, que são a base para as classificações alimentares.

A noção de Pessoa e a identidade étnica diferenciada articulam as regras alimentares e sexuais, através da corporalidade, ao ethos Alto-Xinguano. Estas regras restritivas fazem parte de um sistema de abstinências, que inclui a interdição de pronunciar o nome dos afins, e encontra sua expressão mais nítida no conceito de *ihâsu* (vergonha). A feitiçaria confere elementos que, como contraponto negativo das qualidades ideais da Pessoa, confirmam o ethos Alto-Xinguano.

A lógica das regras restritivas parece remeter a uma dialética das substâncias no corpo - sangue, sêmen, peixe e eméticos ou fumo (nos casos de reclusão pubertária e de iniciação ao xamanismo) - onde o excesso (a complementaridade) é perigoso (Viveiros de Castro, 1978). Com efeito, tanto com referência ao ethos Alto-Xinguano, já que as manifestações exageradas de emoções são desprezadas, quanto à mitologia, onde a ausência e o excesso são problematizados até se encontrar um equilíbrio, este princípio está presente. Estas substâncias parecem representar simbolicamente a oposição entre os gêneros (masculino e feminino), que é estrutural na organização social e nas relações entre Natureza e Cultura mediadas pela Sobrenatureza (*ibid.*). A sexualidade e seus atributos simbólicos (peixe, sangue, sêmen,

mandioca) refletem a presença da Natureza na Cultura. A possibilidade criativa que a Cosmologia permite, com as revelações de novos rituais e espíritos em sonhos causadores de doença, e a existência de papéis sociais em contato com o mundo Sobrenatural (xamã e feiticeiro) propiciam a intervenção da Cultura na Sobrenatureza. E esta, refletindo especularmente os outros domínios, seja na duplicação de animais em espíritos, seja na situação de sua réplica domesticada representada pelas coisas “reais e presentes”, ocupa posição central de mediação (Viveiros de Castro, 1977).

As práticas terapêuticas, através da identificação das categorias etiológicas, dos recursos à fitoterapia, às rezas e ao xamanismo, conferem um sentido ontológico ao acontecimento da doença.

A exemplo de inúmeros outros sistemas “médicos” tradicionais e populares ocidentais, o sistema Kuikuro de representações sobre a doença e práticas terapêuticas pode ser qualificado como holístico.

Referências bibliográficas

Basso, E. B.

1972 “The Kalapalo dietary system”. In: E.B. Basso (Ed.), *Carib Speaking Indians. Culture, Society and Language*. Tucson (Arizona): The University of Arizona Press (Anthropological Papers of the University of Arizona n° 28), pp. 98-105.

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

Bastos, R.J. de M.

1984/85 “O ‘payemeramaraka’ Kamayurá: uma contribuição à etnografia do xamanismo no Alto-Xingu”. *Revista de Antropologia* 27/28:139-177.

Dole, G.

1964 “Shamanism and Political Control Among the Kuikuru”. In: D. Gross (Ed.), *Peoples and Cultures of Native South America*, New York and Garden City: Natural History Press, pp. 294-307.

1966 “Anarchy without chaos. Alternatives to Political Authority among the Kuikuru”. In: M. Swartz, A. Tuden e V. Turner (Eds.), *Political Anthropology*. Chicago: Aldine Publications, pp. 73-87.

Franchetto, B.

1986 *Falar Kuikuro - Estudo Etnolingüístico de um grupo Karibe do Alto Xingu*. Tese de Doutorado (não publicada), Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

1989 "Forma e significado na poética oral Kuikúro". *Amerindia* (Paris) 14:81-118.

Galvão, E.

1979 *Encontros de Sociedades*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gregor, T.

1977 *Mehinaku: The Drama of Daily Life in a Brazilian Indian Village*. Chicago: The University of Chicago Press.

1980 "The Theory of Procreation and Culture of Identity of the Mehinaku Indians of Brazil". Paper presented at the Meeting of the American Anthropological Association.

1985 *Anxious Pleasures: The Sexual Lives of an Amazonian People*. Chicago: The University of Chicago Press.

Howard, C.

1982 "Exchange and the Construction of Identity: Symbolic Dimensions of Brazilian Tribal Exchange Systems and the Construction of Person, Tribal and Regional Identity". A Proposal for Doctoral Research submitted to the Department of Anthropology, University of Chicago.

Mota, J.L. da

1955 "A epidemia de Sarampo no Xingu". In: M. Simões (Ed.). *Relatório do Serviço de Proteção aos Índios 1954*. Rio de Janeiro.

Ribeiro, D.

1970 *Os Índios e a Civilização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Seeger, A.

1975 "The Meaning of Body Ornaments: A Suya Example". *Ethnology* 75:211-224.

Steinen, K. von den

1940 "Entre os Aborígenes do Brasil Central". Separata da *Revista do*

Arquivo Municipal, vols. XXXIV a LVIII.

Viveiros de Castro, E. B.

1977 *Indivíduo e Sociedade no Alto Xingu: Os Yawalapíti*. Dissertação de Mestrado (não publicada), Museu Nacional/Universidade Federal do Rio de Janeiro.

1978 "Alguns Aspectos do Pensamento Yawalapíti: Classificação e Transformações". *Boletim do Museu Nacional* 26:1-39.

1979 "A Fabricação do Corpo na Sociedade Xinguana". *Boletim do Museu Nacional* 32:40-49.

Young, A.

1976 "Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology". *American Anthropologist* 78:5-24.

Zarur, G.

1975 *Parentesco, Ritual e Economia no Alto Xingu*. Brasília: Fundação Nacional do Índio.

Zempléni, A.

1985 "La 'maladie' et ses 'causes'. Introduction". *L'Ethnographie*, nº spécial: *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture* LXXXI(96-97):13-44.

XAMANISMO KANAMARI

Edwin REESINK()*

Preliminar

O xamanismo ganhou um espaço novo nos últimos anos, tanto dentro das sociedades ocidentais como na ciência antropológica, na qual a produção dedicada ao fenômeno cresceu. No que toca à etnologia e à etnografia das sociedades indígenas, esse crescimento não se limita a ser alguma moda temporária, mas é algo que surge das próprias sociedades em questão. Quando estudando e vivendo com os Yagua, o xamanismo se impôs a Chaumeil por ser uma instituição fundamental e fundamentadora da sociedade (1983:8-9). Outros exemplos evidentes concernem ao conjunto de povos do Alto Rio Negro e aos Tupi (tais como os Araweté), entre os quais o xamã estabelece a mediação necessária com um mundo mais profundo que dá o verdadeiro sentido à vida e à vida social. Ou seja, em muitas sociedades indígenas, o xamanismo requer ser estudado de uma perspectiva global (ou, como diz Chaumeil (*op. cit.*) inclusive diacrônica), como um fato social total, tanto por exhibir, como instituição, aspectos que variam do político ao religioso, como por ocupar um locus central relacionado com as outras instituições na sociedade. Evidentemente, ao estabelecer estes aspectos e relações, define-se, no mesmo momento, a especificidade particular do xamanismo dentro de determinada sociedade. Deste modo, não pretendo en-

(*) Antropólogo, Professor Assistente no Departamento de Antropologia e Etnologia, Universidade Federal da Bahia.

trar no debate sobre a definição e as características do “xamanismo”, apesar de considerar que a comparação com outras formas de xamanismo, necessária e inevitável nem que seja implicitamente, ajuda a elucidar as particularidades do fenômeno estudado. Não haverá espaço para comparações aqui e partirei do ponto de vista que o fenômeno xamanístico Kanamari é passível de ser incluído no conceito de xamanismo.

Explicitando isso, devo imediatamente esclarecer que as rápidas observações feitas sobre o locus do xamanismo, constituem muito mais um programa ideal que o presente trabalho não tem condições de cumprir. Em primeiro lugar, o xamanismo, de fato, é algo fundamental nos diversos grupos Kanamari, essencial ao funcionamento da sociedade, e, por esta razão, mereceria um tratamento bem mais extenso. Em segundo lugar, os dados dos quais dispomos são limitados. Em parte, esta circunstância deriva do fato que o trabalho de campo não foi inicialmente pensado para pesquisar este tema. Por outro lado, o xamanismo se impôs, não obstante as condições materialmente difíceis do trabalho de campo impedissem um aprofundamento maior. A pesquisa se deu principalmente em 1984 (tempo efetivo de sete meses), numa região de difícil acesso, o alto curso do rio Jutaf, no estado do Amazonas. Voltei lá por menos de dois meses no início de 1988 e trabalhei com um colaborador, por dois meses, em Eirunepé, médio Juruá, no início de 1989.

A região do alto Jutaf tradicionalmente foi habitada por grupos Kanamari, mas, na sua grande maioria, os atuais habitantes vieram do Juruá, numa migração em busca de uma área de refúgio, ainda neste século. A região principal de ocupação dos Kanamari se estendia para cima de Carauari e para baixo de Cruzeiro do Sul, com certas áreas adjacentes a esta faixa. O conjunto de grupos designado como Kanamari inclui os atuais Kanamari (nos rios Juruá, Jutaf, Xeruã, Itacoaf, Javari, Japurá), Katukina (rio Biá, afluente do Jutaf), Tukano⁽¹⁾ (entre os rios Jutaf e Jandiatuba), e os índios isolados (na área de confluência dos Jutaf e Jandiatuba, nos altos, e, talvez, sem confirmação, nas proximidades do alto rio Pauiní, afluente do Purus). Os denominados Kanamari entraram em contato com a frente de expansão da borracha há pouco mais de cem anos. A principal cidade da região, Eirunepé, foi fundada no início dos anos 80 do século passado, bem na vizinhança de uma maloca Kanamari. Apesar das conseqüências negati-

(1) Os Tukano, neste caso, são os auto-denominados Tsunhuak Djapa, “Tukano Djapa” na língua Kanamari, que não possuem afinidade lingüístico-cultural com os denominados Tukano do Alto Rio Negro.

vas do contato com a sociedade regional, os Kanamari mantêm sua língua e sua cultura viva, e uma relativa autonomia.

Introdução: iniciação e mito

O xamanismo Kanamari mantêm forte relação com a mitologia. A mitologia explica a origem do mundo atual, mapeia o universo e fundamenta o lugar da sociedade e seu funcionamento. Ela representa a história Kanamari de si mesmo (e dos outros), enquanto que contém a elaboração e o desenvolvimento de preceitos, regras e conceitos do mundo. Obviamente, o xamanismo está presente nesta história e os mitos esclarecem idéias essenciais a seu respeito. Também, mito e xamanismo se interseccionam com o ritual, em particular com o chamado **Kohana**, no qual a participação do xamã é imprescindível. Mito, ritual e xamanismo constituem uma rede de relações intrincadas e de cuja complexidade só podemos começar a dar conta, e, ainda assim, aos poucos. Talvez seja interessante iniciar esta tentativa com uma exposição acerca da situação prevalecente em 1984, seguida pelo discurso de um xamã quando me chamou para começar uma trajetória que se destinava a me transformar num também xamã. Na verdade, nunca passei desta fase, mas o contexto mostra a força da presença xamanística na vida social e sua imediata relação com o mito.

1984 foi um ano de intensa movimentação xamanística. Já na primeira fase do nosso trabalho de campo, executada em conjunto com a antropóloga Maria Rosário G. de Carvalho (que fez a revisão deste texto), na aldeia Caraná, os ânimos se exaltaram várias vezes. De modo geral, o grande receio numa aldeia Kanamari advém dos xamãs de aldeias Kanamari desconhecidas (ou mal conhecidas), das quais é sabida a existência, mas com as quais não se travam contatos. A própria ausência de contato é suficiente em si para provocar desconfiança profunda das intenções dos xamãs dessas aldeias. Em certos casos a comunidade se achava ameaçada por "caboclos machos" - índios de aldeias desconhecidas - que rodeavam a aldeia, de tocaia, para jogar "pedra". As "pedras", *caruara* no português regional da Amazônia, causam efeitos fisiológicos dentro de poucas horas depois de penetrarem no corpo da vítima. Uma mulher e sua filha menor sofreram um tal atentado quando foram para a roça, num lugar um pouco afastado da aldeia. O marido, tuxaua e xamã (também em visita, da aldeia Nauá situada mais acima no rio), me explicou que estas pedras são *djohko*, e que quando entram no corpo, causam febre, dor de cabeça e em outras partes do corpo.

Se estes sintomas não são tratados a tempo, ou seja, se o xamã não retirar as pedras do corpo, elas acabam provocando a morte da pessoa, o que pode suceder rapidamente. Neste caso, as duas mulheres perceberam, por ruídos estranhos, que algo estava acontecendo e, apesar de que se afirma comumente que a vítima não necessariamente ouve ou sente algo diferente quando a pedra penetra o corpo, já regressaram da roça assustadas e convencidas do ataque. Foram tratadas imediatamente, e quando vi a mulher mais velha, seu pescoço ainda estava roxo. À noite, os ruídos estranhos continuaram ao redor da aldeia, do tipo de barulho causado por galhos e pedaços de pau jogados e um velho, o pai do tuxaua da aldeia, revestido de autoridade no grupo local, discursou em voz alta, deitado na sua rede, para afirmar que as pessoas da aldeia somente se ocupavam de trabalho e nunca faziam excursões para jogar pedras em ninguém. Ao lado das nossas redes um jovem pai de família se deitou, armado, no chão entre dois mosquiteiros (o da sua família e o dos sogros).

Não aconteceu mais nada naquela noite e o homem acabou por dormir na própria rede. Mas o episódio mostra com clareza o impacto que o 'quadro xamanístico' da comunidade tem sobre a vida cotidiana da aldeia. O perigo chega de fora, os outros de bem longe podem, paradoxalmente, causar o maior ataque à saúde da população da aldeia. Estes "caboclos machos", que são malvados (referência também aos Kulina que têm reputação de exímios xamãs), se aproximam com más intenções e podem perfeitamente ser letais, se não houver um xamã capacitado na aldeia. Por esta razão o xamã ocupa um lugar central no imaginário e na realidade cotidiana Kanamari. Embora um homem mais velho (de talvez sessenta anos), um xamã respeitado, tenha se queixado uma vez que as pessoas começavam a esquecer este conhecimento, a prática xamanística continua bem viva, ocupando um lugar essencial na sociedade e cultura Kanamari. Homens mais novos foram iniciados, vários outros completaram a iniciação, e na segunda etapa da nossa estadia, três jovens (amigos entre si) resolveram tentar se formar como xamãs. Numa sessão de treinamento, no terreiro, à noite, à luz das lamparinas feitas de restos de latas, os presentes me perguntaram se eu não queria também aprender, e desde já me ofereceram pó de tabaco para aspirar. Era brincadeira, mas, de fato, me disseram que alguns *cariú* (termo regional para brancos), até mesmo sem saber a língua, conseguiram aprender e moravam, naquele momento, em Eirunepé. Diante da proposta achei melhor pensar primeiro sobre essa possibilidade.

O aprendiz de xamã precisa seguir certas regras, isto é, se privar de certos

alimentos e atividades, e, nas já difíceis condições, tal imposição e o uso obrigatório de tabaco, me fizeram hesitar. Entretanto, a curiosidade foi mais forte e eu disse para o xamã iniciador que, se era mesmo possível e sem problema, queria aprender. No mesmo dia desta conversa, já de noite, ele me mandou chamar à sua casa, a maior casa da aldeia, bastante central e com a frente para o rio. As casas atuais são inspiradas no modelo regional, com o chão elevado acima do solo, mas, naquele momento, sem qualquer parede. Ficamos sentados na beira da casa, olhando para o rio, praticamente só com a luz de uma noite clara. As casas estavam cheias demais por causa da presença da população da outra aldeia do alto Jutaf, Nauá. Atrás de nós havia um emaranhado de mosquiteiros de pano, que abrigavam os casais e seus eventuais filhos menores, todos já preparados para dormir. O xamã retomou a conversa falando de bancos e de dinheiro, numa tentativa de melhor entender o mundo dos brancos, tão diferente, mas apesar de todo, tão fascinante. Af, ele explicou que precisávamos botar rapé, o pó de tabaco, na boca. Os djohko necessitam de rapé e somente permanecerão junto ao xamã se o recebem regularmente. O obadim (rapé) é uma constante na vida de quase todas as pessoas, já que é praxe usarem-no todo dia, colocado entre os dentes e o lábio inferior. Afirma-se que se obtém um efeito de ânimo e de atenuação do cansaço e da fome. De fato, senti algum efeito logo. O xamã tinha mandado buscar o saco de pano no qual ele guarda as suas pedras e ainda brincou, indagando se eu não iria “foder” naquela noite. O aprendiz deve se abster de sexo, porque no momento em que o pênis entra na vagina, as pedras colocadas dentro dele sairão imediatamente e voltarão para o dono que as colocou. Af, sem cerimônia, ele tirou então umas dez pedras de sua barriga (embaixo das costelas, um pouco para o lado) e introduziu-as na minha. Colocar um grande número de djohko constitui o começo da iniciação xamanística. Depois, ele falou sobre as propriedades de alguns dos principais djohko. O djohko mawin, preguiça, é capaz de andar na água do rio e ir até a cabeceira. O piëda, onça, também pode ir longe, até o Juruazinho (junto com o Jutafzinho, aonde se localiza Caraná, o formador do Jutaf) ou até à boca do Tarauacá, no Juruá, e voltar rapidamente. Os djohko “viram” estes animais e o xamã os comanda para executar certas tarefas. Ele lembrou que “sem pajé morre tudo, não tem quem cure e, af, todos os doentes ficam sem remédio. Quando está doente, af rapaz, tá doendo muito aqui (apontando para a parte baixa da barriga). Tem piëda, não pode comer nada, af morre, tira, ah rapaz, não doi mais não. Depois de tirar já pode comer de novo”. Assim, ele já começou a en-

fatizar o quanto é imprescindível o xamã num grupo Kanamari: sem xamã só sobra a morte para todo mundo. Logo depois, ele creditou à divindade Tamakori a própria capacidade xamanística no mundo, e, portanto, a possibilidade de cura: “Foi Tamakori que fez, papai Tamakori, pra ficar bom”. A divindade Tamakori exerce uma influência imediata no cotidiano e a mitologia Kanamari atribui às suas atividades grande parte da transformação do mundo de seu estado original para o mundo com as características atuais. Vale observar que os Kanamari identificam Tamakori com a Lua, e seu irmão companheiro, Kirak, de força menor, com o Sol.

A associação da capacidade de cura com Tamakori se justifica pela importância primordial que este teve na constituição do mundo. Todos os fenômenos importantes se relacionam com o desenrolar da sua evolução, na qual Tamakori desempenha o papel principal. Em face disto, não é de estranhar que a lembrança da divindade tenha feito o xamã enveredar para um resumo da história do mundo. Assim, ele se referiu à subida original de Tamakori no rio, à sua aportagem em vários lugares para beber certos tipos de caçuma. Depois de subir até a cabeceira, Tamakori constrói um barco (ele veio de canoa), e desce o rio. Chegando novamente numa aldeia, ele introduz até motor de luz, “para tirar retrato”. Tamakori afirma que lá em cima têm muitos barcos (do tipo dos dos brancos). E mais, que ele vai descer o rio e subir para o céu, para andar na lua (*wadja*)⁽²⁾. Tamakori deixará *kanaron*, “a escrita”, lá embaixo e diz que mais tarde “patrão subirá o rio”. A partir daí, a história passa para a chegada dos “peruanos”, interessados somente no caucho, dos *cariú* e o início dos barracões em Eirunepé, um caso de matança de índios e sua vingança, a chegada do “coronel” dono de um grande barracão e o conflito que surgiu (registrado para a primeira década deste século nas notas do missionário Constantin Tastevin)⁽³⁾. No final, reporta-se a um campo de pouso feito pelos brancos, para o avião trazer mercadoria (termo designativo dos bens vindos de fora da região), e ao fato de Tamakori não ter ficado atrás e também possuir um avião.

Depois desta longa história, o xamã encerrou a conversa um pouco abruptamente, porque o tempo tinha passado e éramos os únicos na aldeia ainda

(2) Uma outra inovação com elementos pós-contato se refere ao movimento, no céu, da lua e do sol. Um informante afirmou que os barcos nos quais estes viajam são movidos a *djohko*. O *djohko* conota, assim, algo como a possibilidade de movimentação, quase uma força inerente que pode ser aproveitada.

(3) Anotações feitas pelo missionário C. Tastevin, no período 1905-1925, localizadas e traduzidas do original francês pelo padre Teodoro Van Zogel (então padre da Diocese de Tefé).

acordados. A narrativa revela alguns traços do pensamento mítico dos Kanamari, os quais considero mais gerais e não limitados, portanto, a esta fala em particular. Em primeiro lugar, vale observar que a narrativa se inicia bem no começo do mundo quando Tamakori subiu o rio, preparava carreiras de coquinhos e ao regressar, encontrava as aldeias dos povos em pleno vigor (Kanamari, Kulina, Kaxinawa). Ressalte-se também que, quando Tamakori saiu definitivamente deste mundo, ele deixou, através da escrita, os conhecimentos que os brancos atualmente detêm para a fabricação das mercadorias. A mitologia estabelece, deste modo, que Tamakori continua sendo a fonte da transformação do primeiro mundo, e esta posição é preservada pelo fato de ser ele o detentor original da posse dos objetos industrializados. Ou seja, tudo deriva da divindade, ficando resguardada a sua primazia e o valor dos costumes indígenas que avaliza. O tempo mítico fundador permanece validando a prática xamanística atual. Observa-se que existe uma clara linha cronológica no relato: a partir do evento que consideramos mítico mas que, para os Kanamari, é histórico, passa-se por eventos e fases historicamente documentados, nesta mesma seqüência (Eirunepé tem até o nome antigo de São Felipe). Em suma, o pensamento mítico constrói um desenrolar histórico que dá sentido ao mundo contemporâneo, e pode colocar alguns eventos em seqüência para passar do mítico à atualidade. Além disso, a narrativa se ocupa com a “mercadoria” e os brancos, mas deve-se enfatizar que este fio histórico se desenvolve em paralelo com, por exemplo, o xamanismo. No cotidiano surgem quatro temas com destaque, isto é, mercadorias, *djohko*, sexo e comida. E estes se inter-relacionam atual e historicamente, integrando o conceito Kanamari de bem-estar.

A origem do tabaco e a dispersão da caça

No primeiro mundo, muitos fenômenos não existiam ainda, e outros elementos tinham características diferentes das atuais. Neste universo inicial as fronteiras entre coisas e seres eram bem mais fluidas e só se consolidam aos poucos. Seres humanos e seres animais não constituíam categorias ontológicas nitidamente separadas e vários mitos contam como certos seres portadores de nomes de animais terminam assumindo, permanentemente, sua forma animal. Um destes mitos nos interessa em particular, porque não só explica transformações desse tipo, mas marca simultaneamente um modelo de convivência social e política que se mantém vigente até hoje. O contexto da primeira vez em que alguém me contou este mito é, nesse as-

pecto, significativo. Na época, as duas aldeias mais antigas, Caranã e Nauá, estavam reunidas numa nova grande aldeia, em plena construção, num lugar mais para baixo no rio, Queimado, e os ataques xamanísticos prosseguiram. Neste ambiente de tensão social, centralizada nos *djohko*, o informante iniciou a conversa com um histórico sobre uma guerra havida entre vários grupos Djapa (Kanamari) e os Kaxinawa. Isto se deu em resposta a uma pergunta que eu fizera a respeito da preparação do alucinógeno *rami* (*ayahuasca*) que os Kulina aprenderam dos Kaxinawa⁽⁴⁾. A associação com a guerra não é de estranhar, afinal, tal qual o ataque com *djohko*, a guerra de arco e flecha acarreta feridos e mortes causados por estranhos. A diferença se localiza principalmente no fato que o primeiro tipo de agressão muitas vezes fica por conta de Kanamari pouco conhecidos, enquanto que o ataque guerreiro se deu com um povo diferente, de comunicação muito difícil por ter uma língua totalmente diferente⁽⁵⁾. Selada a paz, os Kaxinawa vieram passear e participaram de festas, no mesmo estilo em que se concluem as alianças intra-Kanamari. Em ambos os casos estão em jogo relações políticas com o exterior do grupo local.

Relações amistosas se estabelecem quando há conhecimento do outro e “o tuxaua entra na maloca, conversa direito”, para depois “poder chamar todo mundo, para mostrar que aí todos são ‘bons’, a outra maloca convida o pessoal para beber caçuma, fazer *tlaihai* (uma festa)”. Esta participação nas festas e rituais garante, em princípio, que as duas malocas não ficarão “valentes” uma com a outra, e que não utilizarão *djohko* entre si. Imediatamente, o homem que deu esta explicação prosseguiu a narrativa, sem interrupção ou estímulo externo, passando a contar o mito de origem do tabaco. Para ele, o mito se associa com a concepção destas relações externas de paz e guerra. Faremos um breve resumo do começo do mito, mantendo o estilo original: “Naquele tempo, e não faz tanto tempo assim, tinha uma primeira casa. Estavam todos brabos uns para os outros. A anta

(4) Os Kanamari afirmam ter aprendido a fazer *rami* - alucinógeno que também empresta seu nome à festa - com os Kulina. Estes, por sua vez, teriam emprestado o conhecimento dos Kaxinawa. Atualmente, o *rami* é uma das festas mais populares dos Kanamari, é quase como um divertimento para muitos, por causa da qualidade das visões. Por outro lado, a festa do *rami* não ocupa um lugar tão central quanto entre os Pano, entre os quais é um ritual da maior seriedade. O *rami*, seu preparo e a festa, exigiriam um outro trabalho e não podem ser discutidos aqui.

(5) Os Kulina, neste sentido, ocupam um lugar intermediário entre os que são *tékëna* “gente” e os que são totalmente diferentes, porque os Kulina são outros (não *tékëna*), mas outros mais conhecidos, com os quais os Kanamari compartilham o campo xamanístico.

tá brabo para a paca mais o veado. A paca tá morando mais o veado. A anta tá morando mais o jaboti, que também era gente. Nos chamamos o jaboti também Djo'o. Agora não é gente mais não, agora já tá tudo caça. Tem fruta no mato, mas o veado planta muito oba (tabaco) para botar na venta da anta. É para vomitar carne de gente. Ele mata o filho de kiwa (paca), rapazinho. Matou, e botou mesmo no camborão grande, para cozinhar”.

Ao apontar para o fato de que a paca e o veado moram numa mesma maloca e a anta e o jaboti numa outra, fica evidente a associação com a concepção das relações entre as malocas. A anta mata o filho da paca e pretende comê-lo, e até oferece esta comida ao pai que veio visitá-la. O pai, entretanto, percebe o que está acontecendo e não aceita a comida. Deve-se adiantar aqui, que o canibalismo é rejeitado fortemente pelos Kanamari e que o narrador acabou de caracterizar os Kaxinawa como desprezíveis canibais. Para se vingar, a paca, aspirando o forte tabaco do veado, vomita e tira cobras de seu corpo. Estas são colocadas no igarapé, e cada vez que uma anta vem tomar banho - viviam todas juntas - é morta por uma cobra e o “pessoal da paca” dá sumiço ao corpo. Finalmente, a paca consegue matar a anta principal, distinta por seu peso e banha fora do comum. Para tomar satisfação, as outras antas levam tabaco e rapé para a maloca da paca. Lá, botam o rapé no nariz da paca e do veado para fazê-los vomitar, mas estes só tinham comido frutas e não tinham tocado na carne. Ao contrário, quando chega a vez da anta, a paca acha pedaços incriminatórios e faz a acusação. A anta nega o fato e todas elas se retiram para a sua aldeia. À noite se reúnem no terreiro para um ritual e resolvem se espalhar pelo mundo. Uma vai para um rio, outra vai para um outro e assim povoarão todos os cantos. A paca e o veado demoram mais um pouco, mas também resolvem se espalhar pelo mundo. É por isso que, embora esta gente-animal inicialmente morasse junta nas malocas, hoje é encontrada em todo canto e se transformou em caça sem traços culturais humanos.

O modelo ideal de grupo social que, segundo os Kanamari, se configurava antes do contato desagregador, se refere justamente a uma situação igual àquela descrita para a gente-animal, ainda indefinida neste aspecto da forma. Os Kanamari constituíam um grande conjunto de unidades autônomas, idealmente em todos os seus aspectos, da subsistência até a reprodução humana. Chamavam-se x-Djapa, com nomes de animais diferenciando as unidades entre si, e todos os membros de uma unidade viviam numa mesma maloca. A autonomia se estendia à endogamia e as relações exteriores não passavam pela troca de mulheres ou homens, mas se restringiam

justamente ao plano da sociabilidade, à troca de bebida e comida e à participação em festas rituais. Os Kanamari imputam à situação de contato o fato de que este modelo deixou de ser posto em prática, embora o seu valor permaneça forte e a autonomia tenha sido transposta para a aldeia, não obstante as pessoas tenham uma descendência misturada e variada. Dadas estas circunstâncias, facilmente se percebe a relevância do mito, já que a gente-animal vivia, conforme o modelo, em malocas, em conjunto com os seus, embora a congruência não seja perfeita, já que duas espécies viviam juntas em cada maloca. O que não ficou explícito neste relato, mas sim numa outra versão, é a razão do filho da paca morar numa outra aldeia, ter contraído casamento nesta outra maloca. Esta quebra do ideal de endogamia, pela uxorilocalidade, enseja o comportamento anti-humano da anta. A paca se vinga indiscriminadamente, utilizando o tabaco forte do veado para obter meios xamanísticos potentes, até que consegue matar um animal que será o mais cobiçado como caça, em termos Kanamari. Para provar o canibalismo novamente utiliza o tabaco, já que este produz o vômito incriminatório, como se fora um xamã que quisesse tirar um **djohko** do seu corpo.

Um outro informante respondeu a uma pergunta sobre a origem do tabaco com este mesmo mito. A narrativa explica, assim, tanto a origem do tabaco, situando-a no contexto de conflitos inter-malocas, para os quais representa uma condição prévia essencial, como a passagem da gente-animal para o estado de animal, ou, mais precisamente, como caça (ou seja, hoje caçado e comido pelos seres que se definiram na forma humana). A quebra da endogamia, ideal de grande valor entre os Kanamari, acarretou o ato anti-humano e a guerra xamanística. A mensagem aí está clara: cada maloca deve manter sua completa autonomia. O tabaco e a prática xamanística surgem depois, neste quadro de relações exteriores conflituosas entre os Djapa⁽⁶⁾. A exogamia se revela perigosa, ao ponto de desencadear um processo que resulta na forma animal de ocupação dispersa da terra. Diga-se, de passagem, que outros mitos se referem também claramente ao perigo da exogamia e à transformação da gente-animal, geralmente como resultado de atos condenáveis. O mito em questão não deixa a menor dúvida de que o xamanismo desde sua origem se relaciona intrinsecamente com as relações exteriores, políticas, das unidades Djapa. O perigo vem de fora, dos outros Djapa, reconhecidos como “gente”, por terem língua e cultura muito semelhantes entre si, especialmente daqueles mais afastados. Os que moram lon-

(6) Pode-se dizer “Gente da Anta” na forma Mok Djapa, ou seja, na mesma forma em que se fala das unidades humanas. O casamento mistura, então, o que devia ficar separado.

ge são, paradoxalmente, os suspeitos de virem, às escondidas, e atrapalhar a vida a tal ponto que os membros de uma aldeia acabam por procurar um lugar de moradia mais tranquilo. A história Kanamari está repleta destes deslocamentos. Em 1984, as aldeias acusadas se localizavam bem longe, no Pauiní e no Xeruã por exemplo, e eram desconhecidas. Em 1988, houve uma reunião com os Kanamari de Tarauacá, Xeruã e Juruá e se atribuiu a este contato direto (com negações mútuas de ataques xamanísticas) o fato de não ter havido nesse período “caboclos machos” rondando a aldeia. No caso de uma doença registrada, na mesma época, com extração de **djohko**, a culpa recaiu sobre os Kulina. Os relatos históricos confirmam geralmente o modelo da distância próxima, mas outras situações mencionadas se aproximam do mito, quando há desconfiança até daqueles localizados na vizinhança e que participam de festas conjuntas. No fundo, apesar da idéia de que os vizinhos possam estabelecer relações sem animosidade, tudo que se localiza fora do âmbito Djapa tem um componente potencialmente perigoso.

A subida ao céu e o ritual kohana

O ritual **kohana** é um dos rituais mais importantes dos Kanamari. A única vez em que realizaram este ritual em minha presença coincidiu com um período intenso de ataques xamanísticos e conseqüentes tratamentos. Evidentemente, tal fato se encaixava justamente no foco social temporário dos **djohko**, porque o **kohana** é um dos nomes para as almas que moram no céu, e uma das pedras que um **xamã** pode possuir, também, é um **kohana**. Da pedra, o **kohana** transforma-se em uma pessoa pequena e, como tal, pode-se encarregar de alguma tarefa que o **xamã** a mande executar. Neste caso, um **xamã** mandou o **kohana** espiar aldeias no Itacoaí, para verificar se provinham daí os índios atacantes. O **kohana** voltou e se encontrou no mato com o seu dono. Este colocou a pedra novamente no “bucho”, e aí o **kohana** deu-lhe conta do que se certificara. Neste caso, não havia índios valentes para aquele lado e tudo estava tranquilo. O dono se encarregou de tranquilizar os outros na aldeia, bem a propósito na situação de agitação do momento.

Para receber o **djohko**, o dono toma rapé e este rapé deve ter algum efeito sobre ele. O efeito narcótico do tabaco talvez não seja o de um verdadeiro alucinógeno, mas os Kanamari costumam misturar ao rapé o pó de casca de certas árvores (não identificadas) com o intuito declarado de

que fique mais forte. Isto provavelmente ajuda a entender como o xamã vê o **kohana**, como o transforma em pedra por intermédio do rapé, entra em contato com ela no seu corpo e, ainda, dialoga com esta. O estado de transe do xamã é traduzido pelos índios por “bebo”, e um informante comparou o seu efeito àquele do **rami**, o que implica numa visualização muito forte e nítida.

Como já assinalamos, ao retornar, o **kohana** transmite o que verificara ao xamã e este, por sua vez, tranqüilizou a população. O papel do xamã, neste eixo horizontal, implica em procurar verificar se há, e de onde provêm, as ameaças externas, e a mobilidade dos **djohko** que ele domina garante esta possibilidade⁽⁷⁾. O **kohana**, ao retornar, mostrou o desejo de tomar rapé e caiçuma (elemento essencial ao gosto e à saciedade no fim de uma refeição e elemento indispensável numa festa), e de cantar no “bicho da gente”. O xamã organizou, então, o ritual do **kohana**, em que os homens cantadores se cobrem totalmente com vestimentas feitas de uma espécie de palha. Eles tomam rapé e o xamã introduz-lhes as pedras. Assim, o cantor fica sob a influência destas, “bebo”, o canto sendo atribuído ao **kohana**, e não propriamente ao cantador. Ao final da sua participação, o cantador ou vomita a pedra, ou tem-na retirada do seu corpo pelo xamã. Vale observar, que, sendo os **kohana** do tamanho de uma criança, provavelmente não é por acaso que a voz do cantador não é sua voz normal, mas sim uma voz bem aguda, alta. As mulheres, como dizem os homens, devido ao receio que, afinal, os **djohko** lhes inspiram, esperam os cantadores no terreiro, às vezes já cantando, e acompanham o canto liderado pelos homens. Nunca se aproximam do lugar onde os cantadores se vestem e descansam enquanto se revezam no canto (neste caso, o início de uma trilha do mato). As letras dos “passes” dos rituais são geralmente curtas, uma ou poucas frases, e repetidas no canto. Os **kohana** se identificam como moradores do céu, e geralmente se considera que há duas esferas celestiais e que os mortos se localizam naquela mais acima, onde levam uma vida que se assemelha à vida na terra. As letras, então, falam de “cantar com minha irmã até o amanhecer”, e descrevem como estão as coisas lá no céu.

A origem do ritual se relaciona com tempos mais antigos, isto por que a

(7) Evidentemente, o xamã pode aconselhar a mudança de lugar de moradia também. Nesta ocasião, um dos xamãs entrou no mato, por algum tempo, armado com uma espingarda, com o objetivo de verificar a presença ou ausência de inimigos na vizinhança. Não os encontrou, o que deve ter tranqüilizado mais um pouco a população. Conta-se, por outro lado, sobre encontros com índios estranhos e até de que se conseguiu matar alguns. Os corpos, porém, sempre acabam sumindo antes que o matador e os seus parentes consigam capturá-los (ver nota seguinte).

viagem para o céu atualmente só é feita pelos mortos. Ou seja, os xamãs de hoje não são capazes de viajar até o céu, embora haja notícias de esforços em conjunto para realizar o feito. O relato das coisas lá do céu não deriva meramente dos **kohana**, mas se fundamenta no mito de Djanim. Ao conversarmos sobre o ritual, espontaneamente surgiram referências ao mito, porque Djanim foi ao céu, trouxe objetos de lá, e contou sobre aquilo que viu. Segundo algumas versões, Djanim era um xamã cujo filho acabou de morrer, e para revivê-lo, subiu ao céu. Para isso, utilizou uma pedra grande, **tohnim** (garça grande), que, pelo que entendi, não estaria mais em poder dos xamãs Kanamari atuais. Djanim fechou os olhos (senão caíria), e subiu de corpo inteiro. O que acabou por denunciá-lo, na medida em que, ao aceitar o convite de uma mulher para ter relações sexuais, o seu pênis estava duro, ao contrário do que acontece com os mortos. Os mortos, **tékëna ikunanim**, até onde sei, se compõem de **diwahkom** “coração” (ou, talvez, “espírito”?) que dá substância ao **ikunanim**, a sombra da pessoa, no sentido literal. É necessário averiguar melhor este ponto, mas, ao que parece, a alma do morto teria uma substância menos forte do que o corpo de um vivo. Djanim passeou no céu enquanto vivo, participou das festas e chegou mesmo a levar para lá a sua mulher.

Djanim cessou de viajar porque Tamakori lhe disse que não era correto vir até o céu de corpo inteiro e que, ao contrário, só deveria voltar e permanecer no céu depois de morto. Djanim desistiu, então, o que explica que a ação dos xamãs atuais não se estenda neste eixo vertical, implicitamente limitando seu poder de cura⁽⁸⁾. Os objetos por ele trazidos serviram, em primeiro lugar, para comprovar aos incrédulos que ele efetivamente subiu ao céu. Algumas coisas, tais como a fruta cobeu (não identificada), continuam a ser associadas ao xamanismo porque essa fruta é considerada boa para o aprendiz de xamã. Djanim continuou sendo um grande xamã, e iniciou uma festa aqui na terra que aprendeu lá no céu, sendo que este ritual, às vezes, é referido explicitamente como **kohana**. Ou seja, aparentemente foi aí que se aprendeu o próprio **kohana** e se realizou pela primeira vez este ritual cujas letras se baseiam sobre o que Djanim reportou. A força deste xamã ainda se destaca pelo fato de que ele mandou a pedra “lontrinha” pescar peixes para a comida no ritual, do mesmo modo que é também demonstrada no fim da sua vida. Depois que morreu e foi enterrado na maloca, como era o costume naquela época, ao cair da noite

(8) Na verdade, o conceito de “morte” inclui todo tipo de perda de consciência, e, assim, a menção a alguma morte não necessariamente implica numa morte definitiva.

seu corpo saiu da cova, com um estrondo grande, passando direto pelo teto e subindo para o céu⁽⁹⁾. Os mortos comuns, ao contrário, transformam-se em terra nas suas covas e só suas almas sobem. Aliás, segundo alguns informantes, para estes últimos, o xamã colocaria a pedra **kohana** no corpo morto, para que se dê o transporte para o céu, aonde a alma fica e de onde a pedra retorna para seu dono. Torna-se necessário verificar a extensão desta idéia entre os Kanamari, mas, dadas as características da pedra **kohana**, esta função do xamã e do **djohko** seriam perfeitamente compreensíveis.

Dois outros mitos e ritos

Como já indicado, em outros mitos aparecem pedras e animais transformados em suas formas definitivas. Dois destes merecem um rápido comentário. Há um mito em que uma onça mata um homem que está caçando sapos, e depois finge ser essa pessoa perante suas mulheres. Estas percebem que algo fora do comum está acontecendo, fogem e escapam da perseguição da onça, graças a um sapo que habita os buracos das árvores. Este sapo, kana'am, faz uma criança numa das mulheres que, depois de sair do buraco, rapidamente tem o filho. Este demonstra logo ter uma natureza mista: tanto é onça quanto gente. Por exemplo, ele mata queixada como onça e come parte crua, mas oferece o resto para a sua mãe. Na verdade, o filho do sapo é uma onça **djohko**, capaz de transformação, e acaba sendo morto, por esta razão, por um parente próximo. Contudo, antes de morrer, ele deixa instruções com a sua mãe para que lhe sejam retirados cabelos do queixo. A partir daí, volta a viver, só que na forma de uma onça vermelha. Deste modo, a existência deste tipo de onça é explicada, com uma clara relação com **djohko**. Ademais, há um ritual cujo nome se vincula a este animal. Segundo algumas informações, sem confirmação, seria o único ritual, além do **kohana**, a utilizar **djohko**. Nunca tive oportunidade de assisti-lo, nem a um outro, um ritual de saudade do morto que encerra o período de luto e de saudade. Vale lembrar este último ritual, porque, no final, se enterra o cabelo (junto com alguns pertences) do morto no terreiro. O outro mito trata da uma onça **djohko**, **piëda djohko**, sendo neste caso um jaguar. A narrativa conta a vingança de um xamã que, ao lhe ser negado

(9) Segundo o homem mais velho da aldeia, Djanim era Bim Djapa (Mutum), mas outras pessoas (também de reconhecido conhecimento) informaram que era Kadjikir Djapa (um macaco). Há, ainda, referência a Waré'im, consensualmente considerado Kadjikir Djapa, que igualmente teria visitado o céu. Se os dois fossem claramente oriundos de Djapas diferentes, poder-se-ia pensar em tradições semelhantes.

um presente por alguém de uma outra aldeia, manda uma onça-pedra matar todas as mulheres desta aldeia. Uma jovem, porém, consegue escapar do massacre e a onça assume a forma de sua madrinha. Enquanto a jovem se deixa levar, escondida, pelo rio, a onça a chama como se fosse a mulher mais velha, mas se trai porque não leva nenhuma iluminação para andar no escuro. Depois, os homens perseguem o velho xamã, sua filha e genro, mas estes fogem para um outro rio (apelam para este recurso porque não tinham meios xamanísticos de vingança). Quando alcançam, finalmente, a filha (e o genro), a primeira não se opõe à morte do pai, porque reconhece a sua maldade. Neste caso, a frase gritada pela onça durante a perseguição (“afilhada, afilhada, eles mentiram para você, para você mentir para seu pai”) entra no ritual do **piëda nhañim** (“onça grande”, ou seja, “jaguar pintado”), e um contador do mito praticamente cantou a frase enquanto o narrava⁽¹⁰⁾. Por outro lado, o resto do ritual, até onde sei, consiste fundamentalmente de ‘passes’ feitos de frases curtas que contêm referências às características dos animais e não se reportam mais ao **djohko**. Vale assinalar que neste mito o velho xamã, que anteriormente morava numa aldeia conhecida, é eliminado à força. Ou seja, apesar de ser conhecido, e da regra mais geral de **djohko** por **djohko**, pelo menos desta vez o xamã só poderia ser eliminado pela violência física. Neste sentido, vale ainda observar que há informações, em menor número mas claramente distintas das mortes por **djohko**, de mortes atribuídas a veneno do mato, com a evidente implicação de traição de relações aparentemente amistosas, porque aí a proximidade é que permite envenenar a comida ou a caiçuma.

Aprendizes e pedras

Não é de estranhar, portanto, que o xamã, o **bau**, seja considerado um homem essencial para o seu grupo, alguém necessário e bom, porque cura as doenças causadas pelos inimigos externos. Os outros, os homens e xamãs de outros Djapa desconhecidos serão aqueles **bauhi** que vêm para perturbar a vida, desempenhando o papel de malvados⁽¹¹⁾. Sendo assim, há

(10) Quando os índios me contaram este mito, não mencionaram que se referia a uma época mais recente, e não à época mítica. Segundo meu colaborador para a tradução de mitos, os Kanamari fazem esta observação, e atribuem os eventos míticos a tempos mais recentes. Não tive meios de verificar este ponto. É possível que assim seja, mas, por outro lado, o ritual e o mito exibem, no meu entender, uma tendência à inércia, uma resistência à mudança, e, por esta razão paira alguma dúvida, na medida em que o mito e a parte do ritual referente parecem bem estabelecidos. Outra informação, seguramente ‘histórica’, dá conta da matança de um xamã dos Om Djapa.

(11) Segundo o mesmo colaborador a partícula “hi” confere uma conotação de giro ao substantivo. De fato, os **bauhi** circulam em volta da aldeia.

grande interesse pessoal e público para que haja número suficiente de xamãs na aldeia, e, de fato, existem vários homens que aprenderam dos seus antecessores mais velhos⁽¹²⁾. Por outro lado, a aprendizagem não é tão fácil assim, e vários homens tentaram, sem, no entanto, conseguir terminar a iniciação. O tuxaua e xamã já mencionado quis iniciar seus filhos adotivos, e dois destes aprenderam enquanto o terceiro tentou duas vezes e não conseguiu. No começo da iniciação daqueles três jovens, anteriormente referidos, comandada por outro xamã, ele aproveitou a ocasião para trazer seu filho mais novo (talvez com uns onze anos). Destes quatro só tenho notícia, não confirmada, de que um teria terminado realmente a aprendizagem. O caminho é duro por causa da série de proibições que devem ser respeitadas e porque colocar e tirar pedras não é fácil. À tarde, antes do início da aprendizagem dos três, o xamã quis gravar algo numa fita cassete e, então, registrou alguns “passes” do kohana. À noite, pediu para que se tocasse a fita na presença dele e dos aprendizes. kohana, como é óbvio, foi apropriado para o evento por ser o ritual de djohko por excelência, e é significativo também que o xamã tenha confessado que somente sabia cantar este ritual. Logo em seguida, o xamã resolveu botar as pedras nos rapazes e enumerar uma série de proibições (principalmente a de não comer), o que fez movimentando-se de um pé para o outro, enquanto emitia o som “hihihi”, lembrando o som de um jaguar. Logo depois, sentou e vomitou a pedra-jaguar, para esfregá-la nas suas mãos, olhá-la, mantendo-a para o alto, e mostrá-la aos aprendizes.

Alguns aspectos se destacam neste processo de aprendizagem. O xamã coloca várias pedras no corpo dos aprendizes, tanto, aparentemente, para acostumá-los a esta presença, como para controlar sua obediência às proibições, já que, vale lembrar, em caso de transgressão, as pedras voltam para seu dono. O que fica evidente também é o caráter voluntário da iniciação: quem quiser aprender, porque acha bonito ou vantajoso, pode simplesmente tentar, e não há, até onde sei, necessidade de alguma doença ou outro sinal de indicação de obrigação de aprendizagem⁽¹³⁾. Os rapazes, anterior-

(12) Não somente qualquer um é capacitado para a aprendizagem, como aparentemente os xamãs são indistinguíveis dos homens comuns. Ou seja, os afazeres cotidianos não distinguem o xamã e este desempenha as mesmas atividades diárias. Evidentemente, tendo um papel fundamental no grupo, o xamã ocupa uma posição de destaque e influência no seio deste. Como no caso do tuxaua, o xamã pode fazer derivar autoridade de sua posição, mas não detém o poder de impor sua vontade. Vale observar ainda que não há uma negação explícita da capacidade das mulheres serem xamãs. Apesar da ausência de proibição, não existem atualmente mulheres xamãs. Há notícia de ter existido uma, reputada de ser muito limitada em suas ações.

(13) Os aprendizes retribuem pela aprendizagem. Entretanto, tenho a impressão de que isto é relativamente limitado, implicando, por exemplo, em alguma ajuda de tabaco e em trabalho. Também, até onde sei, os pacientes não recompensam os curadores com presentes, pelo menos de importância maior.

mente mencionados, começaram a aprender com um xamã, mas, como no caso do outro xamã que se aproveitou do momento para fazer iniciar seu próprio filho, a iniciação não se limita à relação com um único iniciador, mas vários xamãs se envolvem. No meu caso, o primeiro xamã me mandou procurar outra pessoa de reconhecida competência para pedir a colocação de mais pedras. Isto é, é geral a responsabilidade na iniciação. Este aspecto se expressa também na participação de outras pessoas, não iniciadas, quando, por exemplo, ajudam a aspirar rapé nas narinas dos aprendizes. Tais eventos se processam de noite, no terreiro, em plena vista de quem quiser assistir, e, assim, toda a comunidade pode verificar em que ponto está a aprendizagem. Os aprendizes primeiro tentam colocar pedras bem pequenas em si mesmos, para, deste modo, aos poucos dominarem a técnica de introduzi-las. Há ocasiões em que tomam tanto rapé que vomitam, para que os xamãs procurem af as pedras que estavam nos seus corpos (e que pode levá-los a perder a consciência). Aprende-se, portanto, publicamente, a colocar e retirar pedras cada vez maiores, até que se detenha a capacidade de entrar sozinho no mato, quando, segundo um xamã reconhecido, os aprendizes se encontram com um **djohko** na forma de bicho e de gente (bem semelhante ao **kohana**, embora isso não tenha sido explicitado). Segundo este mesmo xamã, o aprendiz tira um pau cheiroso para ver os **djohko** e um mestre manda um **djohko** grande ao seu encontro, no mato. Enfrentando sozinho “pedras viradas” ou pedras grandes (aparentemente mandadas pelo ar), o aprendiz comprova seu domínio definitivo.

Como já ficou claro, o xamã sempre toma rapé antes de curar e ele verifica, primeiro com as mãos, o lugar afetado do paciente. Em poucos casos ele retira a pedra com as mãos, de modo semelhante ao qual tira de si próprio (ele pega uma dobra de carne da barriga com o dedão e o dedo indicador, e af flexiona com rapidez para tirar a pedra). Geralmente, as pedras, quase sempre mais de uma, estão localizadas mais no fundo, e o xamã suga o local, vai para o lado, fica de cócoras, vomita forte (a-seco) e toma a pedra entre as mãos para esfregá-la. As vezes ele emite um “tsek tsek” enquanto esfrega a pedra que é guardada dentro de sua própria barriga. Deste modo, ele encontra no tratamento um meio de aumentar seu próprio estoque de **djohko**. Os **djohko**, na verdade, não são facilmente encontráveis, inclusive porque o material lítico é difícil de encontrar na região. Pode-se encontrar algum no mato ou numa viagem, mas esta não parece ser a maneira mais comum. Outra forma de aquisição se relaciona com o fato de que muitas, se não todas as chamadas “pedras”, não são de material líti-

co. As pedras que os xamãs me mostraram pareciam de outra origem, supostamente de resina de árvores, tendo inclusive uma coloração amarelada como âmbar. De fato, existe uma árvore especial, **djohkomam** “árvore de **djohko**”, em que se encontram **djohko** colados na madeira. Nesta árvore, todos os tipos de **djohko** estão presentes, caem e “viram” (assumem) suas formas animais. Trata-se de uma árvore alta, e os animais que se transformam ao seu redor, mantêm a área em volta limpa, como se fosse um terreiro. Obviamente, somente os xamãs se arriscam a visitar esta árvore, ainda assim, antes de se aproximar, tomam rapé e se vestem com a mesma indumentária usada no ritual do **kohana**. Af há **piëda**, tatu canastra, macaco preto, macaco cairara, veado preto, enfim, quase todos os tipos de **djohko** estão presentes.

Desta forma, conclui-se que existe um potencial de crescimento na quantidade de pedras em circulação e que não há um estoque fixo e limitado. Um informante fez uma exceção para a pedra **adjaba** - uma espécie de monstro que se parece fisicamente com gente mas não o é, e que mata as pessoas para comê-las - que seria remanescente do tempo em que **Tamakori** ainda andava pela terra. Como já vimos, as pedras requerem um cuidado constante por sua necessidade de tabaco, sob pena de procurarem outro dono. Mais do que isto, há referência ao fato de que os **djohko** saem voando após a morte do xamã, retirando-se do seu corpo (com um barulho “tum”), no incio da noite, o que possibilita o fluxo dos **djohko**.

Existe um grande elenco de tipos de **djohko**, e, pelas coleções que dois dos mais respeitados xamãs me mostraram, é possível obter-se um número significativo dos diversos tipos (pelo que parece, um ou poucos exemplares de cada tipo). Vale aludir a este elenco, mesmo que não exaustivamente: **piëda**, o jaguar que pode até comer as outras pedras quando estiver com fome; **adjaba**, que pode andar à frente do seu dono, à noite, para alertar sobre a presença de cobras; **hudja**, o macaco preto, o único que, com rapé na venta, se torna gente e anda ereto; **mawin**, a preguiça, que anda por baixo da água do rio; **mapiri**, a cobra grande (tipo sucuri) que vira cobra na água; **wadjo paranim**, o macaco cairara bom para espiar, e que, em um caso relatado, buscou, num dia só, tabaco em **Eirunepé** para seu dono; **wadjo tiknim**, o macaco cairara de variante preto, para os **Kanamari**; **kohana**, as pedras de gente pequena, identificadas com as almas; **bitsi**, a lagarta que come a carne da gente em feridas abertas, mas que é menos perigosa que as outras; **manaron bitsi**, a larva de uma mosca que é

associada aos cadáveres de animais mortos; **kawahili**, o felino maracajá; **mok**, a anta; **ihtakirakom**, a lontrinha; **maham**, uma pedra que não é um animal, estimula as pessoas a ganharem peso (segundo o ideal estético dos Kanamari), e, mais do que isto, é colocada pelo xamã nas mulheres para evitar a concepção de filhos (ou seja, um anticoncepcional); e, finalmente, pedras simplesmente chamadas **djohko**.

O xamã é capaz de produzir pedras do tipo que pretenda possuir. Isto é, afirma-se que ele seria capaz de usar uma parte do corpo de um animal (ao que parece, geralmente o olho), misturá-la ao **djohko** para que adquira as características do animal. Não disponho, por outro lado, de informações sobre a frequência deste processo na prática. Um procedimento, no mínimo semelhante ao anterior (não está totalmente claro como se adiciona o órgão à pedra), consiste em derreter uma pedra para adicionar veneno ao **djohko** que, por isso mesmo, ganha grande periculosidade. Não causa surpresa ter sido esta informação precedida da acusação de que são os outros que assim agem. O interessante é que se conjuga **djohko** e veneno do mato, apesar dos dois continuarem como categorias distintas. Alguns dos animais-**djohko** carregam outros **djohko** com a missão de jogá-los - usando-se badoque ou até pedaço de pau - para que atinjam as vítimas. Os que exercem esta função são **kohana**, **piëda**, **hudja**, **wadjo paranim**, e é possível que haja outros. Vale observar que, como ressaltam os índios, uma pedra em forma de animal é efetivamente tal animal. Um jaguar, uma pedra dentre as maiores, realmente será um jaguar e perfeitamente capaz de matar nesta condição, se seu dono assim o ordenar. Porém, ao matar uma onça-**djohko** o corpo permanecerá, mas algo como a essência - o já mencionado **diwahkom** "coração" - sairá do cadáver (novamente com um barulho característico) e voará de volta ao encontro do seu dono. Na verdade, as pessoas citaram, espontaneamente, somente este exemplo, mas provavelmente o mesmo vale para os outros **djohko**. A menção ilustra, isto sim, muito bem o lugar predominante do jaguar, mais em particular do **piëda kanaronim**, a onça grande pintada. Numa dada ocasião, a aldeia inteira entrou em alvoroço, porque se acabara de descobrir sinais de uma onça na vizinhança próxima. Organizou-se imediatamente um grupo de homens para caçar o felino. Dado o perigo que ele representa tanto na sua forma animal, como na sua capacidade de transportar e lançar **djohko**, tal reação é bastante compreensível. Os Kanamari não comem certos animais, alegando seu mau cheiro, e às vezes usam este argumento para justificar sua recusa em comer carne de onça. Mas, por outro lado, o xamã considera,

ao que parece, a onça como um filho, usando o termo apropriado (**ipia**), o que, pela transitividade da terminologia, faz com que a onça seja parente de qualquer indivíduo. Comê-la, nesta perspectiva, se transformaria num ato de canibalismo⁽¹⁴⁾. Por fim, o próprio xamã, utilizando muitos **djohko**, que se espalham pelo corpo inteiro, teria a possibilidade de se transformar numa onça.

Não temos relatos sobre casos particulares de xamãs que viraram onça, e não houve menção de alguma possibilidade de se transformarem em algum outro animal, o que leva a confirmar a importância dos **djohko** (mesmo que, posteriormente, se dê a confirmação da transformação do xamã). A posição central do jaguar se observa claramente quando se leva em conta que ele é o mestre dos animais, e mais especificamente ainda, o mestre (“chefe”) dos mestres, subordinados, que cuidam de conjuntos menores. O jaguar exerce esta função na terra, e uma outra onça, **piëda aheyotam**, na verdade uma onça-**djohko**, toma conta do domínio da água. Os animais são “a gente dele”, dos quais cuida e nos quais manda, com a implicação clara que a sua liderança é justificada em razão de sua força maior. Por outro lado, para que seja liberada caça para o caçador, este não se dirige ao mestre dos animais - o jaguar -, mas diretamente ao mestre, dono de tudo, Tamakori. Ou seja, esta referência indireta ao xamã-jaguar não parece passar da possibilidade (a ser confirmada) de que o xamã possa ajudar a “tomar conta” dos animais. O trabalho do xamã se limita muito mais ao campo da proteção da comunidade e do tratamento das doenças. Daí o lugar central ocupado pelos **djohko** e que todo tipo de doença seja atribuído à sua ação. Esta predominância, diga-se de passagem, não produz uma rejeição da medicina ocidental. Pelo contrário, há grande interesse em conseguir acesso aos remédios (até exageradamente) e a médicos, atitude esta que se baseia na aceção de uma validade paralela. Isto é, os dois sistemas são válidos, existindo, contudo, doenças melhor tratadas por ambos e outras inteiramente causadas por **djohko**, para cuja cura, então, somente vale a ação de um xamã.

(14) Vale observar que até nos dias de hoje há algumas resistências em comer certos animais por causa de determinadas semelhanças com o corpo humano, ou porque a mitologia comprova que já foram humanos nos tempos míticos. Por outro lado, a posição do jaguar é excepcional, porque outros animais identificados como, também, existentes sob a forma de **djohko**, nem por isso deixam de ser caça comestível (os macacos, o veado, a anta), enquanto que outros se encaixam na primeira categoria (como a preguiça, cujo olho seria igual a um olho humano).

Conclusão

Já foram referidos, no decorrer do texto, vários pontos que merecem um aprofundamento maior. Outros, igualmente, requerem maior atenção. Por exemplo, o fato de todo tipo de doença derivar da ação dos *djohko* e a descrição dos seus efeitos se restringir à enumeração dos aspectos idênticos (salvo para o *djohko bitsi*). Resta saber a relação existente entre o tipo de pedra e o tipo de doença. Há, ainda, o ato chamado *omamdak'o* "beber casca de pau" que o *xamã* realiza à noite, no mato, para chamar uma determinada doença própria de criança. Falta, todavia, informação sobre esta operação (que parece bem rara), e sobre sua relação com o complexo dos *djohko*. Também será necessário atentar para as interdições alimentares de certos peixes e de caça, e de relações sexuais, as quais os aprendizes devem se submeter. Aparentemente, algumas interdições se relacionam com a pele - tal como a proibição de peixes de couro para a aquisição de uma pele permeável - e outras, mais genericamente, com o sexo feminino⁽¹⁵⁾.

O que se estabeleceu com bastante segurança é o lugar fundamental do xamanismo na sociedade Kanamari. Este representa, de certa forma, uma extensão direta dos tempos míticos, nos quais as categorias não se apresentavam tão sólidas quanto atualmente. O *xamã* domina uma dimensão em que as transformações permaneceram presentes, ao passo que, fora desta esfera, as categorias adquiriram maior rigidez. Aliás, existe o receio generalizado de que a atual situação reverta para a situação anterior, na qual os animais virariam gente, e a gente se transformaria em animais. No momento, o *xamã* mantém em seu poder o domínio de transformação, o que o habilita como mediador por excelência. A discussão do papel do xamanismo diz respeito, portanto, a dimensões étnicas, políticas, mitológicas, cosmológicas, ultrapassando totalmente uma dimensão única de saúde, para se vincular com o bem-estar mais geral da sociedade.

Referência bibliográfica

Chaumeil, J.P.

1983 *Voir, savoir, pouvoir. Le chamanisme chez les Yagua du Nord-Est péruvien*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

(15) Os *xamãs* divergiram sobre a quantidade de proibições e, às vezes, um proibiu o que o outro permitiu. No meu caso, as limitações eram bem menores do que aquelas impostas aos aprendizes em via de iniciação.

REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS LIGADAS AO PARTO DE ÍNDIOS RESIDENTES NA CIDADE DE SÃO GABRIEL DA CACHOEIRA (AM)

Maria Gorete de MENEZES BASTOS()*

Introdução

Numa pesquisa de Antropologia da saúde e da doença realizada em 1987 em São Gabriel da Cachoeira, capital regional do Alto Rio Negro, junto a vários grupos indígenas da família lingüística Tukano oriental residentes de maneira permanente nesta cidade, observamos a elevada procura de serviços médico-hospitalares pelos índios, sobressaindo-se o atendimento dispensado ao parto. Devido à maior facilidade de acesso às estruturas médico-hospitalares, pelo fato de passarem a morar numa cidade, associado a uma campanha de persuasão desenvolvida pelo pessoal médico local para que a mulher passe a conceber no hospital (sob as alegações de menor risco de mortalidade materno-infantil ou do parto ser mais higiênico), verificou-se que a utilização pela população indígena dessa estrutura para o atendimento ao parto vem aumentando progressivamente. Contudo, constatou-se que as gestantes mais jovens, de origem indígena, que chegam a procurar os serviços da medicina ocidental, o fazem somente a partir da segunda gestação, por já ser difundido entre elas que, no primeiro parto, serão “cortadas” (submetidas a episiotomia); observou-se ainda que a maioria dessas parturientes ao serem colocadas na mesa

(*) Médica residente de Ginecologia/Obstetrícia do Centro de Ciências de Saúde, Universidade Federal do Pará.

obstétrica na posição de Laborie-Duncan (decúbito dorsal com deflexão máxima das coxas sobre o abdômem e abdução dos joelhos), no momento do período expulsivo fetal, descem da mesa obstétrica, parindo de cócoras, de joelhos ou sentadas no degrau da “escadinha” junto à mesa obstétrica, notando-se assim a preservação cultural da posição vertical de parir.

Ainda nós foi possível observar que as parturientes com prole já definida, geralmente após vários partos domiciliares, o fazem na intenção de realizarem a esterilização cirúrgica (laqueadura tubária). Neste contexto, numa outra pesquisa realizada em 1988⁽¹⁾, nos propomos a detectar o impacto dessa mudança, além de procurar avaliar o grau de adequação das representações e práticas tradicionais frente a essa nova realidade, ou seja, da “imposição” de procedimentos ocidentais na cultura indígena.

Representações e práticas tradicionais ligadas ao parto dos Tukano orientais

Na medida em que o projeto se propõe a mostrar o impacto causado pelo maior acesso às estruturas médico-hospitalares sobre as representações e práticas ligadas ao parto, procurando identificar as normas de adequação a essa nova realidade, é de fundamental importância que sejam mencionadas as representações e práticas tradicionais dos índios Tukano orientais para podermos avaliar o que ainda se mantém culturalmente na população indígena residente na cidade e em contato com os serviços da medicina ocidental. Segundo Buchillet, a doença para os Tukano orientais “não se reduz a uma simples desordem biofisiológica, mas integra-se num dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades na sociedade, de seu ambiente natural (...)”. A dimensão etiológica que prevalece entre eles é “a da patogenia exógena. A doença é,

(1) A pesquisa foi realizada a partir dos levantamentos preliminares efetuados em 1987, onde foi identificado o aumento progressivo da utilização pelos indígenas do atendimento médico-hospitalar, notadamente a assistência ao parto. Passamos dois meses (novembro e dezembro de 1988) em São Gabriel da Cachoeira, dividindo as atividades de pesquisa da forma seguinte: atendimento ambulatorial diário no hospital da cidade na tentativa de avaliar a relação da equipe de saúde com o paciente indígena, e no intuito também de conhecer os motivos para a procura de atendimento biomédico. Também foram aplicados questionários às mulheres indígenas com interrogações sobre gestação, parto e pós-parto em dois bairros periféricos da cidade, onde moram a quase totalidade dos índios, além de visitas a rezadores e parteiras residentes nesta cidade. O questionário visava, basicamente, a descrição do parto normal tradicional (posição, participação do rezador e/ou parteira, maneira de aparar o recém-nascido, primeiros cuidados com o mesmo, material usado para o corte do cordão umbilical, tipo de amarração do cordão umbilical, manobras utilizadas para facilitar o parto ou a descida da placenta), além de inquirir sobre o número de partos realizados no hospital (inclusive os partos cirúrgicos), o motivo que levou as mulheres a procurar o atendimento médico, assim como saber se fazem resguardo no pós-parto e em que consiste (alimentar, de atividades...).

assim, muitas vezes, imputada à malevolência dos animais, dos espíritos ou dos outros seres humanos, não implicando que esta agressão não seja consequência de uma impropriedade do indivíduo em sua relação com animais, espíritos ou ainda com outros humanos” (1988:29-30).

Segundo a mesma pesquisadora⁽²⁾, há uma atribuição de causas de doenças por eles admitidas como advindas de um parto mal orientado, ou seja, mal conduzido pelo xamã, que, de uma forma ou de outra, poderá desencadear alguma anormalidade tanto na mãe quanto na criança, podendo manifestar-se imediatamente ou futuramente na forma de doença. No momento da concepção é imprescindível a participação do xamã que, através de orações e defumações com breu, prepara o local do parto, protege o chão onde cairá o recém-nascido, invocando os animais e os espíritos para acalmá-los, de forma a impedir sua interferência prejudicial. Pouco depois do nascimento, ele, através de diferentes orações, vai preparar a vida futura da criança e protegê-la da ação nociva daqueles.

Toda a alimentação dos pais é “descontaminada”, em particular a da mãe, porque acreditam que tudo que ela come passa para o leite materno, podendo assim prejudicar a criança recém-nascida.

No primeiro banho da criança no rio (geralmente no terceiro dia de nascido) também há a imprescindível participação do xamã, no sentido de protegê-la da ação maléfica dos animais e espíritos aquáticos: através de orações, estes são acalmados e convencidos a não prejudicarem a criança nem a mãe da mesma.

Todavia, se em algum desses rituais o xamã esquecer de invocar o nome de um animal ou de um espírito, ou alguma parte do ritual, trará como consequência problemas de saúde que podem se manifestar tanto na criança como na mãe. Problemas estes que só poderão ser resolvidos através do tratamento xamânico, a terapêutica ocidental sendo considerada ineficaz.

Representações e práticas ligadas ao parto e pós-parto em São Gabriel da Cachoeira

No inquérito realizado junto a 70 mulheres indígenas residentes em São Gabriel da Cachoeira⁽³⁾ entrevistadas a respeito do parto tradicional, obtive-

(2) Comunicação pessoal.

(3) A faixa etária das 70 mulheres entrevistadas é a seguinte: 15 a 20 anos: 9%; 21 a 30 anos: 36%; 31 a 40 anos: 31%; 41 a 50 anos: 17% e, por fim, mais de 50 anos: 7%.

mos um total de 322 partos conduzidos a termo, sendo destes, 251 (78%) realizados em casa, 64 (20%) normais realizados no hospital e 07 (2%) cirúrgicos⁽⁴⁾. Os argumentos apontados para a procura de assistência hospitalar incluem: demora do nascimento (60%); laqueadura tubária (30%); apresentação pélvica do nenê, eclâmpsia, medo de conceber a sós em casa e ter complicações (10%). Foram também registrados um total de 25 abortos, devidos às mais variadas causas: "trabalhos" encomendados a rezadores por pessoas que, por algum motivo, as invejavam; susto; aborrecimentos; quedas; tratamento de malária e tuberculose durante a gravidez; desejo alimentar não satisfeito; aborto provocado.

O que foi notado nesta pesquisa é que a grande maioria das mulheres indígenas encaram a gestação e o parto como algo muito natural implicando em privacidade à parturiente, dispensando assim colaboração de "mãos estranhas" orientando-as a fazer o que elas, instintivamente, sabem fazer melhor que ninguém. Sendo que no caso do primeiro filho geralmente aceitam o auxílio da mãe, sogra ou de uma parteira experiente. A partir do segundo filho, sentem-se capacitadas a assumirem sozinhas a concepção, menos nos casos excepcionais de partos difíceis, onde aceitam ajuda e, em último caso, procuram o hospital. É interessante notar que, na ausência dos xamãs que tradicionalmente nas aldeias acompanham o parto, as mulheres gestantes em São Gabriel não hesitam em recorrer aos rezadores, que apesar de não possuírem a mesma capacidade e conhecimento dos respeitadas xamãs, são valorizados e chamados para proporcionar-lhes um parto sem complicações. Inclusive, mesmo aquelas que se utilizam do hospital, não dispensam o preparo anterior pelo rezador. Este realiza o seu trabalho através de defumações com cigarro e breu, de uso de chás à base de ervas e mesmo de orações recitadas em língua indígena, ou em português, estas últimas estando mescladas de elementos católicos (incluindo vários trechos bíblicos), talvez devido à influência religiosa das Missões salesianas nesta região.

(4) Destes 322 partos referidos temos um total de 279 filhos vivos (ou seja, 87%) e 43 filhos mortos (ou seja, 13%). Da porcentagem de óbitos podemos detectar que 16 deles (4,7%) ocorreram após o primeiro ano de vida por afogamento, acidente de trânsito, envenenamento, etc.. E 27 óbitos (8,3%) ocorreram no primeiro ano de vida como consequência de enfermidades. Apesar desse índice alto de mortalidade infantil, não está acima da taxa de mortalidade verificada no resto do país: segundo o Guia do 3º Mundo (1986) a porcentagem de mortalidade infantil no Brasil é de 8.2%, enquanto que é de 1.2% nos Estados Unidos, 0.8% no Japão e 1.0% na França.

1. PREFERÊNCIA PELO PARTO EM CASA

Ao indagar sobre o critério para tal preferência, obtivemos como resposta que o parto realizado em casa leva as mulheres a sentir-se mais à vontade e, desse modo, escolher a posição mais cômoda e adequada para o período de expulsão da criança, sem a presença de pessoas “estranhas” (como ocorre no hospital) que, de uma certa forma, as inibem num momento em que mais necessitam sentirem-se à vontade. Outra razão, freqüentemente apontada pelas mulheres, e que as desestimula a procurar o hospital, é que neste elas vão ser “cortadas” (episiotomia) na hora do parto.

2. POSIÇÕES PARA O PARTO

Quanto às posições adotadas para o ato de nascimento não há uma preferência única adotada, mas sim cada parturiente coloca-se na posição mais cômoda; ou seja, há liberdade para que a mulher se posicione da maneira mais adequada que encontrar. Porém, notamos a preferência da posição vertical (89% das mulheres entrevistadas) - seja sentada em um banquinho bem próximo do chão (48%), seja de joelhos (35%), seja de cócoras (6%) -, já que consideram ser essa a melhor posição para empurrar o nenê para baixo, facilitando sua descida, ou seja, que ela requer muito menos esforço por parte da gestante, evitando com isso que ela se desgaste fisicamente. Apenas 11% têm preferência pela posição deitada.

3. MANEIRA DE APARAR O RECÉM-NASCIDO

Em 90% dos partos a criança cai no chão previamente forrado com um pano grosso, sem que ninguém puxe a criança para que se desprenda.

4. PRIMEIROS CUIDADOS COM O RÉCEM-NASCIDO

A totalidade das mulheres entrevistadas nos relataram que limpam o recém-nascido com água morna, sendo que algumas colocam alho na água com a finalidade de protegê-lo, pois o alho é previamente benzido pelo rezador. Algumas enfatizaram que se não limpá-lo quando nascer, a “sujeira” do parto (vernix caseoso e sangue materno perdido na hora do parto) que reveste o corpo da criança pode-se impregnar na sua pele fazendo com que, ao crescer, se tome uma criança “maliná” (malvada) pois a “sujeira” vai se incorporar nela.

5. MATERIAL USADO PARA O CORTE DO CORDÃO UMBILICAL

O corte do cordão umbilical somente deve ser efetuado após a saída da

placenta, pois se o fizerem antes acreditam que possa entrar ar pelo cordão até a placenta, provocando uma inchação (edema) dentro da parturiente, dificultando assim sua descida.

Utilizam tesoura, previamente benzida para o corte do cordão, que deve ser realizado de preferência pela própria parturiente, pois acreditam que, se assim não ocorrer, há maior probabilidade de advirem complicações como: inflamação umbilical na criança, hemorragia, demora de cicatrização, etc. Ademais, a tesoura usada para o corte deverá ser novamente benzida para que retorne ao uso comum; caso isto não seja feito ela não poderá ser usada por no mínimo um mês, até que o cordão umbilical esteja totalmente cicatrizado, de modo a evitar as complicações acima citadas.

6. A "AMARRA" DO CORDÃO UMBILICAL

A amarra do cordão é feita com linha de costura, barbante, fio de tucum ou pedaço de pano, previamente benzidos pelo rezador. Após a amarra, 60% das mulheres afirmaram não ter sido preciso colocar nada no coto umbilical (extremidade distal do cordão umbilical seccionado) para apressar a cicatrização, enquanto que as 40% restantes disseram fazer curativo com mercúrio, álcool, pó de carajurú (raiz), urucum (sementes), pó de casca da fruta taperebá, talco, entre outros, acreditando com isso apressar a cicatrização e evitar a infecção.

7. A PLACENTA

Todas as mulheres entrevistadas enterram a placenta no quintal perto da casa, pois se a mesma for enterrada na mata, há sempre o risco de ser comida por algum animal, o que pode trazer complicações para a criança (dependendo do animal que comer a placenta a criança pode adquirir sua forma ou suas características comportamentais), podendo, inclusive, levá-la até ao óbito e/ou trazer problemas para a puérpera, prejudicando suas futuras gestações. A placenta também não pode ser enterrada muito rasa, senão rapidamente a mulher ficará grávida novamente: "tem que enterrar bem fundo, se enterrar baixinho, rápido tem outro filho" (Índia Tukano).

8. MANOBRAS UTILIZADAS PARA FACILITAR O PARTO

O mais importante é o preparo prévio do rezador, como veremos em seguida, porém, observamos as mais diversas manobras para facilitar o parto. A partir do momento em que a barriga "fica grande", à cada noite de lua nova, a gestante rala um pouco de raiz da planta "mão de anjo" (não identi-

ficada), faz chá que toma freqüentemente “como água” até o dia do parto; o bagaço é utilizado para friccionar a barriga. Na hora em que a gestante começa a sentir as dores do parto, ela toma o mesmo chá morno. Outro chá utilizado é o de “folha de paca” (planta não identificada) que dizem ser parecido a uma goma, sendo tomado na hora das dores; esquentam-se, também, a barriga com azeite doce, porque a gestante sente muito frio na hora de dar à luz.

Também utilizam mingau feito de casca da fruta biribá, ou ingerem gema crua devido a sua característica escorregadia, que dizem apressar o trabalho do parto e evitar que a gestante fique sofrendo por muito tempo. Outros chás, também utilizados com a mesma finalidade, são os de erva cidreira, de raiz de chicória e de alfazema com alecrim.

Sempre dizem que, após o parto, a parturiente deve tomar mingau de farinha morno para evitar frialdade no útero que, se não for evitada, fará com que ela sofra de doença neste local como: inchação pós-parto (o útero cresce de novo como se a mulher estivesse grávida), queda do útero (prolapso uterino), prejudicando desta maneira suas futuras gestações.

Apesar de se perceber a “popularização” do conhecimento e uso de plantas, tanto para chás como para unguentos de uso no parto pelas parteiras e até mesmo pelas gestantes, é notória a credibilidade de uma melhor eficácia quando o uso é recomendado e acompanhado pelo rezador, pois além de ser o mais capacitado e possuir o maior conhecimento terapêutico na cidade, detém também o poder da oração, imprescindível ao ritual do parto. Na ausência do rezador, a parteira é a mais indicada para substituí-lo, pois tem mais experiência que as gestantes, podendo assim atuar melhor frente a possíveis complicações que se apresentem. No entanto, quando ambos estão ausentes, as gestantes recorrem ao que ouviram falar sobre o parto, porém cientes de que estarão mais propensas às complicações e/ou futuras enfermidades, como: infecções e hemorragia pós-parto, abortamentos ou fetos prematuros nas futuras gestações, prolapso uterino, e até mesmo esterilidade.

9. MANOBRAS PARA APRESSAR A EXPULSÃO DA PLACENTA

Dentre as várias manobras utilizadas pelas parturientes no sentido de facilitar a descida da placenta, nos foi assinalado: soprar no dorso da mão, ou numa garrafa (adaptando os lábios na abertura da garrafa) sem deixar escapar o ar, para aumentar a pressão intra-abdominal: provoca-se, assim, um tipo de prensa no sentido tóraco-abdominal que facilita a expulsão da pla-

centa.

Outros métodos incluem: colocar um fio de cabelo (a ponta) na garganta da parturiente de maneira a provocar o reflexo do vômito e promover também o aumento da pressão intra-abdominal; ou no seu nariz, provocando o reflexo do espirro que promoverá o aumento da pressão intra-abdominal, facilitando a descida da placenta; fazer sentar a parturiente em uma bacia contendo água morna com sabão dissolvido para, através do relaxamento muscular provocado pelo vapor morno, facilitar a descida da placenta; beber chás de plantas (raiz de araruta não identificada, casca da fruta biri-bá) durante as dores do parto; friccionar com folha de uma espécie de batata (não identificada), levada ao fogo anteriormente para amornar a barriga da parturiente; massagear o cordão umbilical com azeite doce até a descida da placenta, ou a sua barriga com um pano contendo cinza morna. Enfim, um chá azedo de folha da fruta cubiú, preparado pelo rezador, pode também facilitar a dequitação (descida da placenta).

10. PAPEL DO REZADOR

O papel do rezador, como já assinalamos, na hora do parto e pós-parto é muito valorizado: assim, das 70 mulheres entrevistadas, 50 (71%) afirmaram procurar ajuda do rezador no preparo de seus partos, enquanto que somente 20 (29%) não recorreram ao seu auxílio (por não encontrar rezador ou por não acreditar na eficácia de seu tratamento).

O rezador é geralmente procurado pela gestante no mês de dar à luz. Através de massagens e orações ele vai "ajeitar" a criança na barriga da mãe para propiciar à mulher um parto sem dificuldades. Ele prepara o cigarro e o breu que servirão para defumar o lugar do parto de modo a proteger a parturiente e o recém-nascido da malevolência dos animais e dos espíritos, benze o material a ser utilizado na hora do parto (tesoura, fio para amarrar o cordão umbilical, alho que será colocado em água morna para a limpeza do recém-nascido, etc.), orienta sobre as ervas a serem preparadas, como chás, ou para fricção da barriga da gestante, etc.

Depois do nascimento ele é novamente chamado, geralmente no terceiro dia após o nascimento, para preparar o primeiro banho da criança, de maneira a evitar que ela fique irritada, ou defeituosa, impedir que sua alma seja substituída por espíritos dos animais do rio (encantamento) e evitar que ela adquira "quebranto", "mau olhado", hemorragia pelo umbigo, febre, etc. Após a benzedura, tanto da criança, dos seus pais como do local do banho, a criança ficará protegida ou, como nos foi comparado por uma índia

Tukano: "benzeção para nós é como vacina para os brancos, protege as crianças contra as doenças feias".

Os dados que acabamos de apresentar confirmam assim que as representações ligadas ao parto ultrapassam os limites do momento em si, pois se as mulheres grávidas não obtiveram o acompanhamento do rezador em todas as etapas, poderão advir de tal omissão problemas de saúde imediatos ou futuros, tanto para as parturientes (hemorragia e infecção pós-parto, prolapso uterino, abortamentos nas futuras gestações, esterilidade, etc.), como para seus filhos, manifestando-se em problemas de saúde que muitas vezes poderão ser fatais ou deixar sequelas graves.

11. RESGUARDO PÓS-PARTO

Pode-se observar dentre a população da região a importância do resguardo tanto alimentar como de atividades que, se não for cumprido rigorosamente, resultará em problemas de saúde imediatos ou futuros tanto para a puérpera como para o recém-nascido. Notamos aqui mais uma vez a preservação das tradições culturais, apesar de percebermos a conservação maior destas nas mulheres mais velhas. As mais novas, embora não tenham deixado de lado tais tradições, já não as seguem tão à risca, e demonstram, muitas vezes, uma certa incapacidade para explicitar o significado e a importância de uma proibição particular, notificando somente que a respeita por causa dos conselhos de suas mães, avós, sogras, etc. que as advertirem quanto aos problemas que possam advir de um não seguimento adequado de tais restrições, tanto alimentares como de atividades, no período do puerpério.

a) Restrições alimentares

Notamos que após o parto as mulheres devem seguir uma dieta alimentar e que, gradativamente, vão podendo acrescentar certos alimentos anteriormente proibidos, após um período médio de um mês de resguardo alimentar (houve uma certa variação quanto a esse período, algumas consideram 1 ou 2 semanas e outras consideram até 40 dias) e, após este período, voltarão progressivamente a uma alimentação normal sem que isso traga consequências prejudiciais tanto para a criança quanto à mãe. Não foi, por nós, detectada nenhuma restrição alimentar relativa ao pai da criança.

No período de resguardo a dieta é branda, sendo permitidos apenas: mingau de farinha, farinha cozida, cozido de passarinho, peixes pequenos e de escama, caldos, arroz, sopas e algumas frutas. Dentre os alimentos proibi-

dos e seus respectivos prejuízos à saúde conseguimos detectar, dentre caça e pesca e algumas frutas, os seguintes:

1. carne de caça:

* carne de anta: entre os vários problemas provocados pela ingestão, por parte da mãe, de carne de anta podemos citar: queda do cabelo do recém-nascido; defeitos na criança (paralisia); evaginação do umbigo; dificuldade da criança para andar; hemorragia pós-parto na mãe; doenças do útero (inchaço do útero, prolapso uterino);

* macaco: faz a criança não engordar, ela fica muito magrinha e chora muito;

* veado roxo: a criança fica de perna fina com posterior paralisia, emagrece muito e acaba por morrer;

* porco: dá entupimento no nariz da criança (congestão nasal); o umbigo custa a sarar ou fica para fora (evaginação); o útero da mãe pode “arreiar” (prolapso uterino);

* tracajá: dá ferimentos nas juntas (articulações) da criança e nas pregas no corpo;

* cutia: fecha o nariz da criança (congestão nasal);

* tatu: a criança “muda de rosto”, que vai se afinando até ficar igual ao do tatu;

* paca: a criança não consegue dormir (insônia) porque a paca passa a noite toda andando no mato.

2. carne de pesca:

A puérpera não pode se alimentar de peixes grandes e de peixes lisos (sem escamas), como por exemplo:

* pirafba: dá hemorragia na mãe;

* surubim: surgem feridas no corpo da criança;

Além destes problemas, os peixes ingeridos pela mulher podem favorecer a passagem do “pitiú” (cheiro forte, característico do peixe) para o leite materno, causando diarreia na criança, ou podendo “ofender” o útero de sua mãe, provocando hemorragia ou “inchaço” (edema), além de poder causar encantamento na criança;

* pirarucu: surgem feridas em todo o corpo da criança, causando-lhe muita coceira;

* jacaré: a criança fica com a pele toda manchada e custa a falar.

3. frutas:

* abacaxi e cubiú dão coceira em todo o corpo da criança.

Essas complicações, decorrentes do não cumprimento pela mãe da dieta alimentar, só poderão ser tratadas pelo rezador; ou seja, não adianta levar ao médico, pois acreditam que a medicina ocidental não dispõe de terapêutica eficaz para tais enfermidades. Porém, quando por alguma razão, a mulher não dispuser de outra alternativa alimentar e necessitar ingerir os alimentos tidos como proibidos antes de completar o período de resguardo, será necessário procurar um rezador para benzê-los antes de serem ingeridos pela mulher, amenizando ou, muitas vezes evitando, que tais complicações ocorram.

b) Proibições de atividades

Esse tipo de proibição está mais relacionado ao pai da criança que, por uma semana ou 15 dias, não poderá caçar, pescar ou derrubar mata, pois, segundo suas concepções de procriação, os índios “valorizam mais o papel do pai como sendo o doador da substância vital indispensável à concepção, crescimento e maturação da criança dentro do útero materno: para eles, uma mulher só poderá conceber após numerosas relações sexuais, ou seja, o útero precisa ficar cheio de esperma para que uma criança se forme”(...). Dizem também que “as partes moles do corpo (carne, sangue, gordura...) originam-se a partir do sangue materno, enquanto que as partes duras do corpo (ossos, medula) e a alma formam-se da semente paterna” (Buchillet, 1983:69).

Assim, se o pai sair para derrubar mata é como se estivesse “cortando” a própria criança e o espírito da árvore derrubada se incorporará nela, prejudicando-a. Se ele sair para caçar ou pescar, a criança poderá assumir as características do animal que for morto (encantamento), ficar chorando e acabar por morrer. Todavia, assim como no caso da dieta alimentar, se o pai precisar realizar aquelas atividades antes do fim do período de resguardo, ele poderá recorrer ao rezador que benzerá qualquer material que será utilizado, como: terçado, machado, faca, remo, anzol, etc. Afirmam também que, cada vez que o pai da criança entra na mata, a alma do recém-nascido o acompanha; portanto, é necessário que o pai vá apanhando frutinhas, pedras ou pedaços de folha no caminho, jogando-os atrás de si, no sentido de orientar a alma da criança no caminho para evitar que se perca. No caso de atravessar um igarapé, o pai deverá fabricar um “barquinho” com folhas e

soltá-lo no igarapé, evitando assim que o espírito da criança se perca no rio. Caso contrário, quando o mesmo retornar a casa, encontrará o recém-nascido “largado” (sem alma), como “lerdo” (pateta). Num curto período a criança morrerá, pois sua alma ficou perdida na mata, não conseguindo retornar ao corpo.

12. BANHO DO RECÉM-NASCIDO NO RIO

Aqui, mais uma vez, observamos a imprescindível participação do rezador, que deverá preparar o banho. Este benze o breu e o cigarro para os pais da criança defumarem o caminho até o rio, assim como o lugar do banho, de maneira que possam entrar na água com a criança sem problemas, pois as orações sobre o cigarro e o breu propiciam o “fechamento” do corpo tanto da mãe quanto da criança, protegendo-as. Se a mulher for ao rio com a criança sem a devida preparação do rezador, animais e espíritos aquáticos (peixes grandes, cobras, etc.) poderão penetrar no corpo desta, substituindo sua alma: a criança não vai andar, nem sentar; afirmam que ela fica toda “mole” porque seus ossos estão ficando fracos, incapazes de sustentar o corpo, já que o corpo do peixe contém espinhas, consideradas fracas para dar força necessária à criança. A criança se torna fraca, com seus membros inferiores incapazes de manter seu corpo e acaba por ficar aleijada, podendo até mesmo chegar a falecer. Quanto à mãe, que após o parto encontra-se com o corpo “aberto”, poderá pegar frieza e ficar doente do útero, prejudicando futuramente sua capacidade procriadora.

Ela pode também ser acometida de hemorragia, prolapso uterino, ou suspensão do sangue (o sangue sobe para a cabeça da mãe causando-lhe cefaléias). Porém, se forem seguidos os devidos cuidados, todas essas complicações poderão ser evitadas.

Utilização do serviço médico-hospitalar

Quanto à utilização do serviço médico-hospitalar pela população indígena, podemos observar que as mulheres que procuram a assistência ao parto hospitalar, inclusive desde o pré-natal, são as mais jovens. Esse fato pode ser explicado pelo contato delas com os ensinamentos adquiridos através de seus estudos no Colégio das Missões salesianas (1º e 2º graus) que, pela educação sanitária, as induzem a usar a terapêutica ocidental, que elas consideram como mais eficaz que a tradicional utilizada por suas antecedentes. Vale também notar o papel da campanha de persuasão desenvolvida pela

própria estrutura hospitalar, onde a equipe de saúde investe no sentido de persuadi-las a utilizarem os métodos ocidentais de tratamento. Enfim, um outro fator que devemos considerar na utilização dos serviços da medicina ocidental pelas mulheres mais jovens reside no fato de que algumas delas são casadas com homens não originários da região (na maioria, soldados do exército servindo na área) que também as induzem ao tratamento ocidental, como nos foi confirmado por várias delas.

Já as mais velhas (35-40 anos em diante), que procuram tal serviço, são geralmente múltiparas (mais de 4 filhos) e é somente após terem realizado vários partos em casa que elas buscam o hospital, já com interesse na realização de esterilidade (laqueadura tubária). Das gestantes que procuram o hospital, 40% assim procedem em busca da esterilização, enquanto que as 60% restantes, ou são mulheres jovens (previamente induzidas ao tratamento hospitalar), ou encontraram dificuldades no momento de conceber (demora do período expulsivo; partos problemáticos que não conseguiram progredir em casa). Porém, mesmo se submetendo à ajuda de tratamento hospitalar, não deixam de lado, como vimos, o acompanhamento do rezador, que consideram importante para o bom desempenho de seus partos.

Considerações finais

Observa-se que as representações ligadas ao parto e pós-parto transcendem o momento em si, já que as mulheres acreditam que os problemas de saúde (tanto imediatos como tardios, na mulher ou na criança) podem ser decorrentes do não acompanhamento pelo rezador, de uma concepção mal orientada ou, ainda, da transgressão por parte dos pais das restrições alimentares e/ou de atividades que acompanham o nascimento. Podemos também notar o quanto há de resistência cultural por parte da comunidade indígena frente aos procedimentos médico-hospitalares. Apesar do gradativo aumento da utilização desses serviços, notadamente pelas mulheres mais jovens, o que é notório é a grande importância atribuída ao papel do rezador, visto como um elemento indispensável neste período, evitando assim problemas de saúde, demonstrando com isso a grande valorização e preservação de suas práticas tradicionais.

Referências bibliográficas

Buchillet, D.

1983 *Maladie et mémoire des origines chez les Desana du Uaupés*. Tese

de Doutorado (não publicada), Universidade de Paris-X Nanterre.

1988 "Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios Desana". *Boletim do Museu Paraense Emilio Goeldi* (Série Antropologia) 4(1)27-42.

MEDICINA TRADICIONAL E MEDICINAS ALTERNATIVAS

Representações sobre a saúde e a doença, concepção e uso do corpo

Maria Andréa LOYOLA()*

Quando se aborda o tema da medicina tradicional, uma primeira questão que se coloca é a do que devemos incluir sob essa denominação: o conjunto das terapias indígenas, caboclas, mágicas e religiosas; o conjunto das terapias utilizadas pelas populações de baixa renda; ou, ainda, o conjunto das terapias utilizadas nas regiões rurais, nas comunidades isoladas e nas regiões mais atrasadas do país?

Quaisquer que sejam os critérios adotados ou os aspectos enfatizados - as técnicas e os agentes, os consumidores ou o espaço sócio-econômico - para uma definição ou uma delimitação mais adequada da medicina tradicional, esbarramos com o que constitui o segundo e principal problema, a meu ver, de se lidar com o tema: o pressuposto - refletido no próprio nome de medicina tradicional - de que estamos lidando com conhecimentos e técnicas terapêuticas residuais ou "sobreviventes" de uma época passada, que tendem a desaparecer com a difusão e a extensão da medicina oficial. Quando resistem, são devidas à ignorância, superstição ou fanatismo das populações que as utilizam, resistência esta que a erradicação do analfabetismo e a expansão do sistema escolar devem banir com o tempo.

Ignorar esse pressuposto é assumir o ponto de vista da medicina oficial e renunciar, já como ponto de partida, ao conhecimento dessas prá-

(*) Antropóloga, Diretora do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

ticas que não somente existem e resistem nos centros urbanos e nas regiões mais desenvolvidas do país, como são responsáveis pela cura de numerosas doenças que o sistema oficial de saúde não consegue absorver, nem os médicos explicar.

Hierarquia de saberes e hierarquia social

Qualquer que seja o termo utilizado para classificá-las (medicina tradicional, popular, mágica ou religiosa, por exemplo), acho importante ter presente que estamos lidando com um conjunto de técnicas de tratamento empregado por especialistas às vezes tolerados, mas não reconhecidos pela medicina oficial. Portanto com técnicas e saberes que não são oferecidos à população em igualdade de condições com a medicina oficial ou como práticas realmente alternativas, mas mediadas por relações de força.

Assim a investigação sobre esse tema deve incluir, além do estudo das técnicas específicas que se pretende conhecer, o estudo das representações sobre o corpo, a saúde e a doença a elas associadas. Mas como essas técnicas e representações constituem um sistema dinâmico de significados constantemente criados e recriados a partir das relações de força entre agentes e com a clientela, é necessário incluir também, de um lado, o estudo das relações que os portadores dessas técnicas (curandeiros, por exemplo) mantêm com os agentes da medicina oficial e com os outros agentes não médicos (pajés ou pais-de-santo, por exemplo) que atuam em suas áreas de competência, como, de outro lado, as relações que mantêm com as pessoas que fazem uso de seus serviços. Desta forma será possível dar conta, sem incorrer no risco mecanicista, das relações de classe ou de dominação/subordinação implicadas no tema.

Procurei fazer isso na minha pesquisa realizada no município de Nova Iguaçu, na Baixada Fluminense, mais especificamente no bairro de Santa Rita, habitado por operários e, em sua maioria, por trabalhadores do setor informal. Os resultados desta pesquisa foram publicados num livro e em alguns artigos (Loyola, 1982, 1984 e 1987a) onde tentei mostrar que as relações entre os diversos sistemas de cura (medicina oficial, curandeirismo, umbanda/candomblé e protestantismo popular) são o resultado das relações entre diversos agentes sociais que traduzem, de uma forma particular, as relações entre as classes sociais.

Aqui quero enfatizar alguns aspectos que interferem e mesmo comandam a utilização desses serviços, mais especificamente o papel desempenhado

pelas representações sobre o corpo, a saúde e a doença na procura dos diferentes especialistas de cura e, sobretudo, na preservação dos sistemas de cura alternativos, face à prepotência da medicina oficial. Em outras palavras, desejo mostrar, ainda que rapidamente, que estas representações desempenham, não somente um papel simbólico (de ordenação de significados) e prático (de possibilitar o recurso aos diferentes especialistas) como também um papel político, isto é, de defesa dos saberes deslegitimados pela medicina oficial, como não científicos, mágicos e/ou religiosos.

Concepção, origem e classificação das doenças

Em Santa Rita a doença (ou a saúde) é considerada no quadro global dos problemas da vida ou da morte como um fenômeno que escapa, em última instância, ao controle do homem, como algo que, no limite, é produto de forças sobrenaturais ou, mais comumente, de Deus. A morte ocorre quando o espírito deixa o corpo que anima e vai prestar contas a Deus, ou então, continuar seu itinerário de penas (alma penada) ou de reencarnações sucessivas até o repouso final. É o espírito que fornece ao corpo a energia vital, donde sua importância para o estado de saúde. Não há saúde do corpo sem saúde da alma e, frequentemente, um corpo doente contribui para a doença da alma e vice-versa.

Baseando-se nesta concepção geral de uma dualidade complementar entre corpo e alma, e partilhando o sistema de representações que permite à maioria dos especialistas religiosos - particularmente os pais e mães de santo da umbanda e do candomblé, os pastores da Assembléia de Deus e os rezadores - legitimar suas práticas perante a medicina oficial, a população de Santa Rita distingue duas categorias principais de doenças: as doenças do corpo e as doenças da alma, ou as doenças materiais e as doenças espirituais, através das quais reparte a competência dos agentes no campo de cura.

Como os especialistas religiosos, a população classifica, em geral, como doenças espirituais aquelas cuja origem foge à verificação prática e que, através de exclusões sucessivas, são percebidas e explicadas, *a posteriori*, como sendo doenças não materiais. Nesse sentido, sintomas muito semelhantes podem, a rigor, ser ligados a qualquer uma das causas sobre as quais repousa o sistema de classificação. As doenças espirituais podem ser causadas por "mau-olhado" (rezadores ou catolicismo popular, umbanda e candomblé), "espírito encostado" (umbanda e candomblé), ou por "possessão demoníaca" e "castigo de Deus" (protestantismo popular), de acordo

com a crença religiosa do indivíduo; esta é que determina, em grande parte, a escolha do tipo de tratamento, ou seja, as escolhas feitas entre os especialistas do sistema oficial de saúde e os especialistas religiosos.

Mas, se a crença religiosa tende a orientar a classificação da doença espiritual segundo a sua origem, ela não basta para excluir as definições estabelecidas por outras crenças concorrentes, outros conhecimentos profanos ou simples suposições do senso comum. De fato, muitas vezes a população não só atribui a uma mesma doença espiritual causas múltiplas de caráter religioso (por exemplo, a presença de um encosto e de um castigo de Deus simultaneamente) como também classifica certas doenças na categoria espiritual com referência não às causas, mas aos sintomas que a acompanham e ao resultado do tratamento aconselhado pelo médico. Assim, a doença espiritual pode ser definida como aquela que provoca a “perda do entendimento”, ou um distanciamento do comportamento considerado normal. A doença espiritual pode também, sempre com referência ao comportamento, designar doenças de origem psicológica ou nervosa. Entretanto, neste sistema de representações, a categoria “loucura” não existe; a loucura seria apenas o nome atribuído pelos médicos às doenças espirituais que não podem curar.

Sob o ponto de vista das técnicas de cura, a doença espiritual não é somente a que o médico desconhece e não compreende, mas também a que ele não cura. A doença espiritual pode também ser deduzida, contrariamente à doença material, a partir da natureza mais ou menos rebelde do mal, ou seja, de acordo com o tempo dispendido para saná-lo.

Essas representações são estabelecidas não a partir de um princípio geral que englobe as noções de causa e efeito, mas através de um raciocínio do tipo analógico, funcionando com oposições binárias simples, onde a realidade é gradualmente recortada e reconstruída pela inclusão e exclusão dos elementos em jogo. Assim, corpo se opõe à alma, matéria a espírito, “doença dos homens” à “doença de Deus”, categorias estas que recobrem outras mais simples ou universais, como as que se referem ao tempo - cura rápida e lenta - ou ao espaço - interno e externo, superior e inferior (Deus, espíritos e homens). De fato, como lembra Boltanski (1968:94), as categorias utilizadas pelos membros das classes populares para construir seus discursos, frequentemente correspondem às propriedades mais universais das coisas e são quase inseparáveis do funcionamento normal do espírito (ver também Durkheim, 1960:13). Tais categorias, como adverte Mauss, estão “constantemente presentes na linguagem, sem estarem necessariamente explicita-

das” e “existem em geral, mais sob a forma de hábitos diretivos da consciência” (1967:1:68); trata-se, na maioria dos casos, além das categorias espaciais e temporais já mencionadas, de categorias de substância ou de atributo (forte e fraco, etc.). Mas no caso de Santa Rita, elas aparecem igualmente associadas a categorias sociais, opondo a cada um dos pólos simbólicos (corpo e alma, homem e Deus, inferior e superior) os especialistas presentes no setor: agentes médicos e agentes religiosos, os que operam com técnicas científicas e os que operam com a oração.

Estas categorias estão subjacentes também à classificação que o grupo estudado estabelece para as doenças materiais. Dependendo das causas serem internas ou externas, elas podem ser subdivididas em hereditárias, ou de “nascença”, que “vêm de dentro”, próprias do indivíduo e de seu ciclo biológico, e doenças contagiosas, que “vêm de fora”, “pegam”, e que remetem à relação do organismo com o meio físico e social. As doenças hereditárias ou de nascença por serem, de certa forma, próprias do indivíduo e por se confundirem com ele, pressupõem, claramente, a noção de predestinação, que permite estabelecer uma ponte entre doenças hereditárias e contagiosas (como também entre doenças espirituais e materiais, uma vez que um espírito fraco é mais propenso à doença do que um espírito forte).

De modo geral, as doenças materiais são classificadas em leves (indisposições, doencinhas, incômodos) e graves, segundo os riscos que oferecem para a vida do indivíduo. Esta distinção remete mais à intensidade do mal do que a sua origem ou a sua natureza e é estabelecida a partir dos sintomas, sendo a febre o mais decisivo. As doenças leves podem tornar-se doenças graves se não cederem com o tratamento familiar comumente utilizado nesses casos. As qualificações “leves” e “graves” estão associadas respectivamente, às doenças comuns e às doenças de “médico”, que precisam da competência do “doutor” e não podem ser diagnosticadas diretamente a partir da observação dos sintomas. Por outro lado, os dados sugerem que as doenças materiais são ainda classificadas em graves ou menos graves, conforme sejam associadas à medicina científica moderna ou à medicina tradicional.

Assim, as doenças causadas por medo, susto, friagem, quebra de resguardo, etc., e outras doenças cotidianas cujo conhecimento (sintomas e tratamento) encontra respaldo na experiência ou na tradição (cobreiro, ventre virado, espinhela caída, etc.) estão, em geral, incluídas no grupo das doenças consideradas da competência dos rezadores ou dos pais e mães de santo. Já as doenças pouco conhecidas e consideradas graves, que provocam

febre persistente ou ainda que exigem internamento hospitalar ou intervenção cirúrgica, são consideradas doenças de médico.

Estando essa classificação baseada na experiência prática, os limites entre as diversas categorias são muito tênues. Em termos de um continuum, poderíamos dizer que um número razoável de doenças ocupa uma posição intermediária, podendo passar de uma categoria a outra, dependendo de terem sido diagnosticadas e tratadas por médicos e farmacêuticos ou por especialistas religiosos ou ainda por parentes e vizinhos.

A interferência dos agentes neste sistema classificatório não invalida, mas ao contrário reforça, as representações básicas sobre o processo saúde/doença desta população. A distinção entre doença material e espiritual, por exemplo, não contradiz a concepção totalizante da doença em si, como algo que afeta tanto o espírito quanto a matéria; ela remete principalmente à noção de origem da doença (estabelecida, muitas vezes por analogia com o agente) que, uma vez instalada, afeta o corpo como um todo. Em contrapartida, tal sistema de classificação permite que os clientes possam recorrer ora a um ora a outro sistema de cura sem por em xeque a superioridade ou a competência dos especialistas não médicos presentes no campo. Permite por exemplo aos umbandistas e rezadores enviar ao médico - sob a alegação de que se trata de uma doença material e não espiritual - os casos mais graves que poderiam pôr em risco seu prestígio e sua competência; permite aos pastores enviar ao médico a maior parte das doenças, reservando à Igreja o cuidado pela parte espiritual das mesmas, sem o qual a cura não se efetiva; e permite, sobretudo, à população como um todo, se defender do autoritarismo da medicina oficial e complementar o tratamento médico, naquilo que ele tem de mais frágil do ponto de vista da cultura popular: o aspecto simbólico.

Uso do corpo e percepção da doença

Sobre a interferência do uso do corpo na percepção da doença falarei utilizando simultaneamente os dados da pesquisa de Nova Iguaçu e aqueles de uma pesquisa mais recente realizada na cidade do Rio de Janeiro com clientes da homeopatia (1987b), o que a meu ver ajuda a pôr em relevo a importância do problema.

Sujeitos à intensa utilização do corpo, único elemento que lhes oferece os meios de subsistência, os clientes da medicina popular de Santa Rita definem a saúde a partir das categorias força/fraqueza. A representação da

saúde está intimamente ligada à idéia de força - força utilizável no trabalho - que a comida mantém e estimula; a doença é percebida como um estado de fraqueza que impede a utilização normal do corpo, isto é, para trabalhar.

Já para os clientes da homeopatia, pertencentes em sua totalidade aos estratos médios da cidade do Rio de Janeiro, as categorias fundamentais, em torno das quais organizam suas representações sobre a saúde e a doença, são as de equilíbrio/desequilíbrio, categorias que reproduzem, no plano simbólico, sua posição equilibrada e equilibrante entre as camadas privilegiadas, de um lado, e as expropriadas, de outro. Para esta clientela, a saúde é sinônimo de equilíbrio - orgânico e emocional - e a doença, independentemente de sua natureza - crônicas e agudas, por vírus, bactérias, degenerescência, etc., o rompimento deste equilíbrio por uma vida desequilibrada: má alimentação, nervosismo, stress, correria, agitação, preocupação, ódio, ressentimento, enfim pelos fatores que afetam ou advêm do estilo de vida destas pessoas.

Os clientes da homeopatia têm em comum com os clientes da medicina popular o fato de negarem o dualismo corpo/espírito ou corpo/alma, objetivismo/subjetivismo e o mecanicismo orgânico da medicina oficial. Mas enquanto os da medicina popular trabalham, como vimos, sobretudo com as categorias espírito/matéria e negam a existência da doença mental, identificada em seu universo simbólico como doença espiritual, os clientes da homeopatia trabalham principalmente com as categorias corpo/cabeça. Eles não deixam de ter suas representações sobre a saúde e a doença marcadas pelas teorias desenvolvidas pelas religiões a que pertencem - o espiritismo Kardecista, principalmente - mas, como um todo, não mencionam nas entrevistas a categoria de doença espiritual. Quando levados a falar sobre o processo saúde-doença, eles enfatizam, quase sempre, a importância da "cabeça" e a participação, por esta via, do próprio indivíduo naquele processo, num tipo de voluntarismo característico das camadas que se orientam fortemente por uma conduta de mobilidade. A "cabeça" pode significar um conjunto de sentimentos e disposições mais próximas do universo religioso ("pensamentos bons e elevados, espírito perdoador") ou do universo psicanalítico ("relaxamento", "equilíbrio psicológico", "mente produtiva") mas a centralidade desta categoria, que quase nunca ou raramente é mencionada pela população de classe baixa, é que chama a atenção na clientela da homeopatia. Tal representação está sem dúvida relacionada ao *habitus* (ver Bourdieu, 1979) de classe desta clientela com esperanças de galgar posições na estrutura social, que extrai seus meios de subsistência menos da

utilização do corpo - da força corporal - do que da cabeça, isto é, da capacidade de assimilar atitudes, técnicas e conhecimentos, mais ou menos especializados, que são transmitidos e legitimados pela escola.

Também como a população de classe baixa de Santa Rita, a clientela da homeopatia valoriza a alimentação como fonte de saúde e como elemento importante na prevenção das doenças. Mas enquanto para aqueles - cujas representações sobre a saúde e a doença se organizam em torno da idéia de força que o alimento mantém e repõe e que são submetidos a uma dieta alimentar qualitativa e quantitativamente mínima ou muito limitada (quando não passam fome) - a alimentação ocupa um lugar central na descrição do processo saúde/doença, para os clientes da homeopatia ela parece derivada de um estilo de vida ou de sociedade - comer alimentos inadequados, dieta desequilibrada, alimentos poluídos, industrializados, antinaturais, etc. - e em nenhum momento como carência. Ao contrário, o excesso alimentar, o "abuso" de certos alimentos, faz parte, juntamente com a diversificação alimentar, da idéia de alimentação equilibrada, esta sim, fundamental para os clientes da homeopatia.

Por outro lado, enquanto a preferência alimentar da clientela da medicina popular recai sobre os alimentos classificados como fortes ou pesados (pois "pesam no estomago": feijão, carne, massa, etc.) que tornam o corpo forte (corpulento e resistente) e proporcionam a sensação de saciedade (ter matado a fome) e também de satisfação (ter comido bem, ou seja, muito), a preferência alimentar dos clientes da homeopatia recai sobre os alimentos que os membros das camadas populares classificam como fracos e leves (que alimentam sem no entanto pesarem no estômago: verduras, carnes brancas, etc.).

Se, por um lado, o gosto dos clientes da homeopatia incorpora as recomendações da dietética oficial (consumo equilibrado de vitaminas, sais minerais, proteínas e aminoácidos), por outro lado busca dietas alternativas em outros sistemas, como vegetarianismo e macrobiótica, nem sempre referendados pela medicina oficial, mas nos quais a idéia de equilíbrio (cós-mico, biológico, energético, etc.) é básica e/ou primordial.

Conclusão

Não disponho de tempo, nesta breve comunicação, para multiplicar os exemplos e para desenvolver as complexas relações que a partir da percepção e do uso do corpo se estabelecem entre a clientela e os diferentes espe-

cialistas médicos e não médicos, o que fiz pelo menos em parte nas publicações mencionadas. Espero, entretanto, ter dado algumas indicações neste sentido e, sobretudo, ter deixado claro que a utilização de qualquer medicina passa pela visão que os usuários possuem da saúde e doença e que esta reflete, em grande parte, sua posição de classe, isto é, o lugar que ocupam na estrutura social; e isto é válido tanto para os clientes quanto para os médicos e os especialistas das diferentes formas de cura.

Referências bibliográficas

Boltanski, L.

1968 *La découverte de la maladie*. Paris: Centre de Sociologie Européenne (mimeo). Traduzido para o português e publicado em Boltanski, L., *As Classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984, pp. 11-68.

Bourdieu, P.

1979 *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris: Editions de Minuit.

Durkheim, E.

1960 *Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totémique en Australie*. Paris: PUF.

Loyola, M.A.

1982 "Cure des corps et cure des âmes. Les rapports entre les médecins et les religions dans la banlieue de Rio". *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 43: 2-43.

1984 *Médicos e Curandeiros, Conflito Social e Saúde*. São Paulo: Difel.
1987a "Medicina Popular: Rezas e Curas de Corpo e Alma". *Ciência Hoje* 6(35):34-43.

1987b "Uma medicina de classe média: idéias preliminares sobre a clientela da homeopatia". *Cadernos do IMS* I(1):45-72.

Mauss, M.

1967 *Oeuvres*. Paris: Editions de Minuit, vol. I. (Col. Le Sens Commun).

CUIDADOS DE SAÚDE NAS DOENÇAS TROPICAIS TRANSMISSÍVEIS

Pluralismo médico no tratamento da leishmaniose

Carlos A. CAROSO SOARES()*

*Noilton J. DIAS(**)*

*Neivalda F. OLIVEIRA(**)*

Introdução

A experiência que relatamos neste trabalho refere-se à pesquisa iniciada em 1989, na qual objetivamos empreender a análise do comportamento cultural nos cuidados de saúde nas doenças tropicais transmissíveis. Com este objetivo escolhemos estudar um caso específico de surto de leishmaniose cutânea que ora se verifica no município de Irará, Estado da Bahia.

A busca de compreender os fatores envolvidos no comportamento voltado para os cuidados da saúde conduziu-nos à análise de ambos os aspectos biomédicos e etnomédicos das práticas de saúde, de maneira que pudéssemos entender o pluralismo médico que resulta do comportamento dirigido para a preservação da saúde. Desta maneira, realizamos um estudo exploratório sobre doenças tropicais em uma área de ocorrência de leishmaniose na perspectiva da Antropologia Médica, com o objetivo de identificar os cuidados na saúde como comportamento frente a um surto de leishmaniose, buscando analisar o processo de transmissão e tratamento nas suas

(*) Professor Adjunto do Departamento de Antropologia, Universidade Federal da Bahia.

(**) Bolsistas do CNPq nas categorias de Aperfeiçoamento e Iniciação Científica.

relações com a estrutura sócio-cultural e com outros fatores ambientais.

O comportamento na saúde, seja ele deliberado ou não deliberado, é fortemente (senão totalmente) determinado por fatores sociais e culturais, decorrendo daí a necessidade de conhecer o contexto ambiental do risco, assim como a natureza das características deste (Dunn & Janes, 1986:25). O risco de ocorrência de doenças transmissíveis pode freqüentemente ser explicado através de sua associação às práticas culturais que expõem os indivíduos a infecções, ou mesmo os protegem delas em áreas de alta incidência. Entre as doenças transmissíveis que ocorrem endemicamente, chegando às vezes a se apresentar sob a forma de surtos epidêmicos em partes do mundo situadas nos trópicos, nossa opção foi a de estudar o comportamento na saúde com relação à leishmaniose cutânea.

Neste trabalho buscamos conhecer o contexto da pluralidade de culturas médicas nos cuidados de saúde, particularmente as concepções etnomédicas representadas por modelos etiológicos, práticas preventivas e tratamentos das doenças infecto-contagiosas. Desta maneira tentamos compreender a importância do pluralismo médico nos cuidados de saúde como ator na adaptação cultural/ambiental, uma vez que estas práticas são largamente responsáveis pelo sucesso adaptativo das populações⁽¹⁾ que as utilizam.

Propusemo-nos assim a analisar o comportamento na saúde que possa facilitar a produção e distribuição social das doenças tropicais transmissíveis, sendo a ocorrência da leishmaniose cutânea, por sua característica endêmica, apesar de ocorrer isoladamente no município de Iará, tomada como indicação na análise do comportamento. Desta maneira, este estudo volta-se para a compreensão do comportamento orientado para a saúde tomando como base a análise dos fatores ambientais, suas relações com o comportamento cultural vigente nos segmentos sociais estudados, constituído pelos cuidados na saúde através de representações e ações orientadas por visões etnomédica (étnica) e biomédica (técnica), que antes de serem excludentes complementam-se nos cuidados de saúde pela população estudada.

A compreensão dos fatores ambientais que apresentamos neste trabalho segue a orientação teórica da Ecologia Cultural. Desta maneira estes são vistos como comportando três níveis integrados, representados por elementos não-bióticos, bióticos e histórico-culturais (Helm, 1962; Johnson & Earle, 1987). A análise dos componentes ambientais nesta perspectiva teó-

(1) Assim como Sournia e Ruffié (1984: 25-26), concebemos que uma população seja "uma unidade de reprodução, composta de indivíduos que participam no mesmo pool de genes; é também uma unidade ecológica explorando um nicho bem determinado".

rica permite-nos identificar as concepções sobre elementos causadores de doenças representados por agressões do meio físico e microbianas, assim como por intrusores sobrenaturais, representados por espíritos, demônios e outros agentes etiológicos classificados na esfera do invisível pelos segmentos populacionais que ora estudamos.

Metodologia da pesquisa e análise

No que se refere à metodologia do presente estudo, procedemos de forma a destacar algumas variáveis para servirem de guia para observação e investigação, de maneira que apontassem os aspectos fundamentais a serem analisados, tal como delimitados nos objetivos de trabalho que enumeramos a seguir:

1. Identificar e caracterizar os fatores sociais, culturais, econômicos e ambientais envolvidos na prevalência da leishmaniose cutânea.
2. Identificar e caracterizar as variáveis sócio-culturais, i.e., os fatores comportamentais envolvidos no processo de distribuição espacial, distribuição social e transmissão da leishmaniose tegumentar por aumentarem a exposição e comportamento de risco dos indivíduos.
3. Identificar os modelos explicativos, representados pelas concepções etnomédicas, buscando construir modelos etnosemânticos de explicação das doenças, agentes causadores e formas de tratamento considerados adequados para cada caso específico.
4. Identificar e caracterizar as concepções relacionadas aos estados de morbidade tal como são etnicamente percebidos.
5. Identificar e analisar as variáveis envolvidas no comportamento individual e coletivo, representadas por estratégias adaptativas, crenças e valores culturais tradicionais/modernos no que se refere à saúde e aos seus cuidados.
6. Identificar as teorias étnicas e teorias científicas de doenças, buscando elaborar modelos etnosemânticos que comportem a multifatorialidade de causação de doenças, como parte do esforço para superar o modelo biologicista freqüentemente utilizado nos estudos epidemiológicos das do-

enças tropicais transmissíveis.

7. Identificar alternativas comportamentais culturalmente aceitáveis, bem como as agências e agentes étnicos de saúde e sua linguagem, que possam contribuir para a elaboração de projetos de educação para a saúde que venham a prevenir e diminuir a ocorrência de casos de infecção por doenças transmissíveis, que tenham como variável causal importante o comportamento cultural vigente nos grupos sociais em causa.

Os métodos etnográfico e comparativo em Antropologia vêm constituindo os principais caminhos de conhecimento e documentação sistemática da realidade. Orientados por estes métodos temos procedido de forma a registrar o comportamento na doença em uma perspectiva abrangente e relativizadora, de modo a compreendê-lo no contexto dos segmentos culturais e comunidades em que se manifesta para, a seguir, poder estabelecer comparações com comportamentos assemelhados em contextos cross-culturais de análise.

As técnicas e procedimentos utilizados na pesquisa de campo compreendem a observação de maneira mais ampla, sendo esta realizada de modo sistemático através de roteiros de observação, entrevistas estruturadas, entrevistas não estruturadas orientadas pelas questões centrais da pesquisa, o registro e catalogação dos elementos medicinais utilizados pelas populações e o assentamento sistemático de aspectos relevantes em cadernos de campo.

Na continuidade deste estudo, pretendemos ampliar os procedimentos selecionando alguns informantes chave, representados por usuários, praticantes etnomédicos e para que sejam aplicados instrumentos de maior profundidade com estes. Além dos dados primários coletados nos locais delimitados para a realização da pesquisa, foram também levantados dados secundários disponíveis em órgãos governamentais, tais como Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e estudos epidemiológicos realizados por outras agências de pesquisa.

Os dados primários se encontram em fase de análise estatística para posterior interpretação, devendo permitir a elaboração de modelos comparativos que possam ser utilizados em contextos cross-culturais, de maneira a possibilitar a compreensão dos traços e elementos que sejam culturalmente específicos no comportamento e outros cross-culturalmente válidos, de for-

ma a poder relacioná-los com a prevalência da leishmaniose.

Características e epidemiologia da leishmaniose

A leishmaniose se caracteriza por ser uma doença infecciosa crônica do tipo parasitário com amplo espectro de ocorrência. Ela é produzida por um protozoário do gênero *leishmania* e transmitida ao homem pelo mosquito flebótomo⁽²⁾. Caracteriza-se esta por ser doença de certa gravidade dentro do quadro das doenças tropicais transmissíveis⁽³⁾, cuja incidência tem sofrido um forte incremento, notadamente nos anos 80, o que tem provocado crescente atenção no seu estudo disciplinar na área da saúde pública.

Sendo parasitas estritamente intracelulares, as leishmanias são encontradas em insetos macrofagos onde se multiplicam por divisão binária. Após acentuada multiplicação, as células parasitadas do hospedeiro se rompem levando à invasão de novas células. Os insetos que transmitem a leishmaniose ao homem se infectam quando se alimentam em pessoas ou animais contaminados, recebendo as parasitas do sangue ou da pele desses. No mosquito, as parasitas são encontradas no estágio de promastigota, alojadas no intestino médio ou posterior das fêmeas, onde elas (em ciclo de desenvolvimento que leva cerca de sete dias) se dividem e migram para a faringe e cavidade bucal, tornando-as insetos infectantes.

As condições ambientais constituídas pelo clima quente e úmido e a vegetação exuberante, aliadas à presença dos reservatórios naturais, animais silvestres infectados, constituem o nicho natural da doença. O homem participa desse ciclo epidemiológico como hospedeiro acidental, sendo frequentemente infectado quando interrompe o processo natural.

A resistência à leishmaniose depende do desenvolvimento da imunidade específica e da capacidade do indivíduo para dar respostas imunológicas. A cicatrização é geralmente acompanhada pela aquisição de imunidade às espécies particulares de *leishmania* envolvidas, mas não a outras espé-

(2) O protozoário que constitui o agente etiológico da leishmaniose foi descoberto por Leishman e Donovan no início do século XX na Índia, daí a denominação da enfermidade de Leishmaniose Donovan. Epidemiologicamente ela constitui uma zoonose de canídeos e roedores, transmitida ao homem por insetos hematófagos da família *psychodidae* (Veronesi, 1976).

(3) Suas manifestações clínicas oscilam entre formas extremas, tanto alérgicas quanto anérgicas, e formas intermediárias de expressão. Dentre as formas alérgicas encontram-se manifestações clínicas de algumas formas lúpide e do botão do oriente. Dentre as formas anérgicas existem as cutâneas e o calazar.

cies. O exame laboratorial mais utilizado para detectar tal moléstia é a intradermoreação de Montenegro.

É provável que exista pelos menos seis espécies de leishmania que provocam a leishmaniose tegumentar no Novo Mundo, estas são identificadas como L. mexicana mexicana, L. mexicana amazonensis, L. brasiliensis brasiliensis, L. brasiliensis guyanensis, L. brasiliensis panamensis e L. peruviana. Esta forma da leishmaniose se espalha do México até o Nordeste da Argentina, não atingindo o Canadá, Estados Unidos nem o Chile. No Brasil a leishmaniose tegumentar atinge todos os estados com maior incidência assinalada no Estado de São Paulo, no norte de Minas, sul da Bahia, norte do Paraná e Região Amazônica.

Epidemiologicamente a frequência da leishmaniose está condicionada a vários fatores, dentre eles o estado imunológico da população humana, alteração nos habitats dos reservatórios e vetores por modificações ambientais causadas pela ocupação humana e movimentos migratórios.

Alguns estudos comprovam que há uma relação entre os estados imunológicos das populações e a contração de leishmaniose. Esta pode ser melhor conhecida através das respostas imunológicas dos pacientes do que pela variação da infectividade ou atividade metabólica das leishmanias em relação a algumas doenças infecciosas. O número de parasitas, a viabilidade e a localização são fatores que podem afetar diretamente o desenvolvimento das respostas imuno-adquiridas. Por outro lado, em muitos casos, os estados imunes dos pacientes possuem características próprias, o que tem chamado a atenção de vários pesquisadores. Em estudos sobre a Leishmaniose Visceral no Quênia (Mutinga, 1988), verificou-se que a maioria dos contaminados eram crianças. Fatores comportamentais e modificações ambientais não eram explicações adequadas nesse caso. Na tentativa de explicar esta peculiaridade, levantou-se a hipótese da imunidade diferenciada por faixas etárias.

As modificações ambientais incentivadas pela colonização, pela exploração mineral e pelo desmatamento para implantação de projetos agrícolas e pecuários, podem alterar o biotipo dos flebótomos e assim acentuar a ocorrência da leishmaniose. Os flebótomos passam a agredir acidentalmente o homem, como consequência da destruição de suas condições naturais que os afasta dos seus hospedeiros preferenciais. Estudos mais recentes (Barreto et al., 1981) dão conta de regiões endêmicas que não correspondem a essas especificações, ou seja, regiões de ocupações antigas onde não há mudanças atuais dos bio-sistemas, porém isso não invalida a importân-

cia ambiental: nesses estudos, pois, assim como outras doenças tropicais transmissíveis, a leishmaniose possui uma estreita relação com as manifestações adaptativas do homem ao ambiente.

As atividades ocupacionais relacionadas com o trabalho agropecuário e de extração vegetal ou mineral são as atividades de maior risco de contração dessa doença. Durante muito tempo deu-se uma grande importância ao fator trabalho, chegando a se considerar a leishmaniose como uma doença ocupacional, por que sua maior incidência encontrava-se entre os trabalhadores rurais, na faixa dos 20 a 30 anos. Hoje admite-se que essa endemia não é só ocupacional e que em vários ambientes existe o risco de infecção. Estudos como os de Gomes sobre "Aspectos Ecológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana" admitem que a leishmaniose tegumentar "tenha ocorrência de sua transmissão, em parte, ao nível domiciliar e peridomiciliar" (1982:157-158).

Os movimentos migratórios, relacionados a várias atividades humanas, influem na epidemiologia da leishmaniose. A migração é associada a esta moléstia endêmica que é característica de áreas novas, invasões e povoaamentos recentes.

Ela é de difícil controle, pois possui reservatórios variados e silvestres. É de grande importância epidemiológica que se identifique os vetores para que se possa controlá-la, assim como investigar mais detidamente os aspectos médico-sociais e sócio-culturais desta doença.

A leishmaniose é uma enfermidade endêmica no continente americano desde seu descobrimento e conquista do território pelos europeus, tendo sido Vianna (1911, *apud* Nascimento, 1986a e 1986b) o primeiro cientista a caracterizá-la. A mais antiga referência quanto à existência desta moléstia no Brasil data do início do século XX. Entre as explicações para a penetração desta enfermidade no território brasileiro frequentemente apontadas, incluem-se: a) a disseminação através do contato dos povos indígenas com povos das regiões de fronteira com o Perú e a Bolívia; b) a migração de Sérios tradicionalmente portadores desta doença; e c) contatos e migrações entre Brasil e Argentina onde esta era comum. Sua ocorrência no Brasil tem se verificado sob forma de casos esporádicos, micro surtos e endemias.

As estimativas são de que anualmente apresentam-se aproximadamente 400.000 casos de leishmaniose no mundo, ocupando o sexto lugar dentre as enfermidades que mais merecem atenção dos pesquisadores. Calcula-se que em 1987 ocorreram 25.213 casos no Brasil, sendo que destes 2.500 ocorreram na Bahia. Em 1989, o número total de casos no Brasil foi de 20.510,

sendo que a Região Nordeste responde por 8.728 casos (SUCAM-BA). Os dados da SUCAM para o Estado da Bahia demonstram um claro crescimento na taxa de prevalência da leishmaniose nos últimos dez anos, atingindo seu mais alto nível em 1988 com mais de três mil e quatrocentos casos (Tabela 1):

Tabela 1
Casos de leishmaniose
Estado de Bahia 1979-1988

Ano	Número de casos
1979	94
1980	120
1981	159
1982	704
1983	977
1984	1.143
1985	2.089
1986	2.607
1987	2.500
1988	3.439

Fonte: SUCAM-Bahia

Um estudo epidemiológico de um surto de leishmaniose tegumentar ocorrido no município de Lençóis, localizado na Chapada Diamantina, no Estado da Bahia, aponta como causas determinantes da ocorrência desta doença o desequilíbrio ecológico, as variações sazonais e a susceptibilidade da população. Neste mesmo estudo fica constatado que o grupo ocupacional mais exposto são os lavradores e garimpeiros (Dourado et al., 1989).

As principais características do padrão epidemiológico da leishmaniose tegumentar na Bahia são longa persistência da endemia na comunidade, transmissão ativa (independente do sexo e idade) e presença de infecção canina. Nota-se ainda que a contaminação domiciliar e peridomiciliar vem se

acentuando de maneira bastante significativa nos últimos anos, o que nos permite especular sobre o comportamento no âmbito doméstico como fator crucial na transmissão desta doença.

A leishmaniose na Bahia

A leishmaniose se verifica de maneira endêmica nos municípios da região de produção do cacau, sendo a forma tegumentar encontrada com distribuição homogênea. Além da desta região, pode ser constatada sua ocorrência isolada em outros municípios, tal como em Iará, onde ora realizamos este estudo. O município apresenta a maior incidência de leishmaniose tegumentar no Estado, tendo sido registrados 366 casos no ano de 1988, o que representa um coeficiente de incidência em torno de 1.4 caso/ano por 1000 habitantes.

Considerando que o aumento da prevalência da leishmaniose está frequentemente relacionado a fatores ambientais e comportamentais que acentuam a exposição dos indivíduos à ação do seu vetor, neste estudo buscamos compreender retrospectivamente as alterações verificadas no ambiente ou comportamento sócio-cultural que possam ser relacionadas ao aumento dos casos.

A opção por estudar a situação da leishmaniose tegumentar em Iará deu-se por esta se tratar de uma região diversa do padrão ambiental da região cacauzeira. Este município situa-se em área de condições climáticas, morfológicas, edáficas e cobertura vegetal diferenciada da região de produção do cacau onde há grande incidência de leishmaniose.

Estas características diferenciadas do ponto de vista ambiental, fazem com que a ênfase maior fosse colocada nos fatores comportamentais na contração da leishmaniose, de forma que enfatizamos a necessidade de desvendar aspectos da cultura e do comportamento que facilitam a contração dessa doença, uma vez que ambos não constituem prioridade entre as preocupações das autoridades sanitárias.

Ocorrência da leishmaniose em Iará

A área territorial do município de Iará corresponde a 279 km², estando este situado ao sudeste de Salvador a aproximadamente 128 quilômetros por rodovia pavimentada em asfalto, não muito distante a duas rodovias federais de intenso tráfego. Segundo a estimativa censitária para 1990 o mu-

nicípio deverá ter aproximadamente 26.038 habitantes, com uma densidade demográfica de 73.33 h/km² (IBGE, 1989). Os resultados do censo demográfico de 1980 apontavam para uma população total de 14.354 habitantes no município (quase a metade da população prevista para 1990), sendo que 11.954 residiam na zona rural (83.28%), enquanto que apenas 2.400 eram residentes da zona urbana (16.72%). Este vertiginoso crescimento populacional nos remete a buscar relacioná-lo ao aumento da prevalência da leishmaniose.

A rede de assistência à saúde é representada por uma maternidade com 24 leitos, um posto de puericultura, sete postos de saúde do Estado, um posto do sindicato rural e três clínicas médicas particulares. O pessoal médico é representado por oito médicos, apoiados por enfermeiros e assistentes de enfermagem, um agente de saúde e quatro dentistas. Dos sete postos de saúde mantidos pelo Estado, seis encontram-se na zona rural e um na zona urbana. O posto de saúde da zona urbana funciona para atendimento diário e os da zona rural funcionam um turno por semana. Estes postos estão localizados em Bento Simões, Santo Antônio, Catete, Caroba, Cavaco e Largo Velho na Fazenda Brotas. A maternidade, que funciona eventualmente como hospital geral, opera com o sistema de plantão de um médico por dia, sendo que durante as manhãs este faz atendimento ambulatorial e no resto do período atende a pacientes internos.

No período de 1988/89 a SUCAM notificou a ocorrência de 542 casos de leishmaniose tegumentar em Iará à SESAB. O ano de 1988 foi considerado como ano de surto epidêmico, por terem sido registrados 366 casos, o que representou um coeficiente de incidência da ordem de quase 14 casos por 1.000 habitantes (SUCAM-BA).

Não obstante o questionamento sobre a existência de um surto epidêmico de leishmaniose em Iará, o primeiro caso de leishmaniose tegumentar devidamente comprovado e acompanhado foi registrado no final de 1987 na vila de Bento Simões. Após ter sido constatado esta ocorrência, outros pacientes foram levados para Salvador, também obtendo resultados positivos para leishmaniose tegumentar. A partir da notificação destes casos à SESAB, esta passou a fornecer desde maio de 1988, material para ser feita a intradermoreação de Montenegro, o que permitiu a realização do diagnóstico etiológico no município. Ao serem estudadas as tabelas de notificações da SUCAM à SESAB, podemos até mesmo alimentar a suspeita da não existência de surto, em vista de não haver registros de casos de leishmaniose tegumentar anteriores a maio de 1988.

Tabela 2
Incidência da Leishmaniose
Irará, Bahia - 1988/89

Quanto à área de residência						
Mês / Ano	Rural		Urbana		Totais	
	1988	1989	1988	1989	1988	1989
Janeiro	-	03	-	02	-	05
Fevereiro	-	04	-	01	-	05
Março	-	01	-	-	-	01
Abril	-	03	-	01	-	04
Maio	06	13	-	02	06	15
Junho	05	11	06	05	11	16
Julho	41	06	12	04	53	10
Agosto	133	-	35	-	168	-
Setembro	53	-	20	-	73	-
Outubro	42	03	15	02	57	05
Novembro	37	05	08	01	45	06
Dezembro	-	01	-	-	-	01
Total	317	50	96	18	413	68

Fonte: Posto de Saúde de Irará, Bahia

Desde que se iniciou a aplicação dos testes até dezembro de 1989, foram registrados nos arquivos do posto de saúde daquele município 481 casos positivos de reação de Montenegro. Desses, 91 eram crianças com idade variando entre 01 e 10 anos (18.9%), 45 eram pessoas com idade superior a 55 anos (12.2%) e 345 (68.9%) se encontravam em idades que variavam entre 10 e 54 anos.

Dos 481 pacientes que apresentaram resultados positivos nos testes anti-moniais aplicados no posto de saúde local, 367 são provenientes da zona rural (76.3% dos casos), enquanto 114 (23.7%) habitam na área urbana de

Irará.

Em janeiro de 1990 setenta e quatro pessoas se encontravam em tratamento de leishmaniose no posto médico de Irará. Destes, sessenta e cinco eram provenientes de áreas rurais e nove moravam em áreas urbanas. Várias são as localidades rurais de origem dos pacientes em tratamento, sendo mais frequentes pacientes da Fazenda Brotas com cinco casos, Mangabeira com quatro, Sobrado, Murici, Cruzeiro e Cacimba com três casos cada.

Na zona urbana de Irará a maior incidência pode ser encontrada no bairro denominado Cidade Nova, onde conduzimos parte da pesquisa que aqui relatamos. Em uma das ruas deste bairro podem ser encontrados três casos de pacientes em tratamento. A leishmaniose é a doença transmissível de maior incidência em Irará, tal como podemos verificar na Tabela 3 que registra as doenças transmissíveis ocorridas no ano de 1988.

Tabela 3
Doenças transmissíveis
Irará, Bahia - 1988

Doenças	Nº de casos	Coefficiente p/100.000 hab.
Sarampo	54	225.2
Coqueluche	01	4.2
Hepatite	01	4.2
Meningite s/especificação	01	4.2
Leishmaniose tegumentar	272	1.134.3
Leishmaniose s/especificação	07	29.2

Fonte: SESAB

Vale ressaltar que constatamos a existência de discrepância entre as fontes de registros estatísticos, o que torna difícil, senão impossível, precisar o número de pacientes portadores de leishmaniose no município.

Concepções etnomédicas e biomédicas no cuidado da saúde

A análise epidemiológica da leishmaniose neste trabalho encontra-se es-

treitamente ligada ao contexto ambiental de sua ocorrência, tanto nos aspectos naturais como sócio-culturais. Por isto mesmo procuramos destacar o papel desempenhado pelas mudanças que ocorrem nos diversos ambientes em virtude da ação humana como fator que aumenta o risco e a prevalência, quer criando as condições que permitem a proliferação de vetores, convivência com seus reservatórios animais, ou transportando-os de uma região para outra através de movimentos migratórios.

Procedendo desta maneira, a relação estabelecida entre as variáveis sócio-culturais (comportamentais) e variáveis ambientais, nos aspectos acima apontados, deve passar a ser um importante fator na compreensão dos dados epidemiológicos. Isto decorre da constatação que uma das maiores limitações encontradas nos estudos epidemiológicos é a ausência de conhecimento sobre os fatores comportamentais na transmissão das doenças, i.e., dos valores tradicionais ou modernos que se encontram culturalmente arraigados, os quais são responsáveis pelo comportamento coletivo, assim como do reconhecimento da importância do papel que o comportamento desempenha na contração e/ou cronificação das doenças. Referindo-se às limitações teóricas e metodológicas encontradas na epidemiologia, Nations constata que estas decorrem da não procura desta de perceber “a maneira como as pessoas concebem as doenças e se relacionam à morte” (1986:97), uma vez que esta percepção permitiria melhor compreensão do comportamento orientado para a saúde.

Em uma proposta de aproximação entre a Epidemiologia e a Antropologia Médica, considerando que estas compartilham a preocupação com o comportamento relativo à saúde, Dunn & Janes (1986), à semelhança dos ecólogos culturais, reconhecem um conjunto de determinantes representados por fatores exógenos (bióticos e não bióticos), fatores endógenos (genéticos), fatores demográficos (populacionais), e fatores comportamentais, estes representados por aspectos psicológicos, sociais e culturais.

Em busca de estabelecer uma análise multicausal que permita tal aproximação no estudo dos fatos da doença e da saúde, fica claro que muitos dos determinantes das doenças e distúrbios são nitidamente comportamentais. Esta constatação permite afirmar que “todas as doenças são causadas, ao menos em parte, pelo comportamento de indivíduos, grupos ou comunidades”, tal como afirmado por Dunn & Janes (*ibid.*), na defesa de que a epidemiologia deve fazer parte das ciências do social.

A forma diferenciada e desigual com que os cuidados biomédicos de saúde atingem os diversos segmentos da população pode ser compreendida

como causa e efeito da presença de práticas etnomédicas que as substituem nos cuidados de saúde. Estas práticas constituem a forma cultural tradicional de lidar com os problemas de saúde, daí a amplitude de sua aceitação entre os diversos segmentos populacionais que as utilizam como recurso disponível para suas condições sócio-econômicas. Do ponto dos segmentos sociais que recorrem às práticas etnomédicas, elas representam um corpo de conhecimento empírico testado no que se refere às concepções sobre etiologia das doenças, seus ciclos de desenvolvimento, sua forma de transmissão, tratamentos e cura, representado pelas concepções étnicas de doença e saúde.

A introdução e a disseminação de doenças tropicais através da transmissão a partir de hospedeiros humanos e não humanos podem ter como um importante fator as práticas culturais estabelecidas, podendo estas ainda representar um fator na redução da prevalência ou controle de surtos epidêmicos. Em consonância com este ponto de vista, Alland (1970) sugere que mesmo quando o relacionamento entre certas práticas culturais e doenças não é entendido por uma população, estas práticas têm um efeito objetivo sobre as taxas de morbidade.

As concepções etiológicas influenciadas por valores culturais, constituem um fator relevante no autodiagnóstico que as pessoas e populações fazem de si próprias, representando um aspecto de grande relevância no processo de tratamento a ser seguido. Na visão biomédica, um dos problemas fundamentais na educação para a saúde é a redução do tempo entre o início da doença e a busca do tratamento, o que por certo aumentaria as possibilidades de cura. Nesta visão, as concepções julgadas inadequadas sobre determinadas doenças e seus processos podem influir negativamente nas possibilidades de controle destas doenças.

Partindo das afirmações anteriores, buscamos verificar de que maneira a etnomedicina⁽⁴⁾ (ou conhecimentos e práticas médicas populares, indígenas, religiosas, etc.) tem contribuído para o controle epidemiológico das doenças infecciosas. Estas constatações levaram-nos a aceitar que toda população, independentemente do nível de integração aos modernos meios de tratamento médico, apresenta uma forma de lidar com doenças representada por seu repertório etnomédico, o qual é constituído pelo reconhecimento das doenças que a afligem, modelos etiológicos, formas de tratamento e

(4) Hughes afirma que a etnomedicina é constituída por "conhecimentos e práticas relativos à doença que são o produto de desenvolvimentos culturais autóctones não explicitamente derivados do quadro conceptual da medicina moderna (1968:87, *apud* Nations, 1986:104). Contudo, tendemos a vê-la tanto desta maneira, quanto influenciada por valores médicos e farmacológicos modernos.

identificação de estados de saúde, como oposição a estados de doença ou não-saúde. Numa perspectiva holística e relativizadora, apropriada aos estudos antropológicos, buscamos compreender como este conhecimento pode atuar de forma a facilitar o planejamento da saúde e o controle da transmissão de doenças em comunidades locais, tomando como ponto de partida a existência de teorias e modelos étnicos presentes nas diversas culturais médicas dos segmentos estudados no município de Irará, no que se refere particularmente às suas concepções e práticas de saúde na presença da leishmaniose tegumentar.

A etapa de campo neste estudo foi iniciada com o levantamento conduzido no bairro de Cidade Nova, situado na sede municipal de Irará, por ser este que apresentava o maior número de casos de leishmaniose. Este bairro representa a área de ocupação mais recente da cidade de Irará, se estendendo da área central até os limites de algumas roças, marcando a transição entre os setores rural e urbano. Dos 195 domicílios residenciais do bairro foram realizadas entrevistas em 35, o que representa aproximadamente 18% do total. A maior parte das ruas do bairro não são pavimentadas, apresentando muitas irregularidades de superfície, o que, segundo a população local, acarreta o constante empoçamento de águas pluviais que trazem vários inconvenientes para suas vidas.

No que se refere aos fatores infra-estruturais o bairro conta com rede de distribuição de energia e água, sendo que alguns domicílios dispõem de poços artesianos. A inexistência de rede de captação de esgotos é comum a toda a cidade.

Quanto à composição da população do bairro, constatamos que cerca de 32% dos entrevistados provinham da zona rural e que na sua maioria mantinham algum tipo de relação com esta, seja por força de trabalho ou propriedade de terra. É comum que as pessoas aí residentes criem animais domésticos, com predominância de cachorros e gatos e, com menor frequência, galinhas.

Entre os domicílios que compuseram a amostra três continham moradores que já haviam sido portadores de leishmaniose. Em outros cinco fomos informados da existência de membros da família portadores da leishmaniose que residiam na zona rural, sendo que em um destes informaram sobre a presença de uma família na qual já foram acometidas de leishmaniose sete crianças menores de dez anos e um adulto com idade superior a 80 anos.

Todas as pessoas encontradas no bairro de Cidade Nova que foram acometidas de leishmaniose mantinham uma estreita ligação com a zona rural,

visitando-a constantemente, o que pode assinalar um maior grau de exposição aos vetores, com o aumento da probabilidade de contração da doença.

Outro dado importante na compreensão dos níveis de prevalência da leishmaniose em Iará é o aumento das derrubadas e queimadas, o que, na percepção da população local, vem se agravando nos últimos anos, bem como o aumento no regime de chuvas, com o conseqüente empoçamento e estagnação de águas.

A crescente derrubada da mata, para a formação de pastagem e áreas de plantio, vem afugentando os animais silvestres. Atualmente só são encontrados, segundo informações locais, pequenos roedores, aves diversas, poucos felinos e alguns canídeos (rato do mato, gato do mato, raposa, etc.). Animais são freqüentemente caçados e consumidos por uma pequena parcela da população entrevistada.

É percebido na área a presença de moscas, muriçocas, e outros insetos denominados genericamente pela população de mosquitos. A quase totalidade da população entrevistada relatou que controla estes mosquitos usando inseticidas industriais e repelentes feitos à base de receitas caseiras (queima de estrume bovino, alecrim ou farinha). A maioria dos entrevistados acredita que esses tipos de insetos causam problemas, pois infectam-se em animais e pessoas doentes e distribuem essa contaminação ao pousarem em outras pessoas. Porém a prática de afugentar tais insetos não é freqüente, havendo aparente indiferença quanto à ação destes, pois crianças e adultos picados por "mosquitos", não parecem preocupados com conseqüências futuras. Estabelecendo um paralelo dessa problemática com a leishmaniose, podemos inferir que a população local não está devidamente informada sobre seus vetores e riscos.

Pelos dados disponíveis para Iará percebe-se uma estreita ligação entre estação chuvosa e ocorrência de leishmaniose, sendo relatada pela população local a maior ocorrência de casos nos meses em que a intensidade das chuvas é maior.

Percebe-se também em Iará a existência de uma relação estreita entre freqüência à zona rural e contração dessa doença. Outro dado importante é a parte do corpo em que a infecção se manifesta. Segundo depoimentos dos agentes de saúde e da população local entrevistada, esta quase sempre atinge os membros inferiores, sobretudo a parte inferior das pernas, afetando em alguns casos os pés. Este padrão pode ser relacionado com comportamentos comuns da população local, sobretudo da população rural, a qual costuma dobrar as calças até o nível dos joelhos, aparentemente para evitar

que a bainha e a parte inferior das calças fiquem sujas ou que haja desgato do tecido naquela área, costume que resulta na maior exposição desta área aos insetos.

Cerca de 20% dos casos de leishmaniose nos anos de 1988/89 ocorreram entre crianças; explica-se a contração pelo contato diário com áreas que constituem o habitat natural dos flebótomos, principalmente durante os períodos destinados à caça, pesca ou lazer. Constatamos ainda a existência de crianças menores de quatro anos entre os portadores de leishmaniose, não se justificando pelo padrão anteriormente referido, uma vez que estas permanecem quase a totalidade do tempo no domicílio, o que nos leva a especular a existência de infecção ao nível do domicílio ou peridomicílio, fazendo-nos supor a presença do *Psychodopygus intermedius* em Iará.

A concepção vigente sobre a leishmaniose em muito foi influenciada pelo processo de divulgação de um surto de dengue no município e o posterior combate do mesmo através do processo de borrição dos domicílios. Esta época coincidiu com a fase inicial de detecção dos primeiros casos de leishmaniose em Iará e o posterior início do tratamento pela rede local de atendimento médico, o que levou a população a relacionar o programa de combate da dengue com a diminuição dos casos de leishmaniose, passando a atribuir a existência da mesma ao vetor da dengue, concepção esta que encontramos entre cerca de 54% das pessoas entrevistadas.

Foi possível constatar a existência de um baixo nível de informação sobre a leishmaniose por parte da população, excetuando-se os profissionais ligados à área da saúde. É freqüente que esta seja concebida como sendo a doença causada pelo mosquito da dengue, o que se reflete em aparente desconhecimento quanto à real natureza etiológica da doença. Esta lacuna de informação existente sobre a etiologia da leishmaniose, acentuada pelo não reconhecimento de um tratamento eficaz entre as práticas etnoterapêuticas, faz com que a população especule sobre a real existência da doença e mesmo sobre sua etiologia, não sendo concebido que um mosquito possa de fato causá-la. Uma das mais freqüentes concepções é a de que mosquitos podem contaminar ferimentos já existentes, agravando o quadro de infecção, mas não ser sua causa.

Outra concepção encontrada sobre essa doença é a de que seu vetor encontra-se na categoria étnica do invisível. Algumas pessoas sabem que o mosquito é o responsável pela transmissão da leishmaniose, contudo afirmam que não são estes mosquitos que eles conhecem, trata-se de um mosquito que não pode ser visto. Supomos que esta concepção se origina e tem

reforço na dificuldade que têm tido os agentes da SUCAM de capturar flebótomos na área, tendo mesmo sua presença sido negada a despeito do processo infeccioso da leishmaniose que afeta um número razoável de membros da população.

Em nossa mais recente viagem a campo, nos defrontamos com informações que talvez possam vir a ser importantes na compreensão da relação entre a doença e o comportamento dos indivíduos infectados. Alguns informantes na Fazenda Brotas, localidade rural na qual realizamos 15 entrevistas, apontaram para a existência de gatos domésticos com processos infecciosos que tiveram de ser sacrificados por seus proprietários. Eles não relacionam esta doença com a leishmaniose, dizendo se tratar de câncer. Outra indicação que no momento procuramos investigar é a grande ocorrência de infecções em crianças.

Necessário se faz a abordagem sobre as formas de tratamento utilizadas pela população local, sobretudo aquelas que buscam um controle efetivo sobre a doença aqui abordada. Pudemos constatar que um número significativo de pessoas utilizam produtos da flora local nos cuidados primários de saúde no âmbito doméstico. Porém, foi possível notar certa defasagem entre as respostas dadas e a prática da vida cotidiana. Algumas pessoas em seus discursos valorizavam muito o tratamento biomédico, quando em verdade utilizavam-se de tratamentos caseiros, à base de ervas medicinais⁽⁵⁾. Outras confirmavam o uso dessas, chegando a apresentar algumas receitas que cobriam um amplo espectro do conhecimento etnoterapêutico da região, utilizando-as tanto para fazer frente à impossibilidade de acesso à biomedicina, quanto por perceber nessas uma eficácia já comprovada pelos longos anos de utilização.

A existência de um alto nível de confiança nos cuidados de saúde de âmbito doméstico com uso de ervas medicinais pode muitas vezes ser responsabilizada por provocar o adiamento da procura de tratamento específico para a leishmaniose, uma vez que as pessoas fazem uso de remédios caseiros variados, prorrogando a busca do tratamento biomédico. Na visão biomédica este comportamento é frequentemente visto como responsável pelo aumento no tempo do tratamento devido ao agravamento das chagas leish-

(5) É comum a utilização de chás no primeiro sinal de indisposição. Outra prática comum é a associação de medicamentos farmacêuticos (pomadas) com folhas maceradas ou não. Quando maceradas estas são misturadas com o medicamento e é feito um unguento que é colocado sobre o local afetado; ou então a folha serve de proteção para o ferimento, evitando penetração de impurezas ao mesmo tempo em que age de forma a acelerar o processo de cicatrização.

manióticas, assim como redutor das possibilidades de cura pela biomedicina. A explicação para este comportamento por parte da população esta em que ela, por ter maior proximidade com a cultura etnomédica, faz seu uso de maneira mais freqüente, reservando o uso do tratamento biomédico para aqueles casos muito graves que não venham a ter alívio ou cura com os tratamentos etnomédicos utilizados.

Entre as mudanças no comportamento na saúde que podem ser notadas, uma chama atenção por sua significância na transição de valores tradicionais para valores modernos. O abandono de certos recursos tradicionais nos cuidados de saúde vem provavelmente sendo influenciado pela introdução de novas formas de tratamento advindas da medicalização do tratamento da leishmaniose. Alguns pós secantes e cicatrizantes elaborados no âmbito familiar, tradicionalmente utilizados no tratamento de ferimentos, deixaram de ser utilizados como resultado da crescente integração da população aos tratamentos médicos da medicina oficial. Estas certamente poderiam ser formas tradicionais de lidar com ferimentos do tipo da leishmaniose, as quais foram substituídas de maneira menos eficaz pelos modernos tratamentos.

Os cuidados primários de saúde utilizados no âmbito doméstico incluem a utilização de etnofármacos derivados de várias espécies vegetais e animais, além do recurso aos rezadores. Os rezadores, verificamos sempre serem mulheres, são muitas vezes membros do próprio grupo doméstico, um vizinho, parente ou amigo que reside nas proximidades. O recurso aos curadores, normalmente no âmbito das práticas religiosas afro-brasileiras também é freqüente, porém encontra restrições entre muitos membros da população entrevistada.

Quanto à percepção difusa das ulcerações no corpo, a concepção vigente é de que são doenças aquelas "feridas inflamadas que precisam de cuidados médicos", o que os leva a considerar como doenças cutâneas somente aquelas lesões que apresentam úlceras graves e precisam de cuidados especiais sob orientação médica. Considerando que nas concepções etnomédicas da população várias formas de lesões são excluídas do rol das doenças, em sua fase primária a leishmaniose geralmente não é considerada como doença, podendo este ser um fator no retardamento do tratamento através da biomedicina. Em contrapartida, em sua expressão posterior, quando a úlcera leishmaniótica se agrava, esta corresponde perfeitamente ao modelo da doença concebido pelo grupo.

O entendimento que a população tem de saúde e doença está relacionado

diretamente com a capacidade física que o indivíduo possa dispor na realização das atividades diárias. Assim estar doente é “não ter força para trabalhar”, “não ter ânimo”. O conceito de saúde é a contraposição ao de doença. O indivíduo saudável tem disposição para o trabalho e apresenta aspectos físicos que podem ratificar sua posição de boa saúde, tais como olhos vivos, rosto rosado, sorriso claro, etc. Esses conceitos são muito específicos, mas são amplamente utilizados pela quase totalidade dos entrevistados. Neste contexto conceitual, na sua fase inicial a leishmaniose não é vista como doença, uma vez que ela ainda não impede a condução normal das atividades cotidianas dos indivíduos afetados.

Um outro comportamento frequentemente observado quando da ocorrência de algumas doenças é o de evitação de determinados alimentos. É consenso entre os entrevistados que certos alimentos interferem no tratamento, retardam a cura e aumentam a intensidade da doença. Eles concebem que para alguns enfermos, entre os quais incluem-se os portadores de leishmaniose, deve-se restringi-los a um cardápio composto de carne bovina, feijão, arroz e alguns vegetais. Esses alimentos estão relacionados àqueles não reimosos. Na concepção particular desta população, a qualidade de um alimento ser reimoso é definida como propriedade intrínseca a este, através da qual este pode aumentar a intensidade da doença ou agir de modo a retardar a cura.

Comentários

As conclusões preliminares a que nos permite chegar este trabalho deverão ser posteriormente reforçadas pela análise dos dados do trabalho de campo que já dispomos, e aumentadas pelo estudo que será feito no decorrer dos próximos meses.

Alguns fatos merecem destaque, entre eles a afirmação da Secretaria de Saúde da Bahia que a leishmaniose no município de Iará não constitui um problema sério para a população. Isto é reforçado pela incapacidade da SUCAM em encontrar e capturar flebótomos, os únicos vetores conhecidos para a leishmaniose. Contudo, do ponto de vista da população, a doença constitui um problema que ameaça sua saúde, por isso mesmo ela gostaria de ter mais esclarecimentos a respeito. As pessoas não conseguem entender porque os casos de leishmaniose são tão frequentes uma vez que a biomedicina não lhes oferece esclarecimento claro sobre a mesma, nem sua cultura médica dispõe de conhecimento tradicional que lhes permita lidar

adequadamente com a doença em todas as suas fases.

A alta medicalização da população da área, representada por seu constante recurso à biomedicina no tratamento da saúde e utilização indiscriminada de medicamentos industrializados, ao ponto de atribuir nomes de analgésicos comerciais a plantas que tradicionalmente fazem parte do seu repertório etnofarmacopeico⁽⁶⁾, faz com que esta população espere da biomedicina todas as respostas que possam explicar seus males, e na ausência destas, instala-se grande indefinição, incompreensão e incerteza.

Resta para a população atingida pela leishmaniose explicar das mais variadas maneiras suas aflições representadas por uma doença cuja causa não fica claramente explicada pelas autoridades de saúde. O que é agravado por a população não dispor de uma explicação clara para esta mesma doença nas suas várias culturas médicas, às quais recorre como forma de aliviar os sofrimentos que lhe inflige a doença.

Segundo o relato de um dos médicos residentes em Iará, o qual tem tratado dos casos que lá ocorrem, a leishmaniose tegumentar não constitui uma doença nova no município. Este pode se lembrar de casos ocorridos durante toda sua vida como médico nascido na cidade, cuja prática af iniciou na década de cinquenta. O que é difícil explicar no presente momento é o crescimento do número de casos e a presença desta na área urbana, já que esta anteriormente se encontrava restrita à área rural, sem que seja encontrada uma explicação através da ocorrência de alguma modificação substancial na área que possa ter provocado o desequilíbrio na relação entre os vetores e seus habitats tradicionais, ou o crescimento do número de hospedeiros do organismo causador da leishmaniose.

Uma outra possibilidade que ora exploramos, é a de que a leishmaniose sempre teve alta prevalência no município, ficando sua notificação sem ser feita em virtude das concepções sobre esta tida pela população e da eficácia dos tratamentos etnomédicos no seu controle. Na década de oitenta o crescimento populacional, que resultou na população quase dobrar seus números, verificado sobretudo como resultado da migração, fez com que a doença se tornasse mais freqüente, ao tempo em que as formas etnomédicas de lidar com ela revelavam-se insuficientes. Simultaneamente, a presença de um agente de saúde preocupado com a leishmaniose no município estimulou a notificação dos casos, muitas vezes antigos e crônicos, já exis-

(6) Duas plantas comuns em toda a área, utilizadas no tratamento caseiro de doenças, tomam o nome de Anador e Novalgina, não sendo possível aos informantes lembrar os nomes anteriormente atribuídos a estes na tradição etnobotânica local..

tentes no município mas não conhecidos ou tratados até então, fato este que resulta na escalada das estatísticas epidemiológicas verificadas a partir de 1988.

À medida que prosseguiremos com este estudo, pretendemos testar até que ponto estas suposições que ora levantamos com base no trabalho já realizado podem contribuir para a explicação da alta incidência da leishmaniose cutânea em Irará, ao mesmo tempo que investigaremos mais aprofundadamente os aspectos das concepções e práticas etnomédicas nos cuidados da saúde nesta situação onde a presença de um agressor externo no ambiente contribui para o agravamento do estado de saúde da população e as especulações variadas quanto à origem da doença em causa.

Referências bibliográficas

Alland Jr., E.

1970 *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropology* New York: Columbia University Press.

Barreto, A.C. et al.

1981 "Características Epidemiológicas da Leishmaniose Tegumentar Americana em uma Região Endêmica do Estado da Bahia, Brasil. Leishmaniose Humana". *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana* 90(5):415-424

Dourado, I.M.C. et al.

1989 "Epidemiologia da Leishmaniose Tegumentar e Suas Relações com a Lavoura e o Garimpo em Localidade do Estado da Bahia (Brasil)". *Revista de Saúde Pública* 23(1):2-8.

Dunn, F.L. e C.R. Janes

1986 "Introduction: Medical Anthropology and Epidemiology". In: C.R. Janes, R. Stall and S.M. Gifford (Eds.), *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, pp. 3-34.

Gomes, A. de Castro et al.

1982 "Aspectos Ecológicos da Leishmaniose Tegumentar Americana. 2- Ecótipo artificial como abrigo de Psychodopygus intermedius e observações sobre alimentação e reprodução sob influência de fatores

fsicos naturais". *Revista de Saúde Pública* 16:149-159.

Helm, J.

1962 "The Ecological Approach in Anthropology". *American Journal of Sociology* LXVII(6):630-639.

Hughes, C.C.

1968 "Ethnomedicine". *The International Encyclopedia of Social Sciences* 10:87-93. New York: Free Press/Macmillan.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

1989 *Anuário Estatístico 1988*

Johnson, A. e T. Earle

1987 *The Evolution of Human Societies: From Foraging Groups to Agrarian States*. Stanford: Stanford University Press.

Mutinga, M.J.

1988 "Leishmaniasis in Kenia". In: B.C. Walton, P.M. Wiejeyaratne e F. Modabber (Eds.), *Research on Control Strategies for the Leishmaniasis* (Proceedings of an International Workshop Held in Ottawa, Canadá, 1- 4 June 1987), pp. 24-37.

Nascimento, M. do D. S. B.

1986a *Leishmaniose Tegumentar no Estado de Goiás: Análise dos Dados Epidemiológicos, Clínicos e Imunopatológicos de Infecção Humana Registrados de 1965 a 1984*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de Medicina Tropical do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal do Goiás.

1986b "Leishmaniose Tegumentar no Estado de Goiás: Análise dos Dados Epidemiológicos, Clínicos e Imunopatológicos de Infecção Humana registrados de 1965 a 1984". *Revista Brasileira de Patologia Tropical* 11(2):99-214.

Nations, M.K.

1986 "Epidemiological Research on Infectious Disease: Quantitative Rigor or Rigormortis? Insights from Ethnomedicine". In: C.R. Janes, R. Stall e S.M. Gifford (Eds.), *Anthropology and Epidemiology*. Dordrecht: D.

Reidel Publishing Company, pp. 97-123.

Sournia, J.C. et J. Ruffie

1984 *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70
(Perspectivas do homem).

Veronesi, R.

1976 *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. Rio de Janeiro: Editora
Guanabara Koogan.

Vianna, G.

1911 "Sobre uma Nova Espécie de Leishmaniose (Nota Preliminar)".
Brasil Médico 25:411.

**IMPACTO DO CONTATO SOBRE AS
REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA
E DE SEU TRATAMENTO**

IMPACTO DO CONTATO SOBRE AS REPRESENTAÇÕES TRADICIONAIS DA DOENÇA E DE SEU TRATAMENTO: UMA INTRODUÇÃO

Dominique BUCHILLET

Nesta introdução a este simpósio, gostaria de destacar um problema que pode ter um interesse tanto para a antropologia da doença como para a antropologia do contato e é susceptível de fornecer algumas pistas para a aplicação de programas de assistência médico-sanitária entre populações indígenas⁽¹⁾. Trata-se do tratamento simbólico do contato através do prisma dos sistemas etiológicos tradicionais.

Abordarei aqui a questão da integração dos fatos e efeitos do contato sobre os sistemas etiológicos tradicionais sob dois ângulos distintos, mas complementares:

1. Representações indígenas das doenças introduzidas pelos brancos.
2. Incorporação dos brancos e de seus bens na teoria patogênica e/ou terapêutica das doenças “propriamente” indígenas.

Representações indígenas das doenças introduzidas pelos brancos

Os efeitos perversos do contato sobre as populações indígenas estão amplamente documentados. Antropólogos e médicos abordaram sob vários ângulos o impacto sanitário do contato sobre as populações indígenas, a importância das epidemias como fator de despovoamento e de destruturação

(1) Gostaria de agradecer a Bruce Albert e a Patrick Menget pela leitura crítica de uma versão preliminar deste texto e a Marcio Meira pela sua revisão da escrita em português.

sócio-cultural⁽²⁾ assim como as mudanças nos fatores de morbi-mortalidade das sociedades recém-contatadas⁽³⁾. Embora os trabalhos dos médicos e geneticistas têm demonstrado que a suposta “deficiência imunitária” ou “suscetibilidade genética” particular das populações indígenas às doenças infecciosas⁽⁴⁾ não é suficiente em si para explicar a taxa de mortalidade elevada que se pode observar entre essas populações como consequência das epidemias, mas que outros fatores de ordem sócio-cultural próprios aos grupos indígenas recém-contatados devem igualmente ser levados em conta⁽⁵⁾, poucos antropólogos demonstraram um interesse nas representações indígenas das doenças infecciosas, limitando-se geralmente a invocar uma oposição frequentemente operada pelos índios entre duas categorias de doenças: as doenças que os afetam tradicionalmente ou “doenças indígenas” (ou “doenças de índio”) e as doenças introduzidas pelos brancos, caracterizadas essencialmente pela sua virulência e seu alto poder de contágio e denominadas diversamente pelos autores: “doenças de branco”, “epidemias” ou “doenças infecciosas”⁽⁶⁾.

Uma tal distinção genérica, adotada sem crítica pelos antropólogos, tem, todavia, como pressuposto implícito o fato de que as epidemias de gripe, sarampo, varíola, tuberculose ou malária, etc., que dizimaram tribos indígenas inteiras, são igualmente interpretadas pelos grupos indígenas afetados em referência ao contato. O que, evidentemente, não os impede de explicá-

(2) Ver, em particular, Wagley, 1942; Ribeiro, 1956 e 1986; Nutels, 1968; Neel, 1970, 1971 e 1977; Neel et al., 1970; Black, 1975; Chiappino, 1975; Black et al., 1977, etc.

(3) Sobre a “transição epidemiológica” em populações indígenas, ver Lawrence et al., 1980; Broudy & May, 1983; Kunitz, 1983; Wirsing, 1985; Young, 1988.

(4) Sobre a tese da “suscetibilidade genética” particular das populações indígenas ou sua incapacidade de desenvolver uma imunidade protetora às doenças infecciosas, ver Barboza, 1954; Galvão & Simões, 1966; Vieira Filho, 1970; Crosby, 1972, etc. Se, atualmente, tanto os médicos quanto os geneticistas concordam em reconhecer a importância de certos traços genéticos como fatores de resistência a doenças específicas (ver, por exemplo, o caso bem conhecido do grupo sanguíneo Duffy que confere às populações da África do Oeste uma relativa imunidade à malária falciparum) eles atribuem, todavia, a mortalidade elevada dos grupos indígenas em decorrência das epidemias a aspectos sócio-culturais próprios a tais grupos - que não somente afetam o padrão epidemiológico da doença como, também, a eficácia das medidas médico-sanitárias a serem tomadas - e não a uma suscetibilidade genética particular dessas populações às doenças infecciosas (ver Neel, 1970; Black et al., 1977; Baruzzi et al., 1982, etc.).

(5) Ver Mota, 1955; Neel, 1970; Black et al., 1977; Chagnon & Melancon, 1984; Valero, 1984 sobre as reações indígenas às epidemias.

(6) “Doenças de branco”: Hill, 1983 para os Wakuenai; Buchillet, 1987 para os Desana; Correa, 1987 para os Cubeo; Gallois, 1988 para os Waiãpi; Verani, 1988 para os Kuikuru; “epidemias”: Chagnon & Melancon, 1984; Albert, 1988 para os Yanomami; “doenças infecciosas”: Montagner-Melatu, 1985 para os Marúbo.

las a partir de seus próprios esquemas cognitivos de interpretação. A etnografia oferece, assim, muitos exemplos mostrando como os índios estabeleceram uma relação entre a irrupção dos brancos no seu universo, a aquisição dos objetos manufaturados e o surgimento das primeiras epidemias, chegando mesmo a considerar estas como um aspecto intrínseco das posses dos brancos⁽⁷⁾. Ora, alguns exemplos oriundos tanto do material que coletei entre os Desana do Alto Rio Negro como da literatura antropológica, testemunham que o reconhecimento indígena da origem pós-contato das doenças infecciosas não é universal. Com efeito, se os Desana associam de maneira estreita, assim como o atestam sua história oral e os documentos históricos, as epidemias de sarampo, varíola, gripe e catarro que assolaram a região do Alto Rio Negro nesses dois últimos séculos, aos brancos e às suas posses, eles não interpretam todas as doenças infecciosas em função dessa relação. Atribuem, por exemplo, duas origens diferentes a certas febres denominadas ~dibak-ri (lit. "que têm veneno") cujas manifestações clínicas lembram os ataques palúdicos: uma endógena, originária da região do Alto Rio Negro, que eles atribuem notadamente ao consumo excessivo (tanto em qualidade como em variedade) de certas frutas (cunuri, abiu, cucura, umari, ingá, etc.) durante a estação seca e para a qual eles conhecem um tratamento; a outra, exógena à região do Alto Rio Negro, é a versão "branca" da malária caracterizada principalmente pelo seu caráter virulento e suas dimensões epidêmicas e frente a qual se sentem impotentes. Pode-se pensar que essa interpretação diferencial dos ataques palúdicos tem uma ligação com as formas de contato - direto ou indireto - com os brancos. Os Marúbo, um grupo Pano, explicam as febres palúdicas pelo consumo das frutas pupunha (cuja época de maturação, em janeiro, coincide com a época de chuva) deterioradas, "quentes" e/ou "podres" em consequência de sua queda no chão: o consumo incorreto dessas frutas deve supostamente provocar as febres diárias denominadas pelos Marúbo de "febres de pupunha" (Montagner-Melatti 1985:196-197) e uma das indicações terapêuticas dessas febres consiste em proibir a pupunha na alimentação da pessoa malárica porque estas frutas estão relacionadas com elas. Silva (1977:342) nota que, para os grupos Tukano da região do Alto Rio Negro, os principais sintomas (tosse, dor torácica) da tuberculose ou *watipoari* ("pêlos (cabelos) de wati", um espírito da mata), que é, juntamente com a malária, responsá-

(7) Ver, por exemplo, Pineda Camacho, 1975 para os Andoke; Silva, 1977 para os Tukano; Hill, 1983 para os Wakuenai; Gallois, 1985 para os Waiãpi; Correa, 1987 para os Cubeo; Albert, 1988 para os Yanomami, etc..

vel atualmente por quase 40% das internações hospitalares na região, são provocados pelos cabelos deste espírito colocados na garganta do doente por feitiçaria xamânica.

Esses vários exemplos demonstram que as doenças introduzidas pelos brancos não podem ser apreendidas de maneira genérica pelos antropólogos: se algumas estão estritamente relacionadas pelos índios aos efeitos do contato, outras podem receber explicações alternativas em razão da proximidade das suas manifestações clínicas com doenças descritas a partir dos esquemas etiológicos tradicionais.

As representações indígenas das doenças introduzidas pelos brancos devem igualmente ser abordadas no seu contexto histórico: as interpretações das epidemias são, com efeito, suscetíveis de variar ao longo do tempo e segundo as modalidades e formas de contato dos índios com diferentes representantes da sociedade nacional. Em artigo recente, Albert (1988) analisou, por exemplo, como os Yanomami de Roraima, a partir de seus primeiros contatos com os brancos, remanejaram a ligação entre brancos/objetos manufaturados/epidemias de acordo com a identidade dos agentes e das fases de contato, explorando todas as possibilidades oferecidas pela sua teoria política dos poderes patogênicos, que fundamenta toda a cultura e a sociedade Yanomami, teoria colocada em prática a partir dos graus de distância espacial e social e das formas de agressão que lhes estão ligadas.

A apreensão das representações indígenas - isto é, da maneira com a qual os índios ajustam sua teoria da doença e da morte para explicar as perdas dramáticas ocasionadas pelas epidemias - pode permitir, como o sublinhou recentemente Coimbra (1987:26), não somente de determinar o tipo de resposta cultural adotado pelos grupos indígenas frente às epidemias (por exemplo, fuga; suspensão de todas as atividades; resignação à morte, etc.; ver nota 5) mas também, de um ponto de vista estritamente epidemiológico, de influenciar sua evolução e diminuir seu impacto letal sobre essas populações. Chagnon conta assim (Chagnon & Melancon, 1984) como, na ocasião de um surto de gripe que os Yanomami tinham interpretado como um ataque dos espíritos *hekula* oriundos de uma comunidade inimiga, conseguiu combater o comportamento dos índios de suspender todas suas atividades esperando fatalisticamente pela morte, persuadindo-os de que não se tratava de um ataque dos *hekulas* dos inimigos, mas que conhecia a cura dessa doença, da qual eles não iriam morrer e melhorariam logo que recomeçassem a beber e comer.

Incorporação simbólica dos brancos e de seus bens na teoria patogênica e terapêutica indígena

A segunda vertente que gostaria de sublinhar aqui, ainda pouco explorada pela antropologia do contato, concerne a questão da integração dos brancos e de seus bens nos esquemas tradicionais de interpretação da doença e seu tratamento, um fenômeno que atesta o caráter dinâmico e inovador das medicinas tradicionais e contém, também, num certo sentido, uma dimensão de resistência cultural. Não se trata mais aqui de estudar a assimilação operada pelos índios entre os brancos, os objetos manufaturados e certos surtos epidêmicos mas de analisar os fenômenos de incorporação simbólica dos brancos e de seus bens como agentes e objetos potencialmente patogênicos e/ou terapêuticos e susceptíveis de serem utilizados, manipulados e controlados pelos curadores tradicionais. Para isso vou me basear em alguns exemplos oriundos da literatura antropológica assim como em meu próprio material.

Uma característica comum aos grupos indígenas durante seus primeiros contatos com vários representantes da sociedade nacional (missionários, garimpeiros, viajantes, balateiros, regatões, funcionários da FUNAI, colonos, etnólogos, etc.) reside na forte impressão provocada pela superioridade tecnológica destes últimos e de seu poder subjacente sobre as coisas. O que os motiva a efetuar um verdadeiro trabalho de elaboração mitológica para explicar a superioridade tecnológica do branco, suas conseqüências para os grupos indígenas e suas implicações para a identidade do branco, como, por exemplo: desigualdade entre índios e brancos; trabalho forçado ao qual os índios são submetidos; riqueza do branco; seu caráter dominador e conquistador; necessidade de trabalhar para os brancos em troca dos objetos manufaturados; poder mortífero do colonizador, tal como pode se observar através dos surtos epidêmicos, etc.. A superioridade dos brancos - associada no pensamento indígena à posse de objetos manufaturados cuja eficiência prática (material) em relação à tecnologia tradicional já tenha sido comprovada pelos próprios índios - é, em geral, explicada de duas maneiras diferentes pelos grupos indígenas da Amazônia em suas narrações míticas: quer pelo dilema colocado aos ancestrais pela escolha entre diferentes tipos de objetos utilitários ou rituais e sua incapacidade ou desinteresse em utilizarem tais objetos, que estão associados hoje ao mundo dos brancos⁽⁸⁾; quer a

(8) Ver Hugh Jones, 1988 para os Barasana; Jacopin, 1988 para os Yukuna; Oostr, 1988 para os Yukuna e Tanimuka, etc.

partir do sistema indígena de classificação interétnica através da reivindicação de uma identidade indígena específica, atualizada seja através da escolha deliberada dos objetos rituais (marcas da identidade indígena), seja pela negação de certos valores ou características associadas à identidade do branco - tais como, "ter um espírito de vendedor" que se opõe às virtudes tradicionais de reciprocidade, propriedade e troca comunitárias, valorizadas pelos índios (ver Oostra, 1988) - que motiva o abandono pelos heróis culturais dos bens manufaturados. Seja qual for a solução dada pelas narrativas míticas dos diversos grupos indígenas ao problema de seu estatuto de subordinação original pode-se observar que, entre estes mesmos grupos, outros gêneros orais (tais como, por exemplo, as encantações terapêuticas ou de agressão, as rezas, os cantos xamânicos, etc.) podem explorar de maneira diferente este mesmo tema, conferindo-lhe uma aplicação e uma eficácia simbólica imediatas. Estou refletindo aqui, particularmente, sobre a incorporação, na estrutura tradicional das encantações ou dos cantos xamânicos, dos brancos e de seus bens como agentes e objetos potencialmente patogênicos e/ou terapêuticos. Por exemplo, as encantações recitadas pelos xamãs Desana consistem essencialmente numa lista de nomes de objetos, animais, espíritos, substâncias, etc.- assim como de suas características e atributos principais - em relação direta com a fonte da doença ou o aspecto reparador da cura, numa descrição de sua manipulação pelo xamã e, enfim, numa representação da restauração da integridade física do paciente; restauração efetivada através da evocação de outras plantas, substâncias ou animais que possuam atributos ou propriedades consideradas apropriadas ao objetivo do tratamento como, por exemplo, o azedume de certas plantas para desinfetar e cicatrizar uma ferida; a cor negra de certas plantas ou cipós para esconder da superfície da pele uma ferida ou uma queimadura; a frescura das estrelas para refrescar o corpo do doente, etc.. Ora, ao passo que o xamã não pode subtrair elementos da encantação terapêutica original ele pode, todavia, incorporar elementos do mundo branco. Por exemplo, os objetos manufaturados (facas, machados, espingardas, linhas de nylon, etc.), assim como os materiais a partir dos quais estes são fabricados (diferentes tipos de metais, nylon, etc.), que pertencem hoje ao universo tecnológico indígena, são introduzidos nas encantações originais como objetos potencialmente patogênicos - mas susceptíveis de serem manipulados pelo xamã -, ao lado dos objetos da tecnologia tradicional: os xamãs dizem que estão acrescentando elementos estranhos ao processo da doença, elementos oriundos tanto de suas características intrínsecas (natureza de seus compo-

nentes e suas qualidades) como de considerações exteriores que têm a ver principalmente com o processo de fabricação dos objetos manufaturados (incluindo as relações físicas e sociais envolvidas nesse processo, ver Buchillet, 1987 e 1990).

Pode-se provocar, por exemplo, uma forma específica de cegueira projetando, com uma encantação, diferentes tipos de pião no olho da vítima. Além da cegueira o doente apresentará vários sintomas tais como febre, dores de cabeça, provocados notadamente pela própria natureza dos materiais (e suas características e atributos intrínsecos) potencialmente utilizáveis na fabricação dos piões, assim como pelo processo e relações (físicas, sociais, mitológicas) implicadas na origem e na fabricação dos piões. O tratamento xamânico consistirá, em primeiro lugar, na enumeração de todos os piões feitos de material específico (diferentes tipos de frutas, de madeira e, atualmente, também de metais), detalhando suas características intrínsecas (por exemplo, o calor inerente ao ferro, à prata, ao cobre, etc. que provém do processo de fusão do metal para dar-lhe a forma desejada), assim como as relações e associações implicadas nesse processo de fusão (calor da fábrica, suor do corpo dos trabalhadores, calor de seus corpos, calor e cores do fogo, etc.), todos elementos que se incorporam ao olho do doente através da projeção, sobre ele, dos piões. Os Desana chegaram mesmo a inventar encantações para provocar - e curar - uma forma de cegueira através da interposição, no olho da vítima, de vários óculos, um óculo por cada nacionalidade de brancos! (Buchillet, 1990).

Existe assim uma certa forma de adaptação da encantação à nova realidade tecnológica (material) e, nisso, os índios se revelam muito pragmáticos. Os Yaminahua do Peru "depois de terem examinado de maneira atenta os estrangeiros e seus bens" nos diz Townsley (1984:77) incorporaram os objetos manufaturados nos seus cantos terapêuticos - chegaram mesmo a inventar alguns cantos a partir deles - conferindo-lhes poderes terapêuticos importantes e selecionando-os a partir da observação de certas analogias de forma, cor, consistência, cheiro, barulho, etc. com as doenças que eles devem supostamente curar: o canto xamânico criado para curar a diarreia é, assim, uma digressão metafórica sobre a analogia observada entre a cor e a consistência do óleo de motor e a diarreia, assim como a dificuldade de se livrar delas (é tão difícil se livrar da diarreia como, por exemplo, de uma mancha de óleo num vestido). Os xamãs Yaminahua podem também incorporar nos cantos terapêuticos objetos manufaturados que vêm tomar o lugar dos objetos tradicionais: por exemplo, nos cantos de feitiçaria o xamã

tinha o costume de entregar o espírito que tinha roubado de sua vítima ao urubu-rei, para este o transportar até os confins do mundo; agora ele coloca o espírito da sua vítima num jato supersônico, o que seria “muito mais eficaz” (*ibid.*).

Os índios Cuna do Panamá (Severi, 1988), numa tentativa de explicar - e exorcisar? - a imagem negativa do branco que eles forjaram ao longo de vários séculos de conflitos, o incorporaram nos seus cantos xamânicos na forma do *pilator*, um espírito malvado e patogênico, às vezes representado em viagem num velho avião cujo motor pipoca, manuseando facas afiadas ou atirando sobre os espíritos vegetais, antigos aliados dos índios, com canhões ou armas mais sofisticadas. Esses vários exemplos demonstram claramente a fecundidade do sistema xamânico, sua potência criativa de absorver, se apropriar, de elementos estranhos e perigosos, à primeira vista perturbadores, e transformá-los em símbolos eficazes, fontes de novas dimensões semânticas, mas domesticados e controlados pelos xamãs, contribuindo dessa maneira a uma reafirmação da validade do universo conceitual indígena. Essa criatividade dos sistemas xamânicos é tamanha que permite não somente incorporar elementos tecnológicos como também situações de contato inter-étnico globais. Em suas reivindicações em defesa do povo Yanomami o líder indígena Davi Kopenawa faz, assim, uso político da interpretação xamânica do perigo que os garimpeiros representam para os Yanomami, destruindo seu território tradicional e prejudicando sua saúde. Os garimpeiros, que ele compara a queixadas cavando as encostas das montanhas do território Yanomami, estão destruindo o habitat dos espíritos auxiliares dos xamãs (os *hekula*) que moram no topo das montanhas, enfraquecendo, dessa maneira seus meios de protegerem sua comunidade através da ajuda dos espíritos⁽⁹⁾.

Vemos assim, através desses vários exemplos, como as medicinas tradicionais são caracterizadas por uma grande capacidade de assimilação e adaptação a elementos estranhos e novos, o que testemunha fundamentalmente o seu caráter dinâmico e inovador.

Referências bibliográficas

Albert, B.

1988 “La Fumée du métal. Histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil)”. *L'Homme* 106-107(2-3):87-119.

(9) Albert, comunicação pessoal.

Barboza, L.B.H.

1954 "Relatório dos trabalhos realizados pela Inspetoria do Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais em São Paulo, durante os anos de 1916". *Revista do Museu Paulista* (N.S.) 8:59-77.

Baruzzi, R. G., L.F. Marcopito e M. Iunes

1982 "Measles and Measles vaccine in isolated Amerindians tribes. II. The 1978/79 Xingu epidemic". *Tropical Geographical Medicine* 34:7-12.

Black, F.L.

1975 "Infectious diseases in primitive societies". *Science* 187:515-518.

Black, F.L., F. de P. Pinheiro, W.J. Hierholzer e R.V. Lee

1977. "Epidemiology of infectious disease: the example of measles". In: Ciba Foundation (Eds.), *Health and Disease in Tribal Societies*. Amsterdam and New York: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49), pp. 115-135.

Broudy, D. e P.A. May

1983 "Demographic and Epidemiological Transition Among the Navajo Indians". *Social Biology* 30(1):1-16.

Buchillet, D.

1987 "' Personne n'est là pour écouter'. Les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Desana du Uaupés brésilien". *Amerindia* (Paris) 12:7-32.

1990 "Los Poderes del hablar: Terapia y agresión chamánica entre los índios Desana del Vaupés brasileño". In: E. Basso et J. Sherzer (Eds.), *Las culturas nativas latinoamericanas a traves de su discurso*. Quito: Abya Yala/ Roma: MLAL (Colección 500 años n° 24), pp. 319-354.

Chagnon, N.A. e T.F. Melancon

1984 "Reproduction, Numbers of Kin and Epidemics in Tribal Populations: A Case Study". In: N. Keyfitz (Ed.), *Population and Biology*. Liège: Ordina Editions, pp. 147-167.

Chiappino, J.

1975 *The Brazilian Indigenous Problem and Policy: The Aripuanã Indian Park*. Copenhagen: International Workgroup for Indigenous Affairs/Genebra: Information Center for Indigenous Affairs in the Amazon Region (Document nº 19).

Coimbra, C.E.A. Jr.

1987 "O Sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações". *Cadernos de Saúde Pública* 3(1):22-37.

Correa, F.

1987 "Medicina tradicional Cubeo". *Boletim de Antropologia* (Universidad de Antioquia) 6(21):141-186.

Crosby, A.W.

1972 *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport (Connecticut): Greenwood Press.

Gallois, D. T.

1985 "Índios e brancos na mitologia Waiãpi: da separação dos povos à recuperação das ferramentas". *Revista do Museu Paulista* XXX:43-60.

1988 *O movimento na cosmologia Waiãpi: criação, expansão e transformação do universo*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de São Paulo.

Galvão, E. e M.F. Simões

1966 "Mudança e sobrevivência no Alto Xingu, Brasil Central". *Revista de Antropologia* 14:37-52.

Hill, J.

1983 *Wakuenai Society: A Processual Structural Analysis of Indigenous Cultural Life in the Upper Rio Negro Region of Venezuela*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Indiana.

Hugh Jones, S.

1988 "The gun and the bow: myths of white men and Indians". *L'Homme* 106-107 (2-3):138-156.

Jacopin, P.Y.

1988 "On the Syntactic Structure of Myth, or the Yukuna Invention of Speech". *Cultural Anthropology. Journal of the Royal Society for Cultural Anthropology* 3(2):131-159.

Kunitz, S.J.

1983 *Disease Change and the Role of Medicine: The Navajo Experience*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Lawrence, D.N., J.V. Neel, S.H. Abadie, L.L. Moore, L.J. Adams, G.R. Healy e I.G. Kagan

1980 "Epidemiological Studies among Amerindian Populations of Amazônia. III. Intestinal Parasitoses in Newly Contacted and Acculturating Villages". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 29(4):530-537.

Montagner-Melatti, D.

1985 *O Mundo dos espíritos: Estudo etnográfico dos ritos de cura Marúbo*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Brasília.

Mota, J.L. da

1955 "A epidemia de sarampo no Xingu". In: M. Simões (Ed.), *Relatório do Serviço de Proteção aos Índios*. Rio de Janeiro.

Neel, J.V.

1970 "Lessons from a "primitive" people". *Science* 170(3960):815-822.

1971 "Genetic Aspects of the Ecology of Disease in the American Indian". In: F.M. Salzano (Ed.), *The Ongoing Evolution of Latin American Population*. Springfield (Illinois): Charles C. Thomas Publisher, pp. 561-590.

1977 "Health and Disease in Unacculturated Amerindian Populations". In: Ciba Foundation (Eds.), *Health and Disease in Tribal Societies*. Amsterdam and New York: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49), pp. 155-177.

Neel, J.V., W.R. Centerwall, N.A. Chagnon e H.L. Casey

1970 "Notes on the effect of measles and measles vaccination in a virgin soil population of South Amerindian Indians". *American Journal of*

Epidemiology 91:418-429.

Nutels, N.

1968 "Medical problems of newly contacted Indians groups". In: Pan American Health Organization, *Biomedical Challenges Presented by the American Indian*. Washington D.C.: Pan American Health Organization (Scientific Publication n° 165), pp. 68-76.

Oostra, M.

1988 "El blanco en la tradición oral: historia e ideologia de contacto en el Miriti-Paraná". Comunicação apresentada no 46º Congresso International de Americanistas (Amsterdam).

Pineda Camacho, R.

1975 "La gente del hacha". *Revista Colombiana de Antropologia* XVIII:434-478.

Ribeiro, D.

1956 "Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da depopulação provocada por epidemias em grupos indígenas". *Sociologia* XVIII:3-50.

1986 *Os índios e a civilização. A integração das populações indígenas no Brasil moderno*. Petrópolis: Editora Vozes Ltda. (5ª edição).

Severi, C.

1988 "L'Etranger, l'envers de soi et l'échec du symbolisme. Deux représentations du blanc dans la tradition chamannique Cuna". *L'Homme* 106-107(2-3):174-183.

Silva, A. B. A. da

1977 *A civilização indígena do Uaupés. Observações antropológicas, etnográficas e sociológicas*. Roma: LAS (Studi e Ricerche 1).

Townsley, G.

1984 "Gasoline song: A Shamanic Chant of the Yaminahua, an Amazonian Group of the Peruvian Indians". *Cambridge Anthropology* 9(2):75-79.

Valero, H.

1984 *Yo soy napëyoma. Relato de una mujer raptada por los indígenas Yanomami*. Caracas: Fundación La Salle de Ciencias Naturales (Monografía n° 35).

Verani, C. B. L.

1988 "Uma doença do Alto Xingu - incidência ou coincidência?". Projeto de pesquisa em antropologia médica, Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Estudos de Saúde de Populações Indígenas (mimeo).

Vieira Filho, J.P.B.

1970 "Vacinação dos índios Suruf contra o sarampo". *Revista da Associação Médica Brasileira* 16:183-186.

Wagley, C.

1942 "Os efeitos do despovoamento sobre a organização social entre os índios Tapirapé". *Sociologia* IV(4):405-411.

Wirsing, R.L.

1985 "The Health of Traditional Societies and the Effects of Acculturation". *Current Anthropology* 26(3):303-322.

Young, T.K.

1988 "Are Subartic Indians Undergoing the Epidemiological Transition?". *Social Science and Medicine* 26(6):659-671.

A CATEGORIA “DOENÇA DE BRANCO”: RUPTURA OU ADAPTAÇÃO DE UM MODELO ETIOLÓGICO INDÍGENA?

Dominique TILKIN GALLOIS()*

Introdução

A análise que me proponho realizar neste artigo diz respeito ao estudo de um modelo indígena de interpretação das doenças e de sua cura, dentro de um contexto sócio-cultural específico. Abordo o caso dos Waiãpi do Amapá, há vários séculos em contato indireto com a sociedade regional, mas que dispõem há apenas 15 anos de serviços de saúde diretamente em suas aldeias, por agentes da FUNAI ou por missionários evangélicos.

1. O CONTEXTO ETNOGRÁFICO

Os índios Waiãpi, falantes de uma língua Tupi-Guarani, habitam uma vasta extensão de floresta tropical de terra firme na fronteira entre o Brasil e a Guiana Francesa. A população total da etnia é de cerca de 800 indivíduos, distribuídos entre diferentes grupos territoriais. O material analisado neste artigo foi coletado ao longo de vários anos entre os Waiãpi meridionais, que habitam a Área Indígena (AI) Waiãpi do Amapari.

Nesta região, o contato inter-étnico é dominado pela questão do garimpo: nesse contexto, a concepção que os Waiãpi têm dos brancos - genericamen-

(*) Antropóloga, Professora do Departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo (USP) e pesquisadora do projeto “Povos Indígenas no Brasil” do Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI) de São Paulo.

te designados como **karai-ku** - está profundamente enraizada na interpretação cosmológica das experiências recentes de confronto com garimpeiros: a destruição da floresta, a lama dos garimpos, a propagação de doenças antes desconhecidas, são sinais que reforçam a identidade do branco como “destruidor”, acelerador de cataclismos previstos pela tradição mítica (ver Gallois, 1990 e s.d.).

As modalidades de enfrentamento adotadas por esta sociedade nas suas relações com os brancos devem ser analisadas num quadro global que envolve todas as relações entre os Waiãpi e as outras etnias por eles conhecidas, especialmente aquelas que historicamente os confrontam com diferentes categorias de inimigos, que incluem hoje, também os brancos. Esses contatos situam-se, por sua vez, numa taxionomia mais ampla de relações entre esta sociedade e o resto do universo, que estabelece diferenças entre categorias humanas e naturais, sobre-humanas e sobrenaturais (ver Gallois, 1988).

Nessa taxionomia global é nítida a ambigüidade dos **karai-ku**, que são às vezes integrados ao sistema (por exemplo, através do mito de criação da humanidade) e em outros momentos excluídos. Os brancos são significativamente ausentes da classificação etiológica que sustenta a atividade xamanística. Como se verá adiante, é extremamente raro que, por ocasião de um diagnóstico, o xamã acuse os brancos como causa direta de uma morte ou de uma doença. Todavia, isso não exclui a existência de interpretações que incorporam os efeitos do contato na degradação da saúde das comunidades. São estas representações etiológicas relativas às doenças decorrentes do contato ou “doenças de branco” que me proponho analisar neste artigo.

2. O ESTUDO DE SISTEMAS ETIOLÓGICOS EM SITUAÇÕES DE CONTATO INTER-ÉTNICO

O tema da doença tem sido abordado pela “antropologia da doença” como um objeto empírico distinto, mas que remete, fundamentalmente, a questões mais amplas relativas à organização social, à cosmologia e à história da sociedade estudada. Tentarei mostrar como a lógica da doença se inscreve, efetivamente, no campo mais amplo da lógica social e, no caso específico das “doenças de branco”, procurarei evidenciar como a construção desta categoria só pode ser entendida dentro do contexto da história de contato antiga e recente dos Waiãpi.

A noção de “doença de branco” tem sido utilizada e assumida, tanto por antropólogos como por profissionais de saúde, como uma categoria funcio-

nalmente válida, diferenciada das demais categorias etiológicas tradicionalmente utilizadas pelos grupos indígenas, introduzindo-se assim a idéia de uma ruptura nos esquemas cognitivos tradicionais de interpretação das doenças. De início, parece-me importante registrar que a introdução de uma tal diferenciação interna nos esquemas interpretativos indígenas tem vários efeitos negativos, que não podemos deixar de mencionar. A utilização, sem restrição, deste conceito tanto na literatura antropológica quanto médico-sanitária tem desestimulado estudos mais aprofundados que levariam à compreensão do significado e da posição desta categoria dentro da lógica dos sistemas etiológicos indígenas. A noção “doença de branco” carrega, em si, uma série de pressupostos negativos relativos ao destino dos povos indígenas, dentro de uma visão da inevitabilidade da deculturação, que afeta não só os padrões de organização sócio-econômica mas também os modelos etiológicos dos grupos em contato.

A diferenciação entre doenças tratadas pelas terapias tradicionais e “doenças de branco” que remetem a práticas terapêuticas não-indígenas é, sem dúvida, verbalizada pelos índios, sobretudo quando são solicitados a relatar os distúrbios subseqüentes ao contato. É muito comum obter, por parte de informantes indígenas, uma história epidemiológica com referências a uma categoria genérica de “doença de branco”. É também óbvio que a maioria das comunidades indígenas em contato com representantes da sociedade nacional tenha associado a degradação de sua situação de saúde com a intensificação das relações com os brancos e, nesse contexto, se utilizem de uma categoria de caráter relacional como esta (ver Buchillet, neste volume, pp. 161-173).

Em função disso, esta categoria passa a ser reforçada pelos intermediários que atuam na área da saúde, que a utilizam como marco para delimitar fases pré e pós contato. O uso estratégico que esses profissionais fazem desta categoria muitas vezes justifica uma série de intervenções drásticas na área de saúde, com o objetivo de “salvar” os grupos indígenas, alegando-se que estes se consideram impotentes diante das “doenças de branco”.

Em primeiro lugar, cabe nos perguntar se, por trás da aceitação e da procura, pelos índios, de terapias alienígenas, há realmente uma “desistência” em relação aos padrões etiológicos e terapêuticos tradicionais. É preciso avaliar quais circunstâncias levaram à criação e utilização desta categoria por parte dos índios e, em segundo lugar, as razões de sua valorização por parte dos agentes de saúde. Por parte destes últimos, constata-se, muitas vezes, um uso autojustificado da categoria “doença de branco”, sem que se te-

nham realizado estudos aprofundados sobre os significados - etiológicos, sociológicos e sobretudo políticos - deste conceito indígena.

A utilização de um esquema de interpretação evolutivo, que justifica a substituição⁽¹⁾ dos esquemas tradicionais pela incorporação de uma teoria da contaminação que motiva o surgimento da categoria "doença de branco", tem como pressuposto implícito a visão das práticas médicas indígenas como superadas ou desacreditadas. Esta avaliação pode, na maioria dos casos, ser revertida após um estudo aprofundado do sistema indígena de interpretação da doença. Entre as generalizações que os estudos de antropologia da doença realizados em várias sociedades indígenas permitem adiantar, é possível afirmar que a maioria desses sistemas não só admitem como se constroem a partir de uma concepção múltipla de explicação das doenças⁽²⁾. Veremos que, no sistema etiológico dos Waiãpi - como na maioria dos sistemas médicos, inclusive o nosso - raramente se imputa a doença a uma única explicação. Em função disso, é normal que os diagnósticos sobre um mesmo caso - proferidos por determinadas pessoas em momentos específicos - apresentem uma grande variação, que pode ser analisada nos termos da noção de pluralidade causal. De acordo com o esquema proposto por Sindzingre e Zempléni (1981) e Zempléni (1985) a distinção entre causa/agente/origem permite ainda situar essa variação num quadro que dá conta da pluralidade de causas que caracteriza sistemas etiológicos como o dos Waiãpi.

Fica assim evidente que o uso indiscriminado da categoria "doença de branco" na literatura antropológica ou médico-sanitária tende a confirmar a dicotomia entre medicina erudita ou científica (a nossa, que trata das doenças de branco) e a medicina tradicional ou popular (a medicina indígena); essa dicotomia é falsa, uma vez que também na medicina indígena há aspectos de medicina "sábia" - reservados a especialistas - e aspectos "populares". A oposição medicina oficial/medicina tradicional assume várias transformações, como por exemplo, o esquema clássico que opõe a medicina científica, baseada em conhecimentos ditos empírico-rationais e a medicina dos primitivos, que seria dominada por aspectos tidos como mágico-religiosos, geralmente considerados "irracionais"⁽³⁾. Finalmente, esta pola-

(1) O título do estudo de Brunelli "Des esprits aux microbes" (1987) é um bom exemplo deste tipo de interpretação, corrente na etno-medicina contemporânea.

(2) Ver, por exemplo, Buchillet, 1990 e neste volume pp. 21-44; Chaumcil, 1983; Figueroa, 1984; Lobo-Guerrero & Herrera, 1989.

(3) Para uma análise crítica destas concepções tradicionais na literatura antropológica, que orientou as reflexões contidas nesta introdução, ver Buchillet, neste volume, pp. 21-44.

rização revela aspectos ainda vigentes de uma classificação evolucionista das sociedades humanas, uma vez que ela prioriza a dicotomia entre algo passado e algo que se configura como uma mudança necessária, a passagem do irracional para o científico.

Diante dessas considerações, parece-me que a categoria “doença de branco” deve ser analisada como parte integrante do sistema etiológico da sociedade considerada, e não apenas como categoria de introdução recente, ou como excrescência em relação ao sistema de explicação tradicional das doenças. De fato, cada sociedade possui um conjunto de explicações etiológicas que passa por constantes transformações que permitem abarcar a totalidade das doenças conhecidas pelo grupo; este conjunto forma sistema e inclui não só os diagnósticos como os tratamentos de cura e prevenção que, por sua vez, se relacionam com determinada organização social e um conjunto de valores culturais; a relação entre o sistema etiológico e os demais aspectos sócio-culturais depende, por sua vez, do conjunto de crenças sobre as causas da doença, que perpetuamente se atualiza através de novas experiências patológicas. Este sistema de representações constitui, enfim, o quadro de referência básico no qual deve ser compreendido o sistema etiológico que vigora no presente da sociedade estudada.

Gostaria ainda de fazer algumas observações relativas à conceituação teórica e metodológica de uma discussão sobre esta suposta categoria etiológica “doença de branco”, que deve focalizar, prioritariamente, a questão do uso social da doença.

Sabemos, de fato, que todas as medicinas são simultaneamente “artes de cura dos indivíduos” e “artes de manipulação social das doenças” (Zempléni, 1982). Assim, as representações sobre as doenças devem ser entendidas como subordinando o destino do indivíduo ao destino de seu grupo. O diagnóstico e o tratamento não têm como única finalidade a cura do problema individual mas a conversão de uma desordem biológica em desordem social que, esta sim, é altamente mobilizadora e que importa ser reparada. Trata-se então de analisar o processo coletivo em jogo, que tem como meta modificar ou regular relações políticas, econômicas ou sócio-jurídicas que unem ou opõem grupos. Interessa enfim saber - de acordo com a orientação de Zempléni (1982) - como cada sociedade usa seus doentes para assegurar sua reprodução ou fazer frente a mudanças internas, o que nos leva a analisar a eficácia social dos sistemas médico-terapêuticos em vigor dentro de cada sociedade. Nessa perspectiva, é fundamental avaliar o quadro cotidiano de vida do doente e todo o contexto social que o en-

volve, especialmente no que diz respeito às tensões inter-étnicas, como se verá no caso Waiãpi.

É nesse sentido que o estudo da categoria “doença de branco” deve situar-se num dos níveis mais abrangentes da definição antropológica da doença, que diz respeito à realidade sócio-cultural na qual ela se manifesta. Focalizar este nível no estudo das explicações etiológicas da doença consiste em dar prioridade ao processo de socialização da doença em sintomas significativos do ponto de vista social. Esta socialização incorpora os outros níveis da doença, relativos aos aspectos subjetivos e biofísicos do mal⁽⁴⁾. Cada sociedade tem suas regras para traduzir a passagem dos níveis individual e biológico para o nível da representação social da doença.

A função adaptativa das práticas médicas está, portanto, no nível das suas representações. Não são nem o paciente nem o terapeuta - através de suas interpretações - que produzem esta adaptação, mas é a tradução sócio-cultural coletiva da realidade subjetiva e biofísica da doença que detém essa função adaptativa. Isso significa que as práticas médicas são práticas ideológicas, e que os símbolos de tratamento são símbolos de poder (Young, 1982:27).

De fato, por trás da manipulação de uma classificação de doenças que polariza categorias etiológicas do tipo doenças “de índio” ou “de branco” e de sua interpretação, por índios e brancos, está presente, fundamentalmente, um jogo de poder.

Sistema etiológico Waiãpi

Apresento a seguir, de forma resumida, as principais características do sistema etiológico Waiãpi, de que trato mais detalhadamente em outro trabalho (1988). É preciso deixar claro que, na descrição que segue, estarei tratando do sistema como um todo, que inclui, como um de seus componentes, a cura xamanística. O foco de minha análise não recai sobre a prática terapêutica dos xamãs e sim sobre a lógica interna do modelo etiológico Waiãpi, que inclui a teoria da agressão xamanística como um entre vários modelos interpretativos da doença⁽⁵⁾.

(4) Esses diferentes níveis da definição antropológica da doença costumam ser diferenciados a partir de três conceitos: *sickness*, que se refere à realidade sócio-cultural da doença, *disease* representando a experiência subjetiva e *illness* que corresponde à realidade biofísica da doença; ver Young, 1982; Zempléni, 1985 e 1988.

(5) O material levantado até o momento permite diferenciar três modelos interpretativos, construídos a

Cabe lembrar, neste ponto, que entre os Waiãpi como em numerosas sociedades, o universo da doença abrange, além dos distúrbios da pessoa biológica, outros infortúnios, individuais ou coletivos, que atingem atividades sociais, rituais e de subsistência de uma comunidade (por exemplo, a infelicidade na caça, o apodrecimento das plantas na roça, o ataque de uma onça, etc.).

1. TEORIA DA AGRESSÃO XAMANÍSTICA

Os Waiãpi costumam atribuir a causa da maioria dos transtornos que se abatem sobre a comunidade aos **ajã**. Esse conceito designa, de modo abrangente, diversas entidades sobrenaturais e, ao mesmo tempo, seus comportamentos. É o termo usado para se referir tanto a seres individualizados (como os **-jar**, donos de espécies naturais), como à ação dos xamãs humanos; relaciona-se tanto a seres vivos como aos mortos; reporta tanto a uma modalidade de agressão quanto a uma ação terapêutica.

A doença é sempre vista como resultado de um desequilíbrio na ordem social, ecológica e cosmológica, envolvendo a relação entre a sociedade humana - idealmente, a sociedade Waiãpi, que representa a “verdadeira humanidade” - e o mundo dos “outros”, uma série de categorias de alteridade que inclui os animais, os inimigos, os mortos.

Essa diversidade de situações e de causalidades genéricas representada pela categoria **ajã** é perpetuada pelo discurso etiológico do dia a dia (a etiologia “popular”), que literalmente “confunde” as diferentes manifestações do “efeito-espírito” (ver Viveiros de Castro, 1986) que o princípio **ajã** representa. Por exemplo, no discurso dos não-especialistas, **ajã** pode designar a entidade controladora do mundo aquático (**moju** “cobra anaconda”) ou o xamã de uma comunidade inimiga, que se utilizou de sua relação privilegiada com essa entidade sobrenatural para perpetrar sua agressão; **ajã** pode ainda designar o corpo estranho (ponta de flecha, pedra, etc..) que o xamã inimigo - ou a entidade sobrenatural - enviou dentro do corpo do doente para matá-lo. No discurso dos especialistas, os xamãs, cuja função é justamente a de identificar o **ajã** envolvido numa doença, numa morte, ou num infortúnio específico, essas entidades e suas manifestações passam a receber designações e origens precisas.

Circunscrever os múltiplos significados da categoria **ajã** implica em dis-

partir de associações cognitivas distintas: a teoria da agressão xamanística (que recobre várias formas de agressão, canibais ou não), a teoria do contágio (que inclui várias modalidades de contaminação) e, como explicação *a-posteriori*, a teoria dos presságios.

tinguirmos - para fins de análise - entre duas séries indissociáveis no pensamento Waiãpi: de um lado agressão, do outro reparação. Ambas estão embutidas no “efeito-espírito” ajã. A descrição das diferentes modalidades terapêuticas - que procuram não só identificar como atenuar ou mesmo eliminar os “efeitos” da agressão - presume uma compreensão inicial do sistema etiológico deste povo.

2. AS ETAPAS DO DIAGNÓSTICO

As terapias praticadas pelos Waiãpi do Amapari envolvem uma série de atores, que intervêm sucessivamente no processo de cura das doenças. A participação desses atores é normalmente definida após o aparecimento da doença e depende da persistência dos primeiros sintomas, que exige, por parte dos familiares e do especialista consultado, uma tomada de decisão: identificar, para depois reparar a agressão. O diagnóstico é o momento crucial na seqüência de ações e reações provocadas pelo aparecimento de uma doença ou de outro infortúnio.

A etnologia sul-americana costuma abordar a questão da identificação das causas e/ou dos agentes da doença - isto é, a etiologia - através de classificações que identificam, em primeira instância, “quem” manda a doença. Distingue, por exemplo: “doenças de espíritos”, “doenças de animais”, “doenças de feitiçaria”, ou ainda “doenças de branco”⁽⁶⁾.

O material que levantei no Amapari sugere outra abordagem. Os dados recolhidos até o momento revelam a existência de pelos menos dois modelos de causalidade - a teoria da agressão canibal e a teoria do contágio - que devem ser diferenciados, pois configuram modalidades instrumentais da doença que remetem a processos mórbidos distintos. Essa distinção permite, por sua vez, questionar a validade de uma categoria etiológica “doença de branco” que discuto adiante.

A entrada escolhida na minha investigação entre os Waiãpi procurou respeitar a seqüência dos diagnósticos efetuados por diferentes atores: pelo próprio doente e/ou por sua família e, eventualmente, mas não obrigatoriamente, por um xamã. Procuro também ressaltar a constante atualização dos diagnósticos, segundo a evolução da doença e inclusive após a sua resolução - pela cura ou pela morte - em função de interesses interpessoais. Esta abordagem procura evidenciar não uma taxionomia mas, principalmente, a

(6) Classificações deste tipo foram estabelecidas por Grenand, 1981/82 para os Waiãpi da Guiana Francesa; Albert, 1988 para os Yanomami; Buchillet, 1988 para os Desana.

lógica dos esquemas de causalidade levados em conta pelos Waiãpi em seus diagnósticos: primeiro verificar “como” a doença atinge o indivíduo, em seguida verificar “por que” este é agredido, para então procurar “quem” é o agente da agressão. A seguir, abordarei sucessivamente estes diferentes níveis de apreensão da doença.

3. COMO: ELEMENTOS DE NOSOLOGIA

A identificação e a descrição dos sintomas, isto é do “como” se processa a doença, já indica o tipo de agressão sofrida, orientando o diagnóstico e a determinação do agente responsável. Neste primeiro nível de apreensão da doença, o diagnóstico empírico, construído a partir da observação dos sintomas, identifica apenas causas instrumentais e/ou agentes genéricos: a doença é atribuída à agressão canibal dos ajã, ou é adquirida por contágio.

A doença atribuída à agressão canibal se processa a partir de dois tipos de intervenções, às vezes simultâneas, em outros casos separadas: esvaziamento e/ou invasão do corpo. A entidade causadora retira o princípio vital (-ã) da pessoa e/ou insere um elemento estranho que destruirá suas entranhas. Invasão e expulsão são dois conceitos que reencontramos nas duas patologias mais temidas pelos Waiãpi:

- Exemplo de processo de invasão: **ay mã'e**: (literalmente “aquilo que é -dor”)⁽⁷⁾; este processo é quase sempre concebido como predação canibalística e, neste sentido, remete à teoria da agressão xamanística, que se processa através da injeção de substâncias (as “armas” do xamã) que destroem as entranhas do agredido. No entanto, a invasão também contém a idéia do contágio, **-jipy'e**. Por esta razão, como se verá adiante, os Waiãpi passaram a associar o vocábulo nosológico **ay mã'e** à gripe. No processo de contágio da gripe, como no caso da agressão xamanística, substâncias patogênicas penetram no corpo para destruí-lo. Mas agressão e contágio são diferenciados pelo “caminho da doença”: o processo mórbido da agressão canibal age diretamente dentro do corpo, o contágio age por contigüidade, processando-se de fora para dentro.

- Exemplo de processo de esvaziamento: **mano-mano**, que se manifesta através de tonturas, perda dos sentidos e/ou comportamentos que os índios traduzem hoje como “loucura”. **Mano-mano** (de **-mano** “morrer”) é o estado do indivíduo sem alma, isto é, duplamente morto, uma vez que seu princípio vital, raptado por um inimigo, não segue ao “paraíso celeste” de

(7) **Ay mã'e** passou a designar, entre os Waiãpi do Amapari, a gripe; sem dúvida as afecções pulmonares foram as primeiras e mais graves doenças introduzidas pelo contato.

jane raywer (“nossos mortos”), onde normalmente ascenderia à imortalidade.

Existem portanto, na teoria etiológica dos Waiãpi, três processos distintos, se levarmos em conta a existência de uma teoria do contágio, diferenciada dos processos de invasão e de esvaziamento. Discutirei a etiologia do contágio adiante, limitando-me por ora a descrever as formas de predação canibal representadas pelos dois outros processos mórbidos reconhecidos pelos Waiãpi. Como veremos, estas formas canibalfísticas excluem totalmente a noção de “doença de branco”.

4. POR QUE: O CONTEXTO DA DOENÇA

A identificação do “por que” de uma doença se realiza normalmente de acordo com a evolução histórica da doença, a reação ou não ao tratamento escolhido, a associação com outros casos concomitantes do mesmo problema, etc., através de diagnósticos proferidos sucessivamente pelo próprio doente, por seus parentes próximos, por parentes distantes e, finalmente, por um xamã. Amplia-se, desta forma, a rede de atores que - reconhecendo a agressão - participarão diretamente do processo de cura. De fato, a identificação de uma agressão, assumida por essas várias categorias de atores sociais, levará, impreterivelmente, a sua reparação.

Para definir a causa do desequilíbrio que originou a doença, os familiares do doente e/ou o xamã realizam uma investigação que aplica critérios menos sintomáticos que sócio-culturais. Esses diagnósticos consistem em identificar relações inadequadas entre um indivíduo e/ou uma comunidade e um determinado domínio de alteridade (ver adiante, “quem”). Os casos mais corriqueiros relacionam-se com a predação humana no domínio dos -jar, “donos” do universo terrestre e aquático, e configuram retaliações a uma série de comportamentos inadequados. Por exemplo matar em excesso determinados animais, descuidar-se do destino das ossadas, que devem ser conservadas em casa ou nas roças, poluir a água com sangue menstrual ou com sangue dos animais caçados, etc. Outros casos dizem respeito mais diretamente às relações de conflito entre comunidades locais envolvidas em ciclos de agressão e retaliação, que da mesma forma que nas relações com o mundo dos “donos” das espécies naturais, correspondem à punição de um excesso: o consumo sem retribuição, uma troca interrompida, um excesso de agressões verbais, etc.

O veredito do xamã identificará a “causa última” da doença, analisando o contexto em que ela se originou. Ele dirá se a agressão configura a

atualização de um ciclo de vingança já identificado anteriormente pela comunidade, ou se corresponde a algum “erro” recente que originou uma retaliação à predação excessiva dos homens em domínios controlados por “outros”. Na concepção Waiãpi da agressão canibal, a doença é vista como resultado da aproximação inadequada entre domínios cósmicos - humanos e não-humanos - que precisam ser mantidos separados.

A cura da doença - isto é, sua resolução - é sempre uma retaliação. Como tal, está diretamente ligada ao xamanismo. No entanto, a intervenção dos xamãs está normalmente condicionada a um pedido dos parentes do doente, que só recorrem a este especialista quando não conseguiram resolver o problema no âmbito familiar. Os dois tipos de intervenção não devem ser vistos como etapas rigidamente separadas. De fato, o xamã pode intervir a qualquer momento do processo e, paralelamente, as terapias familiares não são necessariamente interrompidas com a intervenção do especialista ritual. O mesmo pode ser dito em relação à medicação dos “brancos”, cuja aceitação não invalida, nem elimina, as etapas subsequentes do processo de diagnóstico e cura.

O uso da categoria ampla e aparentemente confusa de causalidade *ajã* no discurso etiológico do dia-a-dia não deve ser visto apenas como uma primeira etapa na identificação da causa de infortúnios/doenças, ou do diagnóstico proferido por um não-especialista. Na verdade, o uso da categoria *ajã* opera uma abertura permanente que possibilita novas interpretações dos males que afetam os indivíduos ou a sociedade como um todo. Ela é indicadora de situações em que há “mistura” de domínios cosmológicos normalmente separados, passando a representar o “outro” da sociedade: o animal, o inimigo, o morto.

Quando há invasão de um domínio - natural, sobrenatural ou humano - por outro, esta invasão produz o efeito *ajã* que representa a quebra do equilíbrio. Pode-se conviver com a alteridade, mas à distância. A aproximação entre categorias distintas provoca predação e retaliação, que põem em ação o “efeito” *ajã*.

Tendo em vista que todo diagnóstico é, em si, uma acusação, interessa saber agora quem são os acusados e como se constrói sua identidade de agressor, isto é, de inimigo. Ora, a identificação desse “outro” depende essencialmente da posição de cada um na sociedade dos vivos, variando assim conforme interesses políticos, que devem ser identificados de acordo com o jogo das relações concretas entre pessoas e/ou grupos humanos, e não apenas em função das relações entre estes e o mundo sobrenatural. O

trabalho do xamã consiste em apreender essa variação de interesses, através da determinação das causas e da identidade do **ajã**. Um determinismo menos sobrenatural e mais sócio-político, que resulta na necessidade da vingança, da retaliação. Esta seria, em última instância, o “efeito-espírito” materializado pelo **ajã**.

5. QUEM: IDENTIFICANDO OS AGENTES DA AGRESSÃO

A descrição da cosmografia Waiãpi (ver Gallois, 1988) permite contextualizar a categoria genérica de causa-efeito **ajã** em relação aos diferentes domínios de alteridade reconhecidos por este povo. Entre as identidades assumidas por **ajã**, temos por um lado os donos das espécies naturais (**-jar**) e os espectros dos mortos (**kwaray’a pore** ou **jurupari**); ambos “são” **ajã**. O mesmo pode ser dito dos inimigos humanos (da mesma ou de outra etnia).

Os diagnósticos xamanísticos levantados no Amapari, configuram assim quatro origens possíveis para a agressão, definindo diferentes tipos de relações entre os Waiãpi e o mundo dos “outros”:

- a) os donos das espécies naturais (**-jar**)
- b) os espectros terrestres (**kwaray’a pore**)
- c) os (xamãs) inimigos, de etnias vizinhas (**apã, banare-ku**)
- d) os (xamãs) inimigos, de outros grupos Waiãpi (**amõ-ku**)

A relação entre essas quatro categorias merece alguns comentários:

- Todas elas estão relacionadas entre si, participando, através de um princípio de consubstanciação, da essência do princípio **ajã**. Todas partilham as substâncias que caracterizam a força xamanística (**-paie**). Essa é uma das razões pela qual considero que um modelo interpretativo binário, que separa agressões humanas de agressões não-humanas, não se justifica no caso Waiãpi, mesmo que o leque de categorias de agressores envolvidos em processos de agressão possa ser, aparentemente, reduzido a esta oposição básica.

- Por outro lado, se consideramos a fluidez e a constante alteração dos diagnósticos - que variam de acordo com a historicidade da doença, do aparecimento de novos problemas na comunidade e se alteram também em função dos atores envolvidos, modificando-se assim no tempo e no espaço - essa distinção entre agressões atribuídas a agentes humanos e agressões atribuídas a agentes não-humanos, deixa de ser operacional⁽⁸⁾. Assim, no caso de

(8) A dicotomia humano/não humano tende a ocultar a existência de vários níveis ou momentos no

doenças, observei que durante o desenrolar do aparecimento de sintomas, ou mesmo durante o processo de cura, o diagnóstico vai se modificando significativamente, podendo mudar radicalmente o rumo da acusação. A modificação ocorre, inclusive, após o restabelecimento do doente. No caso de óbitos (diagnósticos terminais) essa variação é pequena, o que permitiu construir um quadro indicando a causa mortis, diagnosticada no momento ou nas semanas que se seguiram ao óbito. Mas isso não impede que, anos depois, o diagnóstico de uma morte possa ser reinterpretado.

O registro que influi primordialmente nestas modificações segue o "fio da memória", a história do grupo, quando os sucessivos diagnósticos se interpenetram conforme uma "espiral da vingança", formando ciclos de retaliação que não têm começo nem fim (Carneiro da Cunha & Viveiros de Castro, 1986).

É interessante notar que, quando chamado pelos parentes do doente, o xamã normalmente irá confirmar o diagnóstico proferido pela família, reforçando a orientação desta na retaliação que ele é convidado a operar. Assim, a determinação das causas das doenças ou mortes está intimamente associada ao jogo político de alianças e dissensões entre grupos locais. Neste caso, quem melhor que a própria família para identificar a relação inadequada, ou seja, o inimigo agressor?

A constante reinterpretação dos diagnósticos é condizente com a natureza eminentemente política da atividade do xamã Waiãpi, uma vez que - através dos diagnósticos - ele está na verdade orientando o rumo das relações intercomunitárias. Nesse sentido, o registro da mudança - ano após ano - no diagnóstico de uma mesma doença, ou de uma morte, foi extremamente interessante para a pesquisa, e permitiu atualizar e medir a orientação das tensões e rixas que afetavam as diferentes aldeias do Amapari e de outros grupos regionais Waiãpi (Oiapoque e Jari-Paru).

Esta interpretação é condizente com o conceito de "comunicação projeti-

diagnóstico. Cabe aqui lembrar alguns pontos definidos acima a partir da terminologia proposta por Sindzinger e Zempléni (1981) e retomada em Zempléni (1985), especialmente no que diz respeito à diferença entre uma causa instrumental (meios instrumentais da agressão: "armas" do paie, ou planta venenosa, etc.) que remete ao processo mórbido; uma causa eficaz (agentes da agressão, que incorpora tanto as agressões humanas como as não-humanas) que remete às categorias de alteridade definidas pela cosmologia; e uma causa última (que seria a origem, o porquê da agressão) que remete ao contexto e à situação de confronto e/ou tensões entre o indivíduo e o grupo atingido e algum domínio de alteridade. Esses três níveis de causalidade devem ser evidenciados para a compreensão de qualquer doença, mas cada um deles pode, ou não, ser levado em conta no momento do diagnóstico. Diferentes diagnósticos sobre uma mesma doença podem enfatizar um ou outro desses níveis, considerado mais relevante para explicar o caso em pauta.

va-persecutiva" definido por Zempléni como "a atribuição da desordem, tanto pelo doente como pelos outros, a uma intenção ou a uma força externa socialmente situada" (1988:1175). Neste contexto, fica claro que "a doença, sua interpretação e seu tratamento são necessariamente um processo intersubjetivo e social sustentado por outros interesses, desejos e estratégias que os do indivíduo doente" (ibid:1174).

6. OS BRANCOS: À MARGEM DO SISTEMA AJĀ

Do levantamento realizado ao longo de vários anos nas aldeias do Amapari, surgiu uma constatação importante: o diagnóstico *karaira'y*, "doença de branco", apenas se manifesta enquanto explicação para a opção terapêutica, não correspondendo a uma categoria propriamente etiológica, isto é causal. De fato, nas acusações proferidas pelos xamãs, os brancos nunca - ou em raríssimas exceções - são identificados como agentes causadores de doença, morte ou infortúnios.

Entre os Waiãpi do Amapari, tudo indica que as intervenções dos brancos - amplamente registradas a nível das tradições históricas e inclusive na mitologia - não foram integradas ao sistema de agressão/cura xamanística. Como evidenciei em outro trabalho (Gallois, 1988) as representações sobre os brancos são marcadas pela temática da guerra e da destruição, porém de uma violência totalmente distinta do modelo de agressão canibal configurada pelo sistema *ajĀ*. Os brancos se comportam "como *ajĀ*", mas "não são *ajĀ*". Isso porque eles não tem acesso ao repositório da força xamanística, o *paie*, nem às substâncias *-piwan* que a materializam. Em decorrência desta ausência - explicada pelo comportamento fundamentalmente excessivo dos brancos - eles não participam do complexo circuito de troca e partilha de forças vitais necessárias à manutenção da vida, à perpetuação da "verdadeira humanidade", como os Waiãpi se auto-representam.

Isso nos remete a outro aspecto importante do xamanismo Waiãpi. A função dos xamãs consiste em dar continuidade à descontinuidade, controlando as relações entre diferentes domínios cosmológicos e mantendo desta forma o equilíbrio e a separação entre categorias de seres humanos e não-humanos e, também, entre grupos sociais. A sociedade Waiãpi, até hoje, se apresenta segmentada pelo confronto entre seus xamãs: cada grupo local se fecha sobre si, operando - através das acusações formuladas por seus xamãs - constantes rupturas com o que ele considera "fora" do grupo. É por esta razão que, pelos menos ao nível da lógica do xamanismo, a noção de uma

identidade étnica abrangente - “nós, os Waiãpi” - não faz sentido. Enquanto instituição, o xamanismo perpetua esta concepção particular da sociedade, embutida na sua cosmologia, que configura um mundo dividido entre nichos em conflito e perpétuos ciclos de vingança.

Nesse contexto, é também compreensível a atuação moderada dos xamãs nos conflitos que envolvem a etnia Waiãpi como um todo. Os xamãs não participam, enquanto tais, das manifestações de resistência ou confronto contra as invasões e a presença de garimpeiros. Pela via xamanística, não há armas contra os brancos. Com eles não há troca, não há compartilhamento de substâncias do -paie, portanto não pode haver retaliação nem vingança possível⁽⁹⁾.

No entanto, os Waiãpi elaboraram uma série de estratégias para controlar os brancos e os efeitos de sua presença, em particular as doenças ditas “de branco”. São essas estratégias que pretendo abordar agora, tanto do ponto de vista cognitivo quanto propriamente operacional.

A categoria “doença de branco”

Reconsideraremos, no que segue, a diferença tradicionalmente aceita pelos profissionais de saúde e pela maioria dos antropólogos que se voltaram para o estudo da convivência de sistemas médicos, entre doenças “de branco” e outras categorias de doenças, definidas apenas nos termos das etiologias indígenas. Recoloca-se, neste ponto, a questão mencionada na introdução deste artigo, a saber se a categoria “doença de branco” introduz uma ruptura no sistema etiológico indígena, ou se representa uma adaptação, uma abertura desse mesmo sistema à situação de contato inter-étnico.

Para iniciarmos esta análise é preciso indagarmos em qual nível do sistema médico tradicional se opera o impacto representado pela introdução de

(9) Muitas lideranças Waiãpi têm afirmado em seus discursos políticos, sob a forma de *boutades* o desejo de “matar garimpeiros através de pajelança”. Essas declarações contêm, embutidas em sua forma irônica, a própria impossibilidade desta forma de luta. É a exceção que confirma a regra. Isso não significa que os Waiãpi não tenham encontrado outras formas de luta que se sustentam através da incorporação do branco em seu universo cosmológico: basta mencionar um conjunto de discursos mítico-políticos construídos sobre o tema da putrefação da terra, tradicional na mitologia Tupi-Guarani, ao qual os Waiãpi têm acrescentado um apêndice que diz respeito à perenidade do ouro, utilizando-se assim de elementos da cosmologia para acusar os brancos de contribuírem para a destruição da terra (ver Gallois, 1990). Essas interpretações são do tipo “proféticas” e totalmente distintas das interpretações relacionadas ao xamanismo, que, como sustento neste artigo, não incorporou em sua teoria formas de agressão especificamente atribuídas e/ou destinadas aos brancos.

práticas médicas não-tradicionais. Numerosos estudos de etno-medicina demonstraram que a incorporação de práticas da medicina ocidental não afeta a integridade dos sistemas etiológicos tradicionais, uma vez que estas práticas são habitualmente incorporadas ao nível da “esfera (ou registro) dos efeitos” e não da “esfera (ou registro) das causas” (ver Buchillet, neste volume, pp. 28-29). Por isso, os xamãs não desapareceram. Por isso também, é tão freqüente ouvirmos dos índios afirmações como esta: “os brancos tratam, o pajé cura”. Nesse contexto, é necessário avaliar se as “doenças de branco” não configurariam apenas uma categoria definida nos termos da opção terapêutica suplementar representada pela medicina dos brancos.

Como se verá a seguir, a associação entre uma origem - doenças atribuídas aos brancos - e uma terapia - recurso à medicina dos brancos - é fundamental para explicar os diferentes usos que os índios Waiãpi fazem desta categoria. No entanto, esta associação pragmática também deve ser analisada enquanto construção cognitiva⁽¹⁰⁾, envolvendo os níveis nosológico (relacionado com a “esfera dos efeitos”) quanto propriamente etiológico (relacionado com a “esfera das causas”).

1. DOENÇA DE BRANCO COMO CATEGORIA PRAGMÁTICA

Numa primeira aproximação, as exegeses dos Waiãpi demonstram que a categoria “doença de branco” está sendo incorporada tanto no plano da transmissão do mal (nosologia), quanto na sua origem (etiologia), ou ainda no plano das opções terapêuticas. Esses dados apontam para uma forma extremamente pragmática de integração dos efeitos sanitários do contato inter-étnico no sistema etiológico tradicional.

a) Doença de branco enquanto opção terapêutica

A terminologia Waiãpi das doenças possui vários termos para designar as doenças atribuídas “aos brancos”, denominadas *karaira’y* (“a dor dos brancos”) ou *karai-ku ra’yr* (o “produto (ou “filho”) dos brancos”). O principal elemento da definição que os índios dão a essas doenças é que, conseqüentemente a sua origem, elas são susceptíveis de serem tratadas “pelos brancos”, com remédios “dos brancos”. Elas se distinguem de outras

(10) Nos termos de uma “estratégia simbólica”, tal como proposta por Albert, que analisa a reinterpretação indígena das causas das doenças na perspectiva do “trabalho cognitivo de lógicas simbólicas no cruzamento de conjunturas e de perspectivas sociais críticas”. Ainda segundo o mesmo autor, “esta perspectiva permite chegar aos procedimentos de seleção e correlação dos eventos e mudanças a partir, dos quais se constrói a relevância cultural das situações de contato” (1988: 87-88, 108).

patologias que, ao contrário, não reagem a este tipo de intervenção. Está também implícita a idéia de que essas doenças não são letais, ao contrário das patologias provocadas por agressão xamanística:

“Gripe, febre, não mata. Somente **ajã** mata. Quando é **paie** que mandou a doença, morre logo, no mesmo dia, remédio não funciona”. Quando é só gripe, aí toma remédio e sará logo”, etc.

De acordo com essas explicações, a diferença situa-se menos na identificação da origem da agressão (é ou não é causada por **ajã**) que no tipo de tratamento susceptível de curar o mal. O diagnóstico é essencialmente terapêutico, pois depende basicamente da análise da reação ao tratamento propiciado por agentes não-índios. Não está em causa, aqui, a determinação etiológica da doença.

b) Doença de branco enquanto categoria etiológica

Outras interpretações - especialmente aquelas que surgem na rememoração das primeiras fases do contato com a FUNAI - apontam para uma definição etiológica da categoria **karaira'y**. De acordo com um dos xamãs mais prestigiados do Amapari:

“Antes nós morríamos pouco, só de **-paie**. Depois, vieram os garimpeiros e trouxeram a doença mesmo. Sarampo, gripe, tosse é **Karai-Ku ra'yr**”.

Esta explicação se relaciona diretamente ao mito de origem da gripe, num dos episódios da história do herói Jane-jar, no ciclo de criação e destruição do universo. Resumindo a narrativa de Tsiró (aldeia Mariry, 1988), destacam-se uma série de associações interessantes:

“Primeiro não tinha febre, não tinha nada, mas depois que os brasileiros mataram Jane-jar, todos apanharam a febre... O filho de Jane-jar soprou na mão e na cabeça do pai, que voltou a viver... Jane-jar vomitou e disse aos brancos: “vocês terão muita gripe, febre, tosse, dor de barriga. Gripe, muita gripe”. Os brasileiros levaram o vômito de Jane-jar, espalharam o vômito, o jogaram por todo lado e é por isso, que, agora, todos - os brasileiros e nós - apanhamos a

gripe”

O episódio final do mito indica como os brancos se tornaram “donos dos remédios” (*moã-jar*, como são designados hoje os profissionais de saúde não-índios) e têm a obrigação - por esta razão mítica - de propiciar a cura das doenças que eles propagaram no tempo das origens.

c) Doença de branco enquanto categoria nosológica

Além de se referir à origem das doenças provocadas pelos brancos, o episódio mítico ilustra o processo primordial de contaminação por contigüidade, isto é, se refere a uma modalidade de transmissão das doenças por contágio, tradicionalmente configurada pelo conceito - *jipy'e*. A categoria “doenças de branco” corresponde assim a este tipo de processo mórbido: o que pode ser “apanhado”, “transmitido” por contato direto⁽¹¹⁾. O-*mo-jipy'e* significa “passar de um para outro” aquilo que se propaga de forma indiscriminada, a epidemia, cujos efeitos são coletivos.

A diferença entre individual/coletivo, que aparentemente poderia servir para demarcar doenças resultantes de agressão xamanística (que normalmente recaem sobre o indivíduo e seu “grupo de substância”) e doenças resultantes de contágio (que atingem a coletividade), não se sustenta se levarmos em conta a existência de alguns procedimentos de agressão xamanística que visam atingir a totalidade do grupo inimigo. A representação popular desta forma de agressão, muito difundida entre os povos da região das Guianas, é o aremesso xamanístico de “bombas” - *akuma'e* em Waiãpi - que, quando explodem, propagam uma série de doenças e de infortúnios que rapidamente matam a todos os membros da aldeia.

Por outro lado, como indica o mito, “todos” podem propagar as doenças que, originalmente, os brancos espalharam. Os Waiãpi obviamente reconhecem que o perigo das epidemias está relacionado com a presença dos brancos, particularmente dos garimpeiros, mas também o atribuem ao contato entre aldeias. Por esta razão, os Waiãpi do Amapari, têm muito receio em receber visitantes de outras aglomerações. Uma das primeiras perguntas endereçadas aos recém-chegados consiste em saber se a pessoa “está carre-

(11) No presente trabalho, utilizo as noções de “contágio” e “contaminação” como sinônimos, atendo-me à definição corrente do contágio como “transmissão da doença de um indivíduo a outro por contato direto ou mediato” (ver Perrin, 1985). Reconheço, porém, a necessidade de diferenciar, a partir das concepções indígenas, essas duas formas de transmissão da doença, que remetem a processos mórbidos distintos: o contágio resultaria de contato direto ao passo que a contaminação é um conceito mais amplo que incluiria formas de contágio por contato indireto. Essa diferenciação, que apenas esboço no presente artigo, deverá ser confirmada através de uma análise mais sistemática do material Waiãpi.

gando doença”, o que denota real preocupação com a possibilidade de contágio. A notícia de casos de gripe numa aldeia geralmente se traduz pela cessação imediata das visitas àquele local, mantido em isolamento até que cesse a epidemia. A mesma preocupação levou os líderes da aldeia Aramirã a proibir a visita de moradores da estrada Perimetral ao Posto, considerando o perigo de contágio.

De acordo com esses exemplos, fica evidente que tanto os brancos, quanto os índios, podem ser responsabilizados pela transmissão de doenças. A questão é de saber se esta responsabilização corresponde a um diagnóstico etiológico ou a uma modalidade de explicação apenas nosológica, processual, da transmissão do mal. Avaliar se este tipo de explicação remete ao “registro das causas” ou apenas ao “registro dos efeitos”. Para tanto, é preciso analisar as diferentes situações de contágio, acompanhando alguns casos concretos e as respectivas explicações fornecidas pelos Waiãpi do Amapari.

2. DOENÇA DE BRANCO COMO CATEGORIA ETIOLÓGICA: CASOS DE CONTÁGIO

Atualmente, a noção -jipy'e é aplicada a uma série de patologias específicas que correspondem basicamente ao uso da categoria “doença de branco”. Quando indagados a este respeito, os Waiãpi costumam listar as “doenças” mais frequentes na área, como: malária (kara'y), diarreia hemorrágica (tewikay), dor de cabeça (akāga'y), vômito (we'e), sarampo (karasapa) e, principalmente, a gripe (ayma'e).

Esta lista coloca vários problemas, relativos à tradução de um sistema etiológico nos termos de um outro. As patologias acima definidas como “doenças” seriam consideradas - em outras circunstâncias, especialmente no contexto de um diagnóstico xamanístico - como “simples” sintomas. Por exemplo: a diarreia com perda de sangue é tradicionalmente interpretada como sinal da presença de um elemento estranho no corpo, testemunhando um processo de agressão por invasão. Mas ela é apenas uma das múltiplas manifestações da agressão, e não corresponde, portanto, a uma “doença” propriamente dita. Nesse tipo de explicação, os índios apenas selecionam os sintomas mais representativos de cada patologia para definir aquilo que, hoje, é atribuído aos brancos. O fato de isolar sintomas específicos para traduzir “doenças de branco” consistiria numa adaptação do sistema Waiãpi ao sistema etiológico ocidental, adaptação que surge como tentativa de comunicação entre a comunidade indígena e os agentes de saúde que visitam

ou residem em suas aldeias.

Passando agora ao registro dos casos efetivamente identificados como **karaira'y**, vale notar que as doenças ou mortes diagnosticadas como resultado do contágio são significativamente raras. Os casos individuais ou coletivos que pude registrar ocorreram em circunstâncias muito específicas.

- Algumas entre as epidemias que atingiram os Waiãpi - mas não todas - foram interpretadas como resultantes do contágio porque evidenciaram uma reação ao tratamento dispensado pelos agentes de saúde não-índios. Por exemplo, a epidemia de sarampo que atingiu a comunidade do Aroá em 1972/73, foi "transmitida" pelos garimpeiros. Nesta lembrança, é significativo que os Waiãpi associem a doença com o fato de que os garimpeiros se recusaram a fornecer remédios, ao contrário da equipe de atração da FUNAI que chegava na área na mesma época e é hoje lembrada pela farta distribuição de medicamentos. O mesmo ocorreu com a epidemia de gripe que atingiu a comunidade de Mitiko em 1983, quando a Delegacia da FUNAI deslocou um avião e um médico para a área, conseguindo combater o surto em poucos dias.

- Ao nível coletivo, ainda, ocorre muitas vezes que as patologias que se apresentaram claramente como epidemias resultantes do contato com os brancos, numa primeira avaliação, sejam reinterpretadas, anos depois, como resultado de agressões xamanísticas. Um exemplo evidente é a explicação atualmente em vigor para a morte de mais de 30 indivíduos do grupo local de Wiririry, que se deslocaram no final dos anos 60 para o rio Pirawiri, onde teriam sido alvo de uma agressão dos xamãs daquela área: "Todos pegaram caganeira, cagavam sangue: não foi contágio (**nojipy'ej**). Foram os xamãs dos Karamara-ku (grupo Waiãpi setentional)". Essas reinterpretações também atingem a todos os diagnósticos de mortes ocorridas na época do conflito com o grupo de Moloko-pota: inicialmente atribuídas ao líder daquele grupo, Sarapó, as acusações foram recentemente reconduzidas para categorias de inimigos mais próximas, especialmente os xamãs de grupos locais dissidentes dentro da área do Amapari.

- Exemplos de doenças contagiosas que afetam apenas indivíduos são claramente associados a diagnósticos feitos inicialmente por agentes de saúde não-índios; esses agentes fornecem explicações que acabam sendo aceitas pela família do paciente quando esta não recorreu - ou não teve a oportunidade de recorrer - a outro tipo de diagnóstico. Como exemplo, cito o diagnóstico relativo ao falecimento de um adulto na aldeia Ytuwasu em

maio de 1987. De acordo com seus familiares: "Foi contagiado (**o-jipy'e**), pegou a malária das estradas; ele só estava com malária e vomitava muito. **Paje nojipejui** ("nenhum pajé assoprou", isto é, não houve consulta a um xamã), por isso não sabemos se foi outra coisa"⁽¹²⁾. Note-se que o diagnóstico desta morte, inicialmente atribuída "aos brancos" por contágio de malária, foi reinterpretado pouco depois, em função de outros elementos do contexto sócio-político. Atendendo às pressões de sua parentela, que exigia vingança nos moldes tradicionais, a morte desse adulto foi posteriormente atribuída à agressão de um xamã de um grupo local dissidente.

Todos os casos acima levantados evidenciam a ambigüidade na configuração dos casos de contágio, que podem ser, ou não, atribuídos aos brancos. Nesse sentido, podemos questionar a validade de uma definição apenas "etiológica" da categoria "doença de branco". Se ela não se sustenta ao nível do "registro das causas", é preciso avaliar como ela se constrói ao nível do "registro dos efeitos", isto é, como este tipo específico de patologia se integra à teoria indígena da contaminação.

3. DOENÇA DE BRANCO COMO CATEGORIA NOSOLÓGICA: TEORIA INDÍGENA DA CONTAMINAÇÃO

A noção de contágio, especialmente na forma da epidemia atribuída "aos brancos", está representada no sistema nosológico Waiãpi e diretamente relacionada com uma teoria, mais ampla, da contaminação, que explica a transmissão de toda uma série de estados, mórbidos ou não. Para delinear esta teoria, é preciso analisar o uso indígena dos diferentes conceitos ligados à transmissão de substâncias (patogênicas ou não): os processos **o-jipy**, **o-sarõ** e **o-mongy**. Limite-me a mencionar, aqui, alguns pontos iniciais para uma análise destas formas tradicionais de interpretação de processos de contaminação:

No processo **-jipy'e**, o que está em jogo é, claramente, a difusão de substâncias - normalmente patogênicas - que provocam a transmissão de "estados" semelhantes entre as pessoas atingidas. Vejamos alguns casos:

(12) Observei, no registro de casos concretos, que quando não há xamã na aldeia para fazer o diagnóstico, é maior a tendência em atribuir doenças ao contágio de doenças "dos brancos". Porém, os mesmos registros mostram que não há desistência em relação à outras modalidades de diagnóstico, como o diagnóstico xamanístico. Nem que a familiaridade crescente dos Waiãpi com explicações ocidentais de transmissão de doenças, explicitada por agentes de saúde não-índios, resulte na priorização dos diagnósticos alienígenas, criando-se uma diferenciação entre "doenças epidêmicas", que proviriam do contato com os brancos, e "doenças que resultam da agressão xamanística".

- O mito de origem da gripe estabelece a origem deste tipo de patologia contagiosa a partir da difusão de uma substância patogênica, no caso, o vômito do herói Jane-jar.

- Os Waiãpi afirmam que “não é bom se aproximar de cemitérios porque pode-se apanhar doenças” (**o-jipy’e i-tekurã**). Em junho de 1987, todos os habitantes da aldeia Aramirã se queixavam de dores intestinais. Corria a seguinte explicação:

“Talvez todos estejamos com dor de barriga esses dias devido à presença do espectro (**Kwaray’pore**) de T.(uma mulher enterrada 6 anos antes, sob a oficina do Posto da FUNAI). Vem com o vento, transmite doença, faz caganeira, provoca gazes, provoca **nijuruwei** (inapetência), vamos morrer”.

A contaminação pelos espectros terrestres dos mortos pode ser evitada colocando-se **kurusa** (cruzes de madeira) na entrada das aldeias, ou das habitações.

A mesma idéia de difusão está presente na concepção do processo **-sarō**, que diz respeito aos efeitos da contigüidade por via sexual, expressando a noção de contaminação resultando de contato entre princípios opostos. À diferença do processo anterior, este não se limita à transmissão de princípios patogênicos mas a de estados de infortúnio.

- O termo é normalmente utilizado no caso das proibições que envolvem a preparação do veneno de pesca - quando a proibição recai sobre os homens - e a preparação do caxiri - quando atinge as mulheres. Assim, quando um homem responsável pela coleta e processamento de timbó tem relações sexuais, diz-se que “o peixe não bebe, não fica **-kao** ‘embriagado’”, portanto não se deixa apanhar pelos pescadores. O mesmo se atribui às mulheres responsáveis pela preparação da bebida: relações sexuais interrompem a fermentação do caxiri (**kasiri o-sarō-pa** “o caxiri não fermentou” e não produziu os efeitos inebriantes desejados).

- Encontramos ainda referências ao perigo do **-sarō** nas prescrições de comportamentos para a família de um doente em tratamento. Uma das proibições atinge a esposa de um homem que está sendo tratado com aplicação e banhos de plantas medicinais: ela não pode ter relações sexuais, sob pena de impedir a eficácia do tratamento e provocar a volta dos sintomas.

Finalmente, é preciso mencionar o processo de contaminação definido

pelo termo **-mongy**, que literalmente significa “pintar”, “revestir”. É usado para se referir à transmissão de estados mórbidos - como aqueles derivados do sarampo, da gripe e, inclusive, da malária - subseqüentes ao contato direto entre pessoas próximas. Mas, como o anterior, este processo não remete apenas à transmissão de substâncias patogênicas, mas também à propagação de estados de euforia, por exemplo, através da aplicação de determinados revestimentos corporais, associados a massagens. É o caso das diferentes “resinas de cheiro” que a fitoterapia Waiãpi define como **jane orykato poã** (“os remédios que nos tornam alegres”) que são ditas “amansar” as pessoas, uma vez que alteram os sentimentos e, portanto, as relações interindividuais.

Vista por esses exemplos, a noção de contágio que sustenta o uso, pelos Waiãpi, de uma categoria diferenciada para as “doenças de branco” parece estar totalmente condizente com o sistema interpretativo tradicional, evidenciando um excesso de proximidade entre pessoas e/ou categorias de alteridade, denotando um desequilíbrio nas relações e comportamentos entre indivíduos ou entidades normalmente separados. O que está em jogo, no contágio, é a imagem de uma contigüidade excessiva, traduzida pela transmissão de estados de morbidez e infortúnio. Em decorrência disto, é mais fácil entender porque, tanto quanto no sistema de agressão xamanística (correspondente ao sistema **ajã**, acima descrito), o sistema do contágio também envolve a exigência de reciprocidade, ou de retaliação, inclusive com os brancos, que devem - como explica o mito de origem da gripe - compensar a contaminação original por uma distribuição ininterrupta de remédios; ou devem - como exigem as reivindicações dos Waiãpi - compensar a destruição que realizaram no território através de uma política de assistência que enfatiza intervenções reparatórias.

Se a categoria “doença de branco” é perfeitamente congruente com a lógica cognitiva tradicional - não só etiológica mas também nosológica - como explicar o uso diferencial que os Waiãpi fazem desta categoria? De fato, se esta categoria, em termos de construção cognitiva, não se diferencia das demais nem pelo “registro das causas”, nem pelo “registro dos efeitos”, como então definir sua especificidade?

Voltamos agora à nossa hipótese inicial, segundo a qual devemos analisar a função desta categoria no contexto das opções terapêuticas. Com isso, estaremos passando do nível “código”, isto é, do sistema etiológico propriamente dito, que constitui uma grade de interpretação e de seleção para a análise da manipulação social da classificação, ao nível da “rede” social en-

volvida no processo de identificação das doenças.

Nesse contexto, fica evidente que o entendimento da categoria “doença de branco” assim como as razões que levam os Waiãpi a procurarem os brancos como detentores de alternativas terapêuticas devem ser investigadas num nível mais amplo que aquele delimitado pelas representações etiológicas. É preciso passar para outro tipo de representações e, por conseguinte, para outro nível da realidade social e histórica do grupo. Lembrando que, como afirma Zempléni:

“a doença é muitas vezes apenas um prodroma: ela desencadeia uma experiência coletiva que permite explicitar, colocar em forma e, eventualmente, resolver, as desordens e as tensões mais amplas que afetam a vida do grupo” (1988:1175).

A compreensão de sistemas etiológicos e das opções terapêuticas assumidas por determinadas comunidades indígenas deve assim se voltar para a compreensão do contexto mais amplo, sócio-político, característico de uma situação de contato interétnico.

Opções terapêuticas como opções políticas

O pluralismo terapêutico vigente atualmente entre os Waiãpi inclui a aplicação de revestimentos corporais, a fitoterapia, a recitação de rezas, a prescrição de dietas, a cura xamanística e a medicação dos brancos. Este pluralismo poderia ser analisado apenas no nível da eficácia simbólica associada a cada uma dessas práticas (ver Gallois, 1988). Tendo em vista a problemática levantada neste artigo, prefiro analisá-lo no contexto da “política indígena”, isto é, de uma estratégia na qual a opção terapia “dos brancos” configura uma forma de controle dos brancos.

Se admitimos que toda doença é sinal de uma agressão, que esta se processe pela via xamanística ou pela via do contágio, então teremos que considerar que as práticas terapêuticas, que envolvem a reparação da agressão, não só confirmam como ampliam a compreensão da rede de comunicação e intercâmbio com as diferentes categorias de alteridade que compõem o universo Waiãpi.

1. DESEQUILÍBRIOS CÓSMICOS E INTER-ÉTNICOS

Quando analisado do ponto de vista da “rede” social envolvida - e não

apenas do “código” de interpretação etiológica - o processo de identificação de certos eventos como “doenças de branco”, e a conseqüente opção pela terapia “dos brancos”, confirmam o interesse desta abordagem.

De acordo com a lógica do sistema etiológico Waiãpi, apresentado acima, o diagnóstico e a explicação causal (anteriores à opção terapêutica) são orientados pela avaliação coletiva de situações de desequilíbrio, distinguindo-se:

- O desequilíbrio entre domínios cósmicos (caso do sistema de agressões xamanísticas) que incluem tanto as agressões “humanas” como “não humanas”, pois vimos que essa distinção não se sustenta no caso Waiãpi, uma sendo transformadora da outra.

- O desequilíbrio entre domínios inter-étnicos (caso da identificação de epidemias oriundas do contato com os brancos que fogem ao sistema anterior).

Há, obviamente, superposição lógica entre esses dois tipos de desequilíbrios uma vez que, na cosmologia Waiãpi, as categorias de diferenciação inter-étnica são associadas a domínios cósmicos específicos (ver Gallois, 1988). Razão pela qual, uma doença inicialmente diagnosticada como agressão de uma categoria específica de inimigos humanos pode ser posteriormente atribuída à agressão de um “dono” de espécie natural. Nesses casos, a passagem de um nível ao outro deve ser interpretada no contexto da pluralidade causal. Da mesma forma, evidenciei acima casos em que doenças inicialmente atribuídas ao contágio dos brancos foram reinterpretadas no contexto de agressão xamanística. Nessas situações, mais complexas, a alteração do diagnóstico envolveu a manipulação sócio-política dos níveis de tensão cósmicos e inter-étnicos. Note-se ainda que esses últimos casos são relativamente raros.

Cabe lembrar que a posição dos brancos na cosmologia Waiãpi é predominantemente ambígua e, em função disto, suas intervenções destrutivas são normalmente interpretadas fora do sistema de agressão xamanística que rege o relacionamento entre domínios cósmicos e categorias de alteridade tradicionalmente definidas a partir de três categorias: animais, inimigos e mortos. Os brancos, na concepção dos Waiãpi, não se enquadram em nenhuma dessas categorias, que delimitam o sistema de transformação do efeito ajã.

O número de diagnósticos atribuídos aos desequilíbrios provocados pelos brancos cresce - espacial e historicamente - nos momentos de maiores tensões nas relações inter-étnicas. Isto pode ser verificado seja no registro mitológico, que põe em cena a origem da violência dos brancos, seja na práti-

ca atual, quando as “doenças de branco” aparecem associadas à invasão de garimpeiros, à contaminação provocada pelas freqüentes visitas de brancos na aldeia do posto, etc. A interpretação dessas situações de desequilíbrio nas relações inter-étnicas leva em consideração o encadeamento de eventos que se manifestam - seja a nível individual, seja a nível coletivo - configurando momentos em que esta sociedade, isto é, “nós os Waiãpi”, se sente ameaçada pela presença dos brancos. Nestes momentos, a atuação dos xamãs passa a ser secundária. Como indicado acima, o xamanismo Waiãpi certamente representa um fator importante de coesão social, mas apenas na medida em que mantém a lógica tradicional da sociedade Waiãpi, que é uma lógica de diferenciação interna. Ao contrário, a formulação de acusações aos brancos e a conseqüente procura de terapias controladas pelos brancos, configura momentos de congregação a nível “tribal” e a progressiva construção de uma identidade “étnica” Waiãpi.

2. O CONTROLE DOS BRANCOS

O que expressam as reivindicações dos Waiãpi, quando reclamam tratamentos médico-sanitários corretos que, raramente (ou apenas em algumas aldeias, ou épocas), lhes têm sido oferecidos?

A persistência da medicina tradicional e o acompanhamento dos itinerários terapêuticos demonstram que a opção pela terapia dos brancos não expressa a desistência em relação ao saber e às técnicas de cura tradicionais. Sabemos de fato que a assistência médico-sanitária não é, em princípio, contraditória com a permanência e a atuação das práticas tradicionais. O xamanismo não é reticente à prática de outra medicina, havendo ao contrário complementaridade entre os dois sistemas. No caso Waiãpi, deve-se ainda acrescentar a incorporação de símbolos de eficácia da medicina dos brancos: a verdadeira imagem do xamã, invisível aos homens comuns, é composta, além dos instrumentos e adornos tradicionais, por luvas, sapatos e equipamentos que constituem a marca dos médicos não-índios. Esta sobreposição de símbolos da força eficaz não confunde, porém, os planos de intervenção desta força: o xamã age ao nível dos princípios cósmicos que regem o aparecimento de uma doença, ao contrário do médico que atua apenas sobre os sintomas da doença.

Como definirmos, então, a exigência de reparação presente na construção da categoria “doença de branco”? Tanto no sistema do xamanismo como no sistema do contágio primordial atribuído aos brancos (ver o mito), está posta uma exigência de controle e reequilíbrio, por parte da sociedade,

da desordem social que a doença, enquanto evento, vem assinalar. Ficou evidenciado também que tanto no sistema de agressão xamanística, como na lógica da contaminação por contato com os brancos, estão sempre em jogo as noções de predação e de excesso. A cosmologia Waiãpi se constrói de fato sobre o princípio da circulação de substâncias vitais (lembrando que agressão e cura são duas facetas indissociáveis dessas trocas) entre todos os seres que povoam o cosmos. Ora, com os brancos, não há troca nem reciprocidade.

Darei a palavra aos Waiãpi, analisando suas críticas mais recorrentes com relação ao atendimento médico-sanitário que lhes tem sido oferecido. A queixa mais freqüente se refere à precariedade do atendimento. Os brancos, contaminados pelo vômito do herói Jane-jar, se tornaram contagiosos. Pela vontade do mesmo herói, se tornaram donos dos remédios. Porque então se furtam em distribuí-los? A resposta habitualmente formulada por profissionais de saúde para este tipo de problema remete à questão da dependência e da hipermedicação resultantes da difícil aproximação entre a demanda indígena e os serviços de saúde oferecidos nas aldeias. O teor da crítica formulada pelos Waiãpi é mais profunda, remetendo a limitada eficácia da medicina dos brancos à irregularidade desses serviços (ver *infra*).

Neste ponto, é preciso questionarmos também a idéia segundo a qual os índios seriam incapazes de entender os princípios causais que regem a nossa prática terapêutica. Se, como dizem alguns agentes de saúde, os índios aceitam sem questionar a “magia da aspirina”, e só admitem a eficácia da medicina dos brancos na medida em que esta possa ser transposta para o sistema tradicional, é porque, na imensa maioria dos casos, não lhes foram apresentadas informações que poderiam melhorar o nível de aceitação e de eficácia das medicações propostas por nossa medicina. A coexistência de dois tipos de lógicas, indígena e ocidental, foi muitas vezes explicada pelo fato de que o sistema ocidental pode ser integrado pelos índios, sob a forma apenas terapêutica, sem que haja necessidade do conhecimento da lógica etiológica. Como não fornecemos explicações, a eficácia de nossa medicina precisa ser aceita como “verdadeira” (ver, notadamente, Alès & Chiappino, 1985).

Nesse contexto, é normal que, em muitas ocasiões, se aceitam sem questionar, sem saber o “porquê” e o “como” de nossas terapias, os índios apenas atribuem “poder” aos brancos e a sua medicina. Em alguns casos, como já sabem que não surtirá efeito, apenas aceitam se submeter a nossas práticas para manifestar sua “amabilidade” em relação aos brancos. É preciso ques-

tionar tanto a atribuição de poder aos brancos, que remete à idéia de submissão, quanto a distância e o ceticismo subentendidos no segundo tipo de atitude. Certamente, a aceitação e a demanda indígena em relação a nossa medicina expressa outro nível de preocupações.

Na seqüência, é preciso nos perguntarmos porque os índios apenas aceitam a introdução de práticas médicas quando estas podem ser moldadas dentro do sistema conceptual preexistente. Esta problemática está presente em várias queixas formuladas pelos Waiãpi, que questionam, com particular acuidade, o teor da relação terapêutica.

Por exemplo, quando exigem a hospitalização não apenas do doente, mas de seus familiares mais próximos (cônjuge e filhos pequenos), estão explicitando a necessidade de ampliar o tratamento à "comunidade de substância". Quando exigem que o médico forneça, além de "remédios" indicações sobre a dieta a ser seguida pelo paciente, expressam a sua concepção tradicional de doença, que não envolve apenas a cura dos sintomas, mas a necessidade de um reequilíbrio nas relações entre o indivíduo doente e outros domínios de alteridade, evitando-se comer aquilo que justamente provocou o desequilíbrio. Quando os Waiãpi preferem serem tratados por homens, e não por enfermeiras, que podem estar mascarando seu estado, e agravar a situação do doente através do contato com sangue menstrual, etc.

Considerando ainda que a "medicina dos brancos" é muito mais imposta que efetivamente introduzida, ela não consegue fornecer uma explicação global, nem nos termos da origem da doença nem de sua cura. As exigências formuladas pelos Waiãpi evidenciam o grande vazio deixado por nossas práticas de saúde, no que diz respeito à dimensão terapêutica. A medicina ocidental, tal como praticada em áreas indígenas, é absolutamente incapaz de responder aos diagnósticos formulados pelos índios, seja em termos etiológicos seja em termos de necessidades terapêuticas. Diante deste vazio, os índios têm, como única alternativa, a tentativa de controlar - sob a forma da aceitação passiva ou da recusa radical - a introdução de técnicas terapêuticas que serão avaliadas em função da lógica tradicional de relacionamento com os brancos. Este relacionamento assume hoje entre os Waiãpi, a forma do confronto, ou pelo menos da estratégia política.

É neste contexto que sugiro que as opções terapêuticas dos Waiãpi configuram na verdade opções políticas. Diante do vazio de sentido e da precária eficácia que ela representa em termos de cura propriamente dita, a escolha pela terapia "dos brancos", sucessiva à acusação feita "aos brancos", confirma a dimensão estratégica desta opção. E isto em vários níveis que refle-

tem os padrões tradicionais. Quando a comunidade opta pela terapia dos brancos, ela está exigindo que o agente de saúde sirva ao grupo, da mesma forma que a comunidade obriga e controla o xamã a manifestar seu poder em favor dela.

Quando um grupo residencial, ou a comunidade mais ampla da aldeia, ou ainda a etnia Waiãpi, se manifesta a favor da terapia "pelos brancos", formula-se claramente uma exigência de reciprocidade. Em qualquer um desses níveis, quem determina a opção terapêutica - cura xamanística ou medicina dos brancos - é a própria comunidade, que se considera soberana para avaliar a causa última da doença.

Na maioria dos casos, quando recorrem aos brancos, os Waiãpi se queixam de não serem corretamente atendidos. Ao contrário, constataram que, quando não precisam deles, os brancos insistem - com "condescendência" - em querer misturar os papéis. Os Waiãpi têm criticado repetidas vezes a tentativa de transformar os xamãs em assistentes de enfermeiros, ou a de transformar os agentes de saúde não-índios em aprendizes de xamãs ou em fitoterapeutas. Ao criticarem essa confusão de papéis, os Waiãpi reivindicam o respeito e a integridade de seu sistema interpretativo, através do qual eles estabelecem - ou desejam estabelecer - uma relação mais equilibrada - em termos de reciprocidade - no contexto inter-étnico. Esse equilíbrio visa, na lógica deste povo, manter separados domínios que, quando aproximados, causam desequilíbrios e, portanto, causam doença. Através disso, os Waiãpi reivindicam sua autonomia, social, cultural e territorial.

Referências bibliográficas

Albert, B.

1988 "La fumée du métal: histoire et représentations du contact chez les Yanomami (Brésil)". *L'Homme* 106-107(2-3):87-119.

Alès, C. and J. Chiappino

1985 "Medical aid, shamanism and acculturation among the Yanomami of Venezuela". In: M. Colchester (Ed.), *The Health and Survival of the Venezuelan Yanomama*. Copenhagen: ARC/IWGIA/Survival International (IWGIA Document 53), pp. 73-90.

Brunelli, G.

1987 *Des esprits aux microbes. Santé et société en transformation chez*

les Zoró de l'Amazonie brésilienne, Dissertação de Mestrado, Universidade de Montréal.

Buchillet, D.

1988 "Interpretação da doença e simbolismo ecológico entre os índios Desana". *Boletim do Museu Paraense Emilio Goeldi* (Série Antropologia) 4(1):27-42.

1990 "Los Poderes del hablar. Terapia y agresión chamánica entre los indios Desana del Vaupes brasileño". In: E. Basso y J. Sherzer (Eds.), *Las culturas nativas latino-americanas a través de su discurso*. Quito: Abya Yala/Roma: MLAL (Colección 500 años nº 24), pp. 319-354.

Carneiro da Cunha, M. e E. Viveiros de Castro

1986 "Vingança e Temporalidade: os Tupinambás". *Anuário Antropológico/85* (Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro) pp. 57-78.

Chaumeil, J.P.

1983 *Voir, savoir, pouvoir. Le chamanisme chez les Yagua do Nord-Est péruvien*. Paris: Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.

Figueroa, A.L.C.

1984 "O universo conceitual e prático relativo à saúde, doença e cura Negarotê. Levantamento feito em abril e maio de 1984". Relatório à FAFESP (mimeo).

Gallois, D.T.

1988 *O movimento na cosmologia Waiãpi: criação, expansão e transformações do universo*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de São Paulo.

1990 "L'or et la boue: cosmologie et orpillage Waiãpi". *Ethnies: Droits de l'homme et peuples autochtones*, nº spécial: *Brésil, Indiens et développement en Amazonie* 11-12:50-55.

s.d. "O discurso Waiãpi sobre o ouro, um profetismo moderno". *Revista de Antropologia* (no prelo).

Grenand, P. e F.

1981/82 "La médecine traditionnelle des Wayãpi (Amérindiens de

Guyane)". *Cahiers ORSTOM* (Série Sciences Humaines) XVIII(4):561-567.

Lobo-Guerrero, M e X. Herrera

1989 *Los Programas de Atención Primaria en Comunidades Indígenas: Esfuerzos, opiniones y necesidades del personal de salud*. Bogotá: Fundación ETNOLLANO (Serie avances de investigación n° 1).

Perrin, M.

1985 "Les fondements d'une catégorie étiologique: la notion de contamination chez les Guajiro". *L'Ethnographie*, n° spécial: *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture* LXXXI(96-97):103-122.

Sindzingre, N. e A. Zempléni

1981 "Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire". *Social Science and Medicine* 15B(3):279-295.

Viveiros de Castro, E .B.

1986 *Araweté: os deuses canibais*. Rio de Janeiro: ZAHAR/ANPOCS.

Young, A.

1982 "The anthropologies of Illness and Sickness". *Annual Review of Anthropology* 11:257-285.

Zempléni, A.

1982 "Anciens et nouveaux usages sociaux de la maladie en Afrique". *Archives des sciences sociales des religions* LIV(1):20-35.

1985 "La maladie et ses causes. Introduction". *L'Ethnographie*, n° spécial: *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture* LXXXI(96-97):13-44.

1988 "Entre 'sickness' et 'illness': de la socialisation à l'individualisation de la 'maladie'". *Social Science and Medicine* 27(11):1171-1182.

PERCEPÇÃO E UTILIZAÇÃO DA MEDICINA OCIDENTAL PELOS ÍNDIOS SIBUNDOY E SIONA NO SUL DA COLÔMBIA

Jean E. LANGDON()*

Recentemente, Pereira (1989) publicou um artigo sobre o controvertido caso Reusch, levantando várias implicações importantes sobre a natureza da medicina indígena e as práticas xamânicas entre grupos indígenas da Amazônia⁽¹⁾. Ele demonstra que, em primeiro lugar, a medicina indígena, incluindo o papel social do xamã, não pode ser separada do contexto sócio-cultural do grupo; em segundo lugar, que os fins da cura xamânica são diferentes dos fins da medicina científica na medida em que o rito xamânico, além de aliviar os sintomas, tenta restaurar o bem-estar espiritual e social do doente; e, por fim, que a cura xamânica tem implicações para a manutenção da visão do mundo e a identidade étnica do índio.

Ainda que reconheçamos o papel importante dos xamãs e os fins abrenhentes da cura na medicina indígena, não podemos subestimar o dinamismo deste sistema médico e, particularmente, o dinamismo da procura de tratamento em casos específicos de doença. Temos que cuidar para não concluir, assim como fez Ackerknecht (1985), um importante pioneiro da antropologia médica, que a “medicina primitiva é basicamente mágico-religiosa” e

(*) Professora Adjunta do Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina.

(1) O trabalho se baseia em 25 meses de pesquisa de campo entre os Siona e Sibundoy. A pesquisa foi patrocinada em parte pelo Centro Internacional para Investigações Médicas da Universidade de Tulane (bolsa A1-10050 do NIAID, NIH, U.S.) e em parte por uma bolsa do United Public Health Service (bolsa 5 T01 MH-08544) com Dr. J.L. Fischer, Director.

que as percepções culturais atuam como obstáculos, impedindo o índio de observar objetivamente a eficácia de um tratamento, seja indígena ou da medicina ocidental (Bonfil Batalla, 1966). Muitas pesquisas de etnobotânica e etnofarmacologia já demonstraram que as medicinas indígenas desenvolveram técnicas eficazes do ponto de vista sintomático a partir do uso de ervas, massagens, banhos e cirurgia, e que os índios utilizam a observação experimental para determinar sua eficácia (Lucier, 1971; Logan, 1973; McCullough, 1973; Brown, 1975; Davis & Yost, 1983; Ortiz de Montellano & Browner, 1985; Elisabetsky, 1986).

Neste trabalho, a percepção e a utilização da medicina ocidental por parte de dois grupos indígenas da Colômbia, os Sibundoy (Langdon & MacLennan, 1979) e os Siona (Langdon, 1974), serão exploradas. O enfoque principal será a procura de tratamento como processo, em vez de uma elaboração das teorias nativas de doença. Pretendo explorar quais fatores determinam os tipos de tratamento que esses índios utilizam, as suas percepções da eficácia destes tratamentos e as implicações que estes fatores determinantes têm para uma política nacional de saúde para as populações indígenas. O princípio básico nesta exploração não parte da idéia que a medicina ocidental pode ou deve substituir a medicina indígena. Como vários autores já têm argumentado (por exemplo, Young, 1976; Langdon, 1988a e Buchillet, neste volume, pp. 21-44) a medicina indígena, em geral, é mais holística que a medicina ocidental. A medicina indígena deve ser respeitada e entendida não só porque as etnias indígenas devem ser respeitadas (e garantida a determinação de seus destinos), mas também porque ela oferece um contrabalanço às próprias limitações da medicina científica advindas de sua visão mecanicista do corpo e de uma tendência crescente para a especialização, que resulta num tratamento dos sintomas, não do paciente.

Considerações etnográficas

As diferenças culturais e sociais entre os Sibundoy e os Siona, assim como as mudanças do papel do xamã nestas duas sociedades como conseqüências do contato com a sociedade dominante, já foram descritas em trabalhos anteriores (Langdon, 1985b e 1988b) e não serão abordadas aqui. Basta dizer que esses dois grupos indígenas passaram por processos de adaptação diferentes, devido às especificidades culturais, sociais, demográficas, ecológicas e históricas que geraram diferenças nos seus modos de integração com a sociedade nacional.

Os Sibundoy representam hoje uma população de aproximadamente 2675 pessoas (Lobo-Guerrero & Herrera, 1989: Cuadro 4) que vivem isolados numa única comunidade separada dos brancos e dos outros grupos indígenas no Vale de Sibundoy, no sul da Colômbia. Praticam horticultura intensiva e mantêm seu idioma nativo (kamsa), roupa tradicional e sistema médico distinto (Bristol, 1965; Seijas, 1969a e 1969b). Ao longo da história, os índios Sibundoy, devido a sua localização geográfica (o Vale de Sibundoy) têm desempenhado um papel intermediário nas redes de intercâmbio entre as populações das terras selváticas da Amazônia e as das terras altas dos Andes (Ramírez de Jara & Pinzón, 1986). Com respeito à questão de tratamento de doença, seu papel tem sido extremamente importante, particularmente hoje, quando os xamãs do Vale viajam para as grandes cidades da Colômbia, levando consigo técnicas de cura e remédios de origem selvática (Taussig, 1980).

Os Siona, diferentemente dos Sibundoy, constituem atualmente uma população pequena (aproximadamente 250 pessoas; Lobo-Guerrero & Herrera, 1989: Cuadro 4) espalhada ao longo do Rio Putumayo, que demarca a fronteira do Equador com a Colômbia na Intendencia de Putumayo. A metade dos Siona vivem em famílias nucleares entre colonos provenientes das montanhas, cujo número aumenta rapidamente a cada ano. Os outros vivem na pequena reserva de Buena Vista que representa a última comunidade Siona no rio Putumayo.

Devido à dizimação da população nativa no começo deste século por epidemias e às rápidas mudanças ecológicas e econômicas decorrentes da invasão dos colonos nos últimos trinta anos (Langdon, 1985a e 1985b), vários aspectos da cultura tradicional, por exemplo idioma, roupa e alimentação, têm sido abandonados. Embora mais da metade fale ainda o idioma Siona, da subfamília Tukano ocidental, em situações intrafamiliares, as gerações mais novas preferam falar o espanhol, salvo quando se dirigem aos anciãos. Porém, isso não implica que não mantenham sua identidade étnica. Tanto para os mais novos quanto para os anciãos, o sistema xamânico representa um traço diacrítico (Carneiro da Cunha, 1986) para marcar a sua diferença com a sociedade nacional (Langdon, 1988b).

Até quarenta anos atrás, os xamãs Siona eram célebres por sua capacidade de curar, mas, devido ao caráter do processo de contato e sua influência sobre essa sociedade indígena, não existem mais mestres-xamãs Siona no Putumayo. Diante das mudanças na forma de sobrevivência, da organização sócio-política e da redução das comunidades indígenas, os jovens não

conseguiram terminar seus treinamentos xamânicos, ou simplesmente não tentaram. Hoje, vários anciãos têm atingido o primeiro nível do xamã e estão capacitados para executar ritos de cura xamânicos para doenças menores. Entretanto, para doenças mais graves, os Siona têm que procurar mestres-xamãs das outras etnias da região. Porém, eles ainda mantêm seu sistema médico enquanto teoria da doença e enquanto procura do tratamento e, neste sistema, o papel do xamã ainda figura como central.

O sistema médico indígena

A concepção da doença por ambos os grupos segue as linhas gerais abordadas por Buchillet (neste volume, pp. 21-44) no sentido de que “a aparição da doença, assim como o advento de um infortúnio, seja individual ou coletivo, que não constituem categorias separadas do ponto de vista da causalidade, inscrevem-se num dispositivo de explicação que remete ao conjunto das representações do homem, de suas atividades sociais e de seu ambiente natural” (*ibid.*: 25), representações essas que constituem a visão do mundo de cada cultura. Neste sentido, a medicina indígena constitui uma parte de um sistema cosmológico: é um sistema bem mais abrangente que o da medicina ocidental.

A visão do mundo, assim como a concepção da doença, são confirmadas pelas práticas rituais xamânicas e pelo uso de alucinógenos. O papel do xamã é definido por seu poder de entrar em contato com o mundo sobrenatural e de adivinhar as causas últimas das doenças e, também, acontecimentos do passado ou futuro. Se adquire este poder através da ingestão de *yagé* (também conhecido por seu nome quechua *ayahuasca*), uma infusão derivada principalmente do cipó alucinógeno *Banisteriopsis* sp. Há algumas diferenças nas práticas xamânicas dos dois grupos, mas, em geral, seus sistemas xamânicos derivam da mesma tradição comum entre a maioria dos grupos da região do Noroeste Amazônico.

Os índios entendem a aparição de uma doença como o resultado de vários fatores interagindo ao mesmo tempo. Certos antropólogos tendem a dividir esses fatores entre duas categorias: as “causas naturais” e as “causas místicas ou personalísticas” (Foster & Anderson, 1978). As causas naturais estão ligadas às teorias do corpo, da natureza e da nutrição, em que a pessoa adocece por alguma atividade física, por condições no ambiente físico ou por falta de elementos necessários para manter o corpo forte e resistente. Assim, as causas naturais citadas por nossos informantes incluem fatores

ambientais como vento, frio, chuva, excesso de calor, alimentação inadequada, trabalho, vícios como alcoolismo. Os fatores místicos se referem a uma ordem de explicações da doença não aceitas pela ideologia médica ocidental. Estas incluem ataques dos espíritos, quebra de tabu, estados emocionais fortes, como susto, raiva ou inveja, e outros.

Há, todavia, um conceito etiológico citado por vários informantes que não se encaixa bem entre estas duas categorias: o da resistência da pessoa. Este conceito inclui tanto a noção de força vital do “eu” da pessoa, quanto a de força física do corpo. A força física aumenta com a idade, ficando mais forte à medida que a pessoa amadurece. Fraca no início da vida, ela cresce até plena maturidade na vida adulta, e entra num processo de declínio com a velhice. Naturalmente, as doenças são as ocasiões em que a força física está fraca. Uma criança recém-nascida tem pouca resistência do “eu” e do corpo e está particularmente vulnerável aos ataques aleatórios por espíritos que andam no ar, ou que habitam locais específicos como certas árvores. Inclusive, no passado, os pais esperavam vários meses para apresentá-la ao xamã para o rito de nomeação. Crianças recém-nascidas que morreram foram enterradas sem rituais funerários.

Através da maturação, esta força do “eu” se fortalece. Nos momentos de transição de um status da vida para outro, ritos são executados para alimentá-lo, e também ao corpo, para que a pessoa se desenvolva como deve e para que o “eu” e o corpo se mantenham resistentes frente às experiências e tarefas da vida. Alguns momentos de transição trazem perigo para esta força: puberdade, iniciação xamânica, menstruação, gravidez, pós-parto (tanto para o homem quanto para a mulher) e velhice. Nestes momentos, a pessoa fica mais vulnerável aos agentes da doença. Entre os Siona, o xamã tem uma certa vulnerabilidade que ele deve cuidar para não sofrer de doença e a perda de seu poder.

Em alguns casos, a força vital também pode causar doenças. O xamã, através da ingestão do alucinógeno, fortalece seu poder e pode usá-lo para causar doenças. Adultos, particularmente anciãos, quando têm emoções fortes, como raiva, têm força suficiente para causar doenças. Assim, uma mulher Siona, especulando sobre a causa da doença de seu irmão, explicou que ele estava brigando muito com a mãe, e que as brigas foram talvez a causa, posto que a mãe, devido a sua idade, tem um certo poder.

A resistência de uma pessoa é, assim, uma combinação da força de seu “eu” com o estado físico de seu corpo, que sofre desequilíbrio devido à má-nutrição, maus hábitos, idade, perda de sangue ou uma doença anterior de

que ela nunca se recuperou. O estado de resistência de uma pessoa frequentemente vai determinar se outros fatores, operando no momento (seja naturais ou místicos), vão resultar em doença ou não.

A distinção dos fatores etiológicos em naturais e místicos é pouco frutífera para entender o pensamento e o comportamento indígena acerca das doenças. Não é possível dividir as doenças entre as que são provocadas por causas naturais e as que o são por causas místicas, e concluir que as primeiras serão tratadas com técnicas naturais enquanto as últimas serão tratadas com técnicas rituais ou "mágicas". Porém, o esquema apresentado por Sindzingre e Zemléni (1981; ver também, Buchillet, neste volume, p. 27) é muito mais adequado. Este autor delinea três campos etiológicos ou níveis de causalidade: causa instrumental, causa eficaz e causa última. A causa última se refere à reconstituição da origem da doença para responder às perguntas "por que eu?" ou "por que agora?". A causa eficaz se refere ao agente responsável pelo processo da doença, seja este místico (um espírito ou um estado emocional tal como raiva ou inveja) ou natural (tal como vento ou comida estragada). A causa instrumental envolve preocupação com o meio ou com o mecanismo de produção da doença, e esta se relaciona geralmente com as teorias do corpo, do ambiente natural e da nutrição. A falta de resistência de uma pessoa pode ser um tipo de causa instrumental que permite uma causa eficaz resultar em doença.

Estes três níveis de causalidade representam três maneiras de explicar a doença e somente se tornam claros no processo de diagnóstico e tratamento de episódios concretos, o qual vamos explorar em detalhe mais adiante. É importante sublinhar aqui que, normalmente, a primeira preocupação no tratamento é com a causa instrumental e a cura dos sintomas, ou com o "registro dos sintomas" (Buchillet, neste volume, p. 29). Os sintomas são tradicionalmente tratados com ervas e também cascas, seivas, e outras extrações de árvores e plantas da floresta. Medicamentos farmacêuticos são também utilizados hoje no tratamento dos sintomas. Ambos os grupos indígenas têm um conhecimento extenso de ervas medicinais, que plantam ao redor das suas casas, e outros produtos caseiros para curar doenças. Entre os Sibundoy, o chefe de família geralmente se responsabiliza pelo cultivo e pela preparação das ervas (e, por extensão, os medicamentos das farmácias). No caso dos Siona, todos os adultos geralmente conhecem e sabem preparar os remédios. Algumas pessoas são conhecidas pelo seu alto grau de conhecimento botânico, embora não constituindo uma classe de especialistas em ervas.

A identificação e o tratamento da causa última não ocorrem em todos os casos de doença. Geralmente ocorrem somente nas doenças que não têm respondido positivamente ao tratamento dos sintomas, ou naquelas que têm um começo repentino, apresentam sintomas excepcionais, ou, por fim, naquelas que são graves e põem em risco a vida do doente. Em tais casos, suspeita-se que a doença tenha alguma causa última. Esta e a causa eficaz devem ser diagnosticadas e curadas pelo xamã num rito com a utilização de alucinógenos.

O xamã executa um rito de cura com o paciente e com os membros de sua família. Depois, ele informa aos participantes o que ele descobriu nas suas viagens pelo mundo espiritual, dá um prognóstico, indica se curou a causa última e recomenda um tratamento para curar os sintomas da doença. Ele mesmo pode executar este tratamento, mas o paciente pode também recorrer a outros métodos terapêuticos.

Alternativas de cura

Devido à proximidade de comunidades não-indígenas e às relações econômicas com a sociedade dominante, os Sibundoy e os Siona dispõem atualmente de uma escolha maior de alternativas de cura que no passado. Algumas são oferecidas pelo governo colombiano e outras vêm das práticas da medicina popular.

1. SISTEMA OFICIAL

Durante o tempo da pesquisa, não existia uma política de saúde para as populações indígenas. O governo colombiano mantinha postos de saúde em aldeias mais ou menos próximas das comunidades indígenas que ofereciam consultas a um custo mínimo. Nas áreas rurais, cada posto de saúde tinha, geralmente, um médico (cargo frequentemente ocupado por um jovem cumprindo seu ano rural obrigatório depois de sua formação em medicina), um assistente com algum treinamento em cuidados primários, e, às vezes, um odontólogo (também frequentemente fazendo o ano rural). Para os Sibundoy, estes postos são mais acessíveis por causa da curta distância (uma ou duas horas de caminhada) entre a comunidade indígena e as aldeias dos brancos. O Vale do Sibundoy também tem um hospital, mas, por falta de equipamentos e laboratórios, ele serve mais para internação, oferecendo cuidados primários sem possibilidade de cirurgia e técnicas sofisticadas de diagnóstico. Em casos graves, o médico encaminhava os índios ao hos-

pital em Pasto, uma cidade a três horas de viagem de Sibundoy, mas sem recursos para transportá-los. Nos casos de tratamento em Pasto, os indígenas não internados e seus familiares ficam com conhecidos na cidade, frequentemente na casa de uma missionária protestante que abrigava os índios que iam à cidade por vários motivos.

Ao contrário dos Sibundoy, os Siona estão mais distantes do posto de saúde mais próximo, Puerto Asis, e são obrigados a pagar a passagem numa das várias canoas motorizadas de carga que vão para Puerto Asis. A viagem demora entre cinco e doze horas, dependendo das condições da canoa e da quantidade de carga. No tempo da pesquisa inicial (1970-1974), a maioria das canoas subia às sextas e aos sábados. Poucas canoas faziam a viagem no resto da semana. Os Siona, desejando viajar, tinham que esperar às vezes um dia ou mais para a subida de uma canoa. Hoje, Puerto Asis é muito maior, o rio tem um movimento muito mais intenso e as canoas subem quase todos os dias. Entre 1970-1974 um médico atendia no posto de saúde. O hospital mais próximo ficava na capital da Intendência, Mocoa, quatro horas por estrada além de Puerto Asis. Este contava com recursos maiores que o hospital do Vale de Sibundoy, mas também encaminhava casos mais difíceis ao hospital em Pasto, a quatorze horas de distância. Os Siona, quando iam, costumavam ficar com a missionária ou com famílias conhecidas através de compadres brancos. Hoje, Puerto Asis tem seu próprio hospital, mas não disponho de dados suficientes sobre sua utilização pelos Siona.

As aldeias no Vale de Sibundoy e Puerto Asis têm várias farmácias que vendem remédios. Embora estas farmácias constituam, em teoria, parte da medicina científica, são discutidas como alternativas dentro da medicina popular devido às práticas de automedicação dos pacientes e da ação dos balconistas, que diagnosticam e vendem remédios sem controle médico.

Infreqüentemente, os Siona e os Sibundoy são visitados nas suas comunidades por representantes da medicina ocidental. No tempo da pesquisa, cada grupo indígena tinha missionários do Instituto Lingüístico de Verão, que moravam dentro das suas comunidades mais ou menos dois meses por ano e, destes, alguns tinham um certo treinamento em enfermagem. Ofereciam consultas e vendiam remédios, mas não possuíam equipamento para diagnosticar ou fazer tratamentos além de recomendar remédios, alguns que tinham à venda.

Uma equipe para a eliminação da malária fumigava as casas dos Siona com DDT a cada seis meses e, em determinada época, distribuía pílulas an-

timaláricas como parte do seu programa. Este programa, como os outros serviços oferecidos pelo governo, não distinguia os índios como tendo necessidades diferentes dos colonos daquela região. Os Siona desconfiavam dos comprimidos e, às vezes, os citavam como causas de doenças ou problemas de saúde subseqüentes.

2. MEDICINA POPULAR

Quando se compara os tratamentos não-indígenas utilizados pelos dois grupos, a medicina popular figura mais significativamente que a medicina ocidental. Há vários tipos de especialistas como curandeiros, espíritas, erveiros, etc., que são procurados mais freqüentemente que os médicos no posto de saúde. Como a maioria dos remédios farmacêuticos é vendida sem receita médica, os balconistas nas farmácias são muito mais procurados do que os médicos para estabelecer diagnósticos e receitar remédios. Assim, medicamentos da medicina ocidental são aceitos, mas freqüentemente com uso indevido e segundo as crenças populares ou leigas. As farmácias oferecem várias vantagens aos olhos dos índios: elas fazem diagnósticos e vendem remédios, mesmo que o doente não esteja presente. Nenhum dos grupos gosta que o doente seja exposto aos perigos do mau tempo, e preferem enviar um parente do doente à farmácia. Este fator é particularmente importante para os Siona: o doente fica dispensado de ter que empreender uma longa viagem pelo rio, exposto ao frio da noite, à chuva ou ao sol forte. Como existem várias farmácias para escolher, normalmente os índios freqüentam aquelas onde estabeleceram contatos pessoais através de compadrio ou amizade. Os anciãos Siona preferem a farmácia da missão católica, porque conhecem as freiras há muito tempo.

A medicina popular, como descrita por Gutierrez de Pineda (1961), Reichel Dolmatoff (1961) e outros, não pode ser considerada como um sistema unificado caracterizado por um tipo específico de curandeiro. Pelo contrário, ela engloba várias crenças, práticas e tipos de curandeiros, resultados dos diferentes grupos étnicos que povoaram o país. Suas origens se encontram na medicina colonial espanhola, medicina negra, medicina indígena, catolicismo popular e medicina científica. A variedade de praticantes da medicina popular é vasta. Ela reflete o esquema conceitual abrangente da medicina popular, incluindo ervistas, curandeiros, "tiradentes", figuras carismáticas do catolicismo popular, xamãs, espiritistas e vários outros. Os santuários católicos também figuram como lugares para procurar curas milagrosas.

Alguns praticantes da medicina popular podem ser definidos como tradicionais, mas como Press (1971) tem demonstrado, há vários tipos de praticantes inovadores. Seus estilos de atendimento variam dos curandeiros individuais quase-científicos até o curandeiro tradicional que conhece a intimidade dos seus clientes.

A medicina popular é mais abrangente em relação a crenças etiológicas que a científica, porque ela incorpora as causas místicas e naturais não reconhecidas pela última, tanto quanto aquelas consideradas pertinentes aos processos físicos do corpo reconhecidos pelos médicos (Langdon & MacLennan, 1979:217). Assim, o tempo, o trabalho pesado, a pena, a inveja, o susto, e os espíritos são considerados como causas potenciais importantes das doenças.

Há duas doenças conhecidas pela medicina popular que correspondem às doenças e causas reconhecidas pelos Sibundoy e Siona: “susto” e “maú ar”. O susto se refere ao estado emocional resultante de algum acontecimento assustador, que normalmente, mas não sempre, é causado pela intervenção aleatória de um agente místico, ou seja, sem ser enviado por um xamã devido aos conflitos sociais (Seijas, 1969a). O maú ar, ou *mal aire* em espanhol, corresponde às doenças em crianças causadas por ataques aleatórios de um espírito que passa no vento. Os médicos não reconhecem estas doenças que, para serem tratadas, precisam de um especialista popular. Além deste, os índios com treinamento xamânico podem também curar maú ar e susto com um rito, sem a necessidade do uso de alucinógenos.

Finalmente, nesta discussão dos recursos alternativos, quero ressaltar o papel da propaganda via rádio ou panfletos distribuídos pelos fabricantes de remédios voltados para o alívio de problemas gerais e doenças populares como dor de cabeça, mal de rins, nervos, gripe, cansaço, etc. Estes remédios não precisam de receita médica (embora esta última não seja controlada na Colômbia), e cuja eficácia às vezes é duvidosa. No sul da Colômbia, a propaganda destes remédios é bastante comum e ocupa uma porção significativa do tempo comercial no rádio tanto quanto os panfletos que sempre circulam pelas farmácias. O roteiro destas propagandas normalmente inclui uma listagem de certos sintomas de um mal-estar comum, o nome da doença ou mal, e o nome do remédio fabricado pela empresa farmacêutica. Tais propagandas estimulam o autodiagnóstico e a automedicação. Entre os Sibundoy, que possuem rádios portáteis e que têm acesso fácil às farmácias, elas têm uma importância na divulgação dos nomes espanhóis das doenças

populares, seus sintomas e dos remédios indicados. Encontrei um chefe de família que guardava os panfletos e sempre anotava suas experiências com o uso de remédios para as doenças citadas neles. Entre os Siona, que possuem poucos rádios e vão menos freqüentemente às farmácias, estas formas de propaganda não desempenham um papel tão importante.

Processos de Tratamento

Do que precede podemos concluir que, em ambos os grupos, o processo de tratamento é guiado principalmente por fins pragmáticos, no sentido de utilizar qualquer recurso ou tipo de especialista que prometa curar os sintomas. No momento inicial da doença, as primeiras tentativas na busca de um diagnóstico e um tratamento são feitas pelo paciente ou por membros de sua família. Baseadas no seu conhecimento comum e na sua experiência anterior com doenças, estes fazem um diagnóstico através da observação dos sintomas e da história que a família tem com outros casos parecidos. Usualmente, aproveitam o seu conhecimento das ervas e consultam os vizinhos ou as pessoas que visitam a casa durante o dia. Em certos casos de doenças, como vermes ou gripe, eles preferem usar remédios da farmácia que, em ocasiões anteriores, provaram sua eficácia.

No caso de os sintomas persistirem, a procura de tratamento passa por outros recursos fora da família ou dos vizinhos. Durante todas as tentativas de cura, sempre há uma avaliação contínua dos sintomas e das suas mudanças. A doença pode ser reclassificada com o aparecimento de novos sintomas ou com a ineficiência de um tratamento que se revelou eficaz no passado para curar sintomas similares. Dependendo da severidade dos sintomas, da evolução da doença, e do diagnóstico subsequente, um especialista é procurado. Freqüentemente, os casos de diarreia em crianças que não reagem aos chás ou remédios farmacêuticos para vermes, são reclassificados como sendo causados por um espírito, o que leva à procura de um especialista em mau ar, que pode ser um índio com treinamento xamânico ou um especialista branco da medicina popular. Em outros casos, os índios procuram diagnósticos nas farmácias ou com ervistas brancos da região.

Geralmente, várias alternativas são utilizadas em seqüência, mas não se utiliza tratamentos simultaneamente, seguindo a crença de que um remédio "contra" (anula) o outro. Quando os índios consultam o médico no posto de saúde, esta mesma regra sempre opera. Se o médico receita dois remédios para serem tomados juntos, os índios escolhem um para tomar primeiro.

Assim, no caso dos sintomas desaparecerem, é geralmente o último remédio que é considerado como o tratamento eficaz da doença.

A preocupação com a causa última se baseia prioritariamente na condição do doente e na duração da doença. A demora da cura e da reativação do desempenho dos papéis sociais são fatores importantes para o início das especulações sobre as razões que estão levando à persistência da doença. Neste momento, a família geralmente começa a montar hipóteses sobre as causas possíveis da doença, através de uma retrospectiva da vida do doente no momento em que começou a doença e da busca de sinais físicos que podem indicar causas místicas. A família do doente pode continuar utilizando outros tratamentos, mas, se o paciente não melhorar, decide procurar um xamã para curar a causa mística.

Um caso, entre os Siona, ilustra bem a distinção feita entre o tratamento dos sintomas e o tratamento da causa última. Um ancião sofria de um problema de coceira à noite, que não deixava manchas, mas que o incomodava bastante para dormir. Durante um ano ele tratou seu mal com ervas, procurando sempre as recomendações das pessoas que chegavam na reserva, como os colonos, o antropólogo, os missionários, um médico, etc. Enquanto a coceira só o incomodou, ele não se classificou como doente. Depois de um ano, ele começou a ter problemas maiores. A pele secava e descascava, e havia secreção. Dois outros homens já tinham apresentado sintomas similares, e ele se tratou com os remédios que estes tinham utilizado. Mas o problema se agravou e ele não podia mais trabalhar. Ele se classificou, então, como doente e começou a especular sobre a causa última da doença. Mandou seu filho para Puerto Asis para procurar um remédio e falou comigo que ele ia primeiro curar os sintomas, e, logo, quando tivesse forças suficientes, iria visitar o seu cunhado, um xamã Kofan, a dois dias de viagem. Havia um outro xamã Kofan-mestiço mais perto, só que este foi considerado como xamã inimigo pelos familiares deste ancião. Na ocasião, eu insisti que ele devia também visitar o médico no porto. Ele concordou e fez a viagem, dizendo que ia ao médico. Entretanto, em Puerto Asis, só foi à farmácia das velhas freiras. Como ele não tinha dinheiro suficiente para comprar todo o tratamento que elas lhe tinham recomendado, ele só comprou a metade. Ele melhorou um pouco e eu o acompanhei ao porto para uma consulta com o médico no posto de saúde e para comprar os remédios. Com estes, curou os sintomas e logo fez a viagem para ser curado por seu cunhado. Ele ficou lá dois meses e, quando voltou, indicou que estava curado e que era o xamã Kofan-mestiço que tinha enviado a doença.

Interessantemente, a coceira continuou a castigá-lo à noite mas sem deixar manchas e, também, sem impedí-lo de trabalhar.

A cura xamânica normalmente envolve de uma a várias sessões com alucinógenos e o uso de ervas recomendadas pelo xamã. O xamã pode recomendar remédios farmacêuticos, embora isso seja menos comum. Com tais curas, a família ajuda nos custos do paciente, porque tanto o tratamento xamânico quanto as viagens são caras. O paciente e seus familiares ficam na casa do xamã por várias semanas até que estejam satisfeitos com o tratamento ou pensem que a causa última precisa ser curada por um xamã mais poderoso. O próprio xamã pode também declarar que ele não tem o poder de curar a doença. Entre os Sibundoy (assim como na época em que os Siona tinham xamãs nas comunidades), o xamã costuma também fazer os rituais na casa do doente.

Por causa da inacessibilidade dos mestres-xamãs, os Siona, às vezes, procuram espiritistas negros em Puerto Asis ou curas em santuários católicos antes de procurar um xamã. Mas, dentro de sua teoria etiológica, o xamã é o único capaz de curar a causa última.

O aspecto mais conservador das suas percepções é ligado à questão da cura da causa última, que só pode ser realizada pelo xamã. A preocupação acerca da causa última indica, na realidade, um questionamento sobre a natureza dos infortúnios na vida e uma explicação do porquê dos acontecimentos. Neste, a visão do mundo, a identificação étnica e o processo de entender o sofrimento estão interligados. Se os índios não tratam a causa última, embora curem os sintomas de uma doença prolongada e séria, eles acreditam que a doença vai aparecer de novo. Doenças crônicas ou repetitivas são atribuídas à falta de intervenção de um xamã. Estas preocupações com a causa mística e seus tratamentos compõem um sistema complementar ao tratamento dos sintomas.

Em suma, a procura de tratamento pelos Siona e Sibundoy é um processo baseado numa procura pragmática do tratamento certo, que envolve uma avaliação permanente dos sintomas, a seriedade da doença e sua resposta aos tratamentos. A identificação dos tratamentos a seguir, assim como das pessoas que os aplicam é feita de uma maneira eclética e, neste processo de tratamento dos sintomas, domina um espírito de observação experimental. Por isso, eles percebem a sua eficácia "técnica" e incorporam tratamentos não-índigenas com facilidade, mas isto não quer dizer que eles necessariamente incorporem a lógica etiológica da medicina ocidental ou da medicina popular (Erasmus, 1952).

Fatores determinantes no processo de cura

Normalmente, seu espírito de observação experimental se dirige às tentativas de curar os sintomas e suas percepções acerca da eficácia dos tratamentos utilizados. Os índios usam uma grande variedade de tratamentos e sempre estão abertos para testar um novo tratamento sugerido por parentes ou amigos. A percepção da eficácia é racional, no sentido de que há uma correlação entre o diagnóstico da doença e os tratamentos que curaram doenças no passado com o mesmo diagnóstico. Porém, ao analisar o processo de procura do tratamento dos sintomas, percebe-se que outros fatores também desempenham um papel importante para determinar quais especialistas e quais tipos de cura serão utilizados pelos índios.

Como já vimos, os médicos nos postos de saúde são menos procurados que os outros que tratam doenças. As farmácias, a automedicação, e os especialistas em medicina popular são mais utilizados. A razão disto se baseia na confluência de vários fatores inter-étnicos, sociais e culturais, tanto como questões de transporte, tempo e economia, que operam juntos para determinar a escolha em cada instância de doença.

O aspecto mais importante nesta análise dos fatores se centra nas relações inter-étnicas. Na Colômbia, os índios são considerados como menores de idade. Os brancos em geral consideram o índio como um animal e um ignorante sujo. Mesmo uma das freiras da missão em Sibundoy afirmou que os índios são animais que precisam ser domesticados. Embora os Siona tenham relações com brancos em Puerto Asis e às vezes formalizem estas relações através do compadrio, eles são tratados com desrespeito pelos não conhecidos. Os Siona alegam que os brancos sempre tentam enganar o índio nos preços, pagando menos pelos seus produtos e enganando-os no troco quando eles compram. Além disso, os tratam com maneiras desrespeitosas. Por exemplo, um ancião xamã foi para o porto vestido com toda sua roupa e enfeites exigidos para ocasiões públicas. Ele é um dos poucos que ainda se vestem com a roupa cerimonial. Estava com o rosto pintado delicadamente com desenhos que significam seu poder como xamã, milhares de contas formando um colar cobrindo todo o pescoço (contas do início do século ganhas de seringueiros por sua família), grandes dentes de onça, brincos de penas de arara e ervas cheirosas amarradas nos braços. Ele estava, realmente, impressionante, mas as pessoas na rua reagiram com risadas, tocando suas contas, roupa, etc., sem pedir permissão. A experiência do ancião foi singular, no sentido que a maioria dos Siona, quando vai ao

porto, tenta assimilar-se como mestiço, com roupa de branco, falando espanhol, e estabelecendo relações de confiança com os brancos através de compadrio com comerciantes e outros (Langdon, 1979).

Os problemas inter-étnicos se desdobram com outros fatores, como o tempo. Assim, os índios não gostam de permanecer muito tempo entre os brancos e agem com humildade e vergonha em lugares estranhos. Quando os Siona vão para Puerto Asis, aproveitam para fazer as compras, vendas, etc. dentro de poucas horas, para voltarem no mesmo dia. Quando se trata de um doente, não tem tempo para esperar na fila no posto de saúde. É mais fácil, para eles, ir a uma farmácia conhecida para procurar remédios. Isto aplica-se a ambos os grupos e interage com sua tendência de não levar o doente para as consultas devido à crença de que as condições meteorológicas podem fazer mal.

As relações paciente-médico também se complicam com fatores étnicos. Assim, os Sibundoy justificam sua escolha do ervista branco, que eles chamam de "médico". Ele visita os doentes nas suas casas, fato este que foi citado como um fator positivo pelos Sibundoy. Eles dizem que não procuram o médico no posto de saúde mais próximo porque ele dá um tratamento diferenciado ao índio, cobra mais do que deve, e nunca visita os doentes nas suas casas. Não tinham estas queixas do médico do posto de saúde mais longe que nos acompanhou na pesquisa, fazendo visitas às casas dos Sibundoy, porém, raramente freqüentavam o seu posto de saúde devido a distância da comunidade Sibundoy.

Na ocasião que eu fui consultar um médico com o ancião Siona, este não dirigia a palavra para ele, mas sim para mim. O médico o tratou como um menor, sem condições de entender seu diagnóstico, que foi simplesmente apresentado como alergia para mim. Na sociedade Siona o ancião representa uma fonte de saber e é tratado com muito respeito.

Os problemas culturais não apresentam obstáculos em si, salvo em alguns casos específicos em que as crenças culturais contradizem o tratamento, como no caso de receitar dois medicamentos orais a serem tomados juntos. Também as mulheres indígenas não permitem exames ginecológicos. Mas, em geral, os obstáculos culturais operam de uma maneira mais sutil, contribuindo para um sentimento de mal-estar quando entre brancos. Isto é particularmente pertinente para os Siona. Por causa de suas crenças com respeito à pureza e poluição, o branco é considerado como contaminado devido a sua falta de observância de certos costumes ligados à menstruação e gravidez. Para os índios, a mulher, nestes momentos, tem um cheiro que

atrai espíritos maléficos para elas e para os homens que tomam alucinógenos, sobretudo para o xamã ou todo homem em treinamento xamânico. Os maridos das mulheres, nestes momentos, também são contaminados assim como a comida produzida por homens ou mulheres em tais condições. Por isso, contatos com os brancos ou sua comida são sempre suspeitos de serem perigosos. Inclusive, estas crenças a respeito da poluição dos brancos tiveram uma influência significativa no abandono do treinamento xamânico por parte da maioria dos homens mais jovens (Langdon, 1988a). Quase todos os homens têm um certo treinamento xamânico, e a poluição, por causa do contato com os brancos, foi frequentemente apontada pelos índios como responsável por dores de cabeça, dores corporais, e pela própria desistência do treinamento xamânico.

Quando o ancião foi para o posto de saúde comigo, este problema estava presente. Embora não sendo um mestre-xamã, ele sempre estava em treinamento e, assim, particularmente susceptível à poluição dos brancos. Na comunidade indígena, as mulheres grávidas ou menstruadas não podem entrar em sua casa. No posto de saúde, tínhamos que sentar no mesmo banco com uma mulher grávida. O ancião, na procura do tratamento, ficou exposto a um problema preocupante a respeito de sua saúde em geral, tanto como para seu desempenho como xamã.

A questão econômica também tem um papel na procura de tratamento. Os farmacêuticos frequentemente recomendam remédios mais baratos que os receitados pelos médicos. A questão econômica desempenha um papel na escolha dos remédios a comprar. Para os Siona, a viagem ao porto, particularmente se têm que pernoitar, envolve gastos além do custo dos medicamentos. Para ambos os grupos a necessidade de viajar para hospitais mais distantes sempre apresenta problemas econômicos.

Este fator econômico tem que ser relativizado quando se considera a cura xamânica, porque ela pode envolver gastos consideráveis, às vezes mais caros que qualquer outro tratamento. Para os Siona, que têm que fazer longas viagens e ficar vários dias ou semanas com o xamã, os custos se multiplicam bastante. Porém, nestes casos, quando existe a preocupação com a doença e possível morte do paciente, a questão econômica pára de ser um fator determinante.

Finalmente, as redes sociais, incluindo as da família, vizinhos e as redes estabelecidas com os brancos, desempenham um papel importante nas escolhas do tratamento e do especialista em casos concretos de doença.

Conclusões e implicações para uma política de saúde para o índio

Neste trabalho, nosso interesse maior foi a procura de tratamento de sintomas entre dois grupos indígenas da Colômbia. Embora possamos caracterizá-los como "integrados", eles mantêm sua identidade e sua visão do mundo de saúde. Demonstramos que, na procura de aliviar sintomas, se utilizam frequentemente de tratamentos não-tradicionais e que fazem sua escolha baseando-se nas experiências que tiveram com tratamentos anteriores. Os postos de saúde dos brancos são os menos procurados por causa da confluência de fatores inter-étnicos, culturais, sociais, econômicos, e de espaço e tempo.

Esta análise tem relevância para o Brasil e para a formulação de uma política de saúde do índio. Minha experiência em Santa Catarina, entre os Xokleng, Kaingang, e Guarani no Posto Indígena de Ibirama, aponta os mesmos problemas de serviços de saúde e os mesmos fatores determinantes na procura de tratamento (Langdon, s.d.). O posto indígena tem seu próprio posto de saúde, que, idealmente, deve ser atendido por um enfermeiro e incluir serviços como atendimento primário, distribuição gratuita de alguns medicamentos, e aplicação de vacinas. Para os casos graves, os índios viajam para a Casa do Índio em Curitiba. Porém, os serviços da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) são altamente inadequados e desorganizados (Conselho Indigenista Missionário, 1988; Costa, 1989). Faltam muitas vezes remédios e enfermeiros e ignora-se a especificidade cultural dos grupos, assim como seu estado de saúde em geral. Como na Colômbia, os índios de Ibirama tratam-se mais com ervas e automedicam-se com farmacêuticos, e menos com os serviços de saúde em Ibirama ou com médicos particulares. Eles se queixam de receber atendimento diferenciado e inferior ao do branco nestes serviços, por causa dos preconceitos e ignorância em relação à cultura indígena por parte dos profissionais de saúde.

Apesar da caracterização pela FUNAI destes grupos como "integrados", a análise demonstrou que eles, como as outras etnias indígenas, precisam de serviços de saúde orientados às suas especificidades como índios: serviços que tomam em conta seus padrões de epidemiologia, sua visão do mundo, de saúde e de doença, seus costumes e sua organização social. Faz-se urgente a instalação de estruturas médicas dentro da própria comunidade indígena, que funcionem desenvolvendo uma assistência médico-sanitária com a participação da comunidade, treinando e incorporando seus membros nos serviços, e respeitando o saber e o papel do xamã e de outros que

cuidam dos doentes.

Referências bibliográficas

Ackerknecht, E.H.

1985 "Medicina Primitiva: Aspectos Característicos". In: L.G., Ballester (Ed.), *Medicina y Antropologia Social*. Madrid: Akal Editor, pp. 19-30.

Bonfil Batalla, G.

1966 "Conservative Thought in Applied Anthropology: A Critique". *Human Organization* 25:89-92.

Bristol, M.

1965 *Sibundoy Ethnobotany*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Harvard.

Brown, J.W.

1975 "Native American Contributions to Science, Engineering and Medicine". *Science* 189:38-40.

Carneiro da Cunha, M.

1986 *Antropologia do Brasil*. São Paulo: Editora Brasiliense/ EDUSP.

Conselho Indigenista Missionário (CIMI)

1988 "Saúde: Especificidade do Direito dos Povos Indígenas no Contexto das Conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde". *Saúde em Debate*, ed. especial: *Saúde do Índio* (Janeiro):10-11.

Costa, D.C.

1989 "Política Indigenista e Assistência à Saúde". *Ciência Hoje* 10(55):68-73.

Davis, E.W. e J.A. Yost

1983 "The Ethnobotany of the Waorani of Eastern Ecuador". *Botanical Museum Leaflets* 29:159-217.

Elisabetsky, E.

1986 "Etnofarmacologia de algumas tribos brasileiras". In: B. G. Ribeiro

(Coord.), *Suma Etnológica Brasileira*, vol. 1. *Etnobiologia*. Petrópolis: FINEP/Vozes, pp. 135-148.

Erasmus, C.

1952 "Changing folk beliefs and the relativity of empirical knowledge". *Southwestern Journal of Anthropology* 8:411-428.

Foster, G. e B. Anderson

1978 *Medical Anthropology*. New York: John Wiley and Sons.

Gutierrez de Pineda, V.

1961 *La medicina popular en Colombia. Razones de su arriago*. Bogotá: Universidad Nacional (Monografias Sociológicas nº 8).

Langdon, E.J.

1974 *Siona Medical System: Beliefs and Behavior*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Tulane.

1979 "Siona Clothing and Adornment, or You are What You Wear". In: J. Cordwell and R. Schwarz (Eds.), *The Fabrics of Culture: The Anthropology of Clothing and Adornment*. The Hague: Mouton Press, pp. 297-312.

1985a "Terra é Vida: O Caso da Reserva Indígena dos Siona na Colômbia". *Boletim de Ciências Sociais* (USFC) 36:1-11.

1985b "Siona Political Process: Adaptation to External Control". In: J. Ehrenreich (Ed.), *Political Anthropology: Perspectives from Indigenous Cultures of Ecuador*. Albany, New York: Society for Latin American Anthropology/Center for the Caribbean and Latin America, pp. 129-156.

1988a "Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento". *Saúde em Debate*, ed. especial: *Saúde do Índio* (Janeiro):12-15.

1988b "Procesos Interétnicos que Influencian la Supervivencia de los Chamanes: Un Análisis Comparativo". Trabalho apresentado no 46º Congresso Internacional de Americanistas, Amsterdam.

s.d. "Saúde: Um Fator Ignorado numa Situação de Mudança Rápida - A Situação da Reserva Indígena Ibirama e a Construção da Barragem". Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina/Pós-Graduação em Antropologia (mimeo).

Langdon, E.J. e R. MacLennan

1979 "Western Biomedical and Sibundoy Diagnosis: An Interdisciplinary Comparison". *Social Science and Medicine* 13B:211-219.

Lobo-Guerrero, M. e X. Herrera

1989 *Los Programas de Atención Primária em Comunidades Indígenas: Esfuerzos, opiniones y necesidades del personal de salud*. Bogotá: Fundación ETNOLLANO (Serie avances de investigación n°1).

Logan, M.

1973 "Digestive Disorders and Plant Medicinals in Highland Guatemala". *Anthropos* 68:537-547.

Lucier, C.V.

1971 "Medical Practices and Human Anatomical Knowledge among the Noatak Eskimos". *Ethnology* 10:251-284.

McCullough, J.

1973 "Human Ecology, Heat Adaptation and Belief Systems: The Hot-Cold Syndrome of Yucatan". In: Logan, M. e E. Hunt (Eds.), *Health and the Human Condition*. North Scituate (Mas): Duxbury Press, pp.241-245.

Ortiz de Montellano, B. e C. Browner

1985 "Chemical Bases for Medicinal Plants Use in Oaxaca, Mexico". *Journal of Ethnopharmacology* 13:57-88.

Pereira, R.B.

1989 "Xamanismo e medicina". *Ciência Hoje* 9(50):40-47.

Press, I.

1971 "The Urban Curandero". *American Anthropologist* 73:741-756.

Ramírez de Jara, M.C. e C. E. Pinzón

1986 "Los hijos del bejuco solar y la campana celeste. El yagé en la cultura popular urbana". *América indígena* XLVI(1):101-116.

Reichel-Dolmatoff, G.

1961 *The People of Aritama*. Chicago: University of Chicago Press.

Seijas, H.

1969a *Medical System of the Sibundoy Indians*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Tulane.

1969b "El susto como categoria etiológica". Trabalho apresentado no 68th. Annual Meeting of the American Anthropological Association, New Orleans.

Sindzingre, N. e A. Zempléni

1981 "Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire". *Social Science and Medicine* 15B(3):279-295.

Taussig, M.

1980 "Folk Healing and the Structure of Conquest in Southwest Colombia". *Journal of Latin American Lore* 6(2):217-278.

Young, A.

1976 "Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology". *American Anthropologist* 78(1):5-24.

MEDICINA TRADICIONAL E OCIDENTAL NO ALTO RIO NEGRO

O papel dos rezadores em São Gabriel da Cachoeira

Antônio Maria de SOUZA SANTOS()*

*Margarida Elizabeth de MENDONÇA LIMA(**)*

Introdução

Situada no noroeste do Estado do Amazonas, na fronteira com a Venezuela e a Colômbia, a região do Alto Rio Negro é uma grande “província etnográfica” onde habitam vários grupos indígenas, de famílias lingüísticas distintas (Tukano, Aruak e Makú), que formam um verdadeiro “emaranhado cultural”, com várias formas de contato intertribal e inter-étnico e em diferentes graus de aculturação e integração com a sociedade nacional dentro da “Área Cultural Norte-Amazônica” (Galvão, 1979).

São Gabriel da Cachoeira, sede do município homônimo, é uma espécie de “capital regional” do Alto Rio Negro, devido ser o único núcleo populacional de maior expressão naquela área do Estado do Amazonas. Cidade-forte inicialmente (em 1760 foi ali construído um forte), entreposto comercial, base da ação missionária, e ultimamente ponto de apoio para a implantação de programas oficiais de desenvolvimento, como o Projeto

(*) Antropólogo, Pesquisador do Departamento de Ciências Humanas, Museu Paraense Emílio Goeldi; Professor Adjunto de Antropologia da Universidade do Estado do Pará.

(**) Enfermeira, Assistente de pesquisa no projeto “Medicina tradicional e ocidental no Alto Rio Negro” do Museu Paraense Emílio Goeldi.

Calha Norte, por exemplo.

A partir de 1973 esta pequena sede municipal passou a servir de base operacional para a implantação de uma etapa da Rodovia Perimetral Norte (BR-210). Este fato deu ensejo a toda uma mobilização, característica dessas novas frentes de trabalho, com a instalação no local de várias empresas construtoras, e várias entidades, bem como a presença de trabalhadores, militares, e indígenas procedentes dos vários povoados do Alto Rio Negro. Com isso a população da cidade que não passava de 3000 pessoas, duplicou, apresentando uma composição multiétnica.

Numa visão panorâmica da população da cidade, podemos distinguir quatro segmentos: os habitantes mais antigos (missionários e comerciantes, principalmente), os migrantes nordestinos (e de outras regiões), os indígenas e, enfim, o contingente militar, que é essencialmente transitório. Uma população branca "etnizada" (cabocla) permeia várias dessas faixas populacionais.

Segundo um levantamento feito através de Pesquisa Domiciliar (1983), 77.5% da população de São Gabriel da Cachoeira são constituídos por moradores da região do rio Negro. Destes, a maioria (70%) são indígenas procedentes das áreas ribeirinhas que chegaram nesta cidade com o "boom" da estrada, passaram a morar na cidade ou a visitam com certa frequência, e que pertencem aos seguintes grupos: Baré, Baniwa, Tukano, Piratapua, Tariano, Desana, Karapanã, Arapasso, Uanano, Kamã, Barasano, Kobewa. Os 7.5% restantes dos moradores do Rio Negro são representados por brancos que se consideram como "filhos do lugar", que vivem há bastante tempo em São Gabriel e são geralmente unidos a mulheres do lugar. É o caso dos antigos comerciantes. Por fim, os demais 22.5% da população da cidade são os migrantes nordestinos e outros brancos recentes no lugar.

A população indígena encontra-se um tanto disseminada pelas várias ruas de São Gabriel; todavia, é possível localizar alguns pontos de maior concentração desses moradores, como é o caso dos aglomerados Irã-Iraque e o bairro da Praia, e de modo especial a assim conhecida Rua Nova.

Os moradores indígenas de São Gabriel mantêm uma estreita ligação com seus povoados de origem, para onde voltam com certa frequência e também de onde recebem visitas de parentes. Por outro lado, mesmo no âmbito local, esses moradores participam de atividades tradicionais como o trabalho na roça e artesanato, bem como mantêm as mais variadas tradições culturais indígenas.

O "sistema local de saúde" é representado por um "pluralismo médico",

coexistindo procedimentos terapêuticos heterogêneos. De um lado, a medicina ocidental, representada pelo hospital e os profissionais de saúde que ali atuam e, secundariamente, pelo Posto de Saúde Municipal, o distrito local da Superintendência de Campanha de Saúde Pública (SUCAM), a "Casa do Índio" da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e a Missão salesiana. De outro lado, a medicina tradicional, representada pelo xamanismo, o herbalismo, o culto dos santos, e sobretudo os rezadores (versão local do xamã das aldeias).

Os recursos da medicina ocidental e a comunidade indígena

Os recursos da medicina ocidental presentes em São Gabriel da Cachoeira têm no hospital local (Unidade Mista) o seu principal ponto de referência. Funciona sob a direção da Secretaria de Saúde do Amazonas (SESAU) desde 1982, embora esta Secretaria já apoiasse anteriormente o referido hospital, cujo prédio pertence à Missão salesiana.

O Posto Médico Municipal teve sua instalação durante os anos 70, por ocasião do auge da construção de estradas. Seu funcionamento, porém, não é regular. Em períodos eleitorais se intensificam as visitas às comunidades ribeirinhas, para prestação de assistência médico-odontológica. Por um curto período de dois anos, entre 1983 e 1984, prestou assistência às comunidades dos rios "de cima" e "de baixo" de São Gabriel. Era a época em que o município contava com o apoio do Projeto Rondon, através de um campus avançado instalado na cidade, que recebia estudantes das Universidades de Pernambuco e Amazonas. O atendimento às pessoas da cidade é esporádico. Há fases em que o atendimento é razoável, em outras é precário ou inexistente.

A atuação do subdistrito da SUCAM local tem, por finalidade precípua o combate à malária e febre amarela, através da vigilância epidemiológica, borrifação de DDT, coleta de lâminas e tratamento dos doentes. Os guardas, quando viajam pelo interior, atendem também a casos de gripe, febre, diarreia, etc. uma vez que em muitos casos, são os únicos agentes de saúde a atingirem locais de difícil acesso. Colaboram também na campanha nacional de vacinas (pólio e tríplice-DTP). A coleta de lâminas para pesquisa de plasmodium é realizada sistematicamente, tanto nos deslocamentos ao interior, como na área da sede municipal.

A FUNAI possui uma delegacia em São Gabriel em cujo quadro funcional estão alguns profissionais de saúde; todavia, é uma situação bastante

instável, uma vez que não há um trabalho sistemático de assistência à saúde. Além da sede, há uma “Casa do Índio” distante 7 km do centro, funcionando de maneira improvisada num conjunto de 6 casas, anteriormente pertencentes a uma empresa construtora.

Os índios doentes são encaminhados à “Unidade Mista” onde, dependendo de seu estado, podem permanecer por mais ou por menos tempo. Se for o caso de tratamento ambulatorial, voltam para ficar na “Casa do Índio”. Em caso de tratamento cirúrgico ou complicações graves, são encaminhados pelo médico da Unidade ou da FUNAI para Manaus, indo diretamente à “Casa do Índio” daquela cidade, localizada no km25 da rodovia Manaus-Itacoatiara, ou ainda para o hospital de referência, na mesma capital. A permanência em Manaus pode-se prolongar por muito tempo, uma vez que a “Casa do Índio” está quase sempre lotada.

A Missão salesiana, desde sua implantação na região do Alto Rio Negro em 1914, vem também atuando na área de saúde, até porque, durante um longo período de tempo, era ela a única instituição da sociedade nacional ali presente. A missão-centro apresenta em sua infra-estrutura o complexo: igreja, colégio, hospital, além de campo de futebol e pista de pouso.

Em toda a região do Alto Rio Negro existem 7 postos de saúde pertencentes à Missão salesiana, sendo dirigidos por religiosos, médicos e enfermeiras das mais variadas nacionalidades.

A nível da sede municipal a atuação da Missão no campo da saúde se fez notar antes dos anos 70 quando, anexo ao prédio da Missão, funcionava o hospital N.S. Auxiliadora. Em 1973 a Missão iniciou a construção do hospital atual (Unidade Mista) já referido anteriormente, com planta vinda da Itália. O término da construção do prédio culminou com a chegada do Batalhão de Engenharia e Construção do Exército (BEC) à cidade, passando o hospital a ser administrado na quase totalidade por militares, recebendo apoio da SESAU e do FUNRURAL. Com o passar do tempo, o antigo hospital N.S. Auxiliadora, das freiras, foi desativado.

As instituições referidas acima atendem a todos os habitantes de São Gabriel da Cachoeira, de um modo geral. Todavia, os moradores “da região”, e em especial os índios, só procuram os profissionais da medicina ocidental, após tentarem os meios tradicionais de tratamento. O caso do parto é bastante ilustrativo. A parturiente tem normalmente um filho, com a ajuda da mãe ou da sogra, do marido, ou sozinha. A partir do segundo filho, pode acontecer que muitas delas procurem o hospital, para “parir como branco”. Tanto no parto domiciliar quanto no hospitalar, a atuação do reza-

dor é fundamental. Todas as mulheres gestantes procuram o rezador antes do parto para que ele “reze” e “ajeite a criança” (para facilitar o trabalho do parto). Mesmo quando procuram o hospital, muitas vezes na hora do parto, descem da mesa ginecológica para dar luz de cócoras, apoiadas na “escadinha” do consultório, seguindo de algum modo a prática tradicional.

Mesmo dentro do hospital é comum a presença clandestina do rezador. Os familiares do paciente costumam levar a ele objetos benzidos pelo rezador. O próprio rezador também pode ir discretamente ao hospital fazer suas rezas.

Com base em levantamento nos registros de altas hospitalares da Unidade Mista de São Gabriel, no período compreendido entre 1982 e 1985, constatou-se que 54% dos atendimentos médicos foram dados a pacientes provindos das mais diversas localidades da região do Alto Rio Negro. Os restantes 46% se referem aos moradores da cidade, entre os quais se incluiriam ainda alguns pacientes oriundos dos povoados indígenas e que utilizam endereços provisórios de parentes, amigos, ou da “Casa do Índio” da FUNAI.

Muito embora o percentual de atendimento a pessoas de fora (localidades do Alto Rio Negro) seja maior, deve-se levar em conta que, conforme vimos antes, apenas 22% dos moradores da cidade são brancos, o que vale dizer que proporcionalmente é alto o índice de atendimentos a estes pacientes no hospital local. Deve-se levar em conta também que os limites municipais de São Gabriel compreendem um raio de 112.255 km² e o atendimento se estende também ao município de Santa Isabel, que fica a jusante.

De uma maneira ou de outra, o hospital recebe tanto pacientes “brancos”, como “da região”, embora a preferência e a facilidade de acesso seja para funcionários públicos, familiares de militares, parentes e amigos de funcionários. Com isso, os demais pacientes “da região” que procuram eventualmente o hospital, terão que chegar cedo e disputar as poucas fichas disponíveis.

É importante mencionar novamente que os pacientes indígenas, via de regra, procuram antes os recursos da medicina tradicional, para depois, se for o caso, procurarem o hospital. No caso dos indígenas residentes em São Gabriel e dos demais moradores “da região”, a procura é pelo rezador, e no caso dos moradores dos povoados, o xamã. Neste caso, após recorrer aos recursos próprios da comunidade e esgotados os procedimentos tradicionais, é que aceitam o encaminhamento da FUNAI, Missão salesiana e, mais recentemente, das empresas mineradoras.

Podemos frisar como fatores que contribuem para o retraimento à procura da medicina ocidental por parte dos indígenas:

- as distâncias entre os povoados indígenas e a cidade;
- a dificuldade de acesso ao sistema de saúde institucional;
- a prática e o uso da medicina tradicional e a forte credibilidade no rezador e no xamã.

Representações tradicionais da doença e medicina tradicional em São Gabriel

1. REPRESENTAÇÕES TRADICIONAIS DA DOENÇA

Entre os moradores “da região”, além das doenças comuns “de branco”, podem-se manifestar várias situações de desordem no estado de saúde, atribuídas a causas não-naturais e que merecem cuidados tradicionais específicos, principalmente com a atuação do rezador. Entre outras, podemos mencionar as seguintes:

a) Encantamento/área

Atribuído à criança que apresenta diarreia, choro frequente, falta de vontade de se alimentar, etc... Essa doença é provocada pela transgressão, por parte dos pais, das restrições e proibições alimentares e de atividades a observar depois do nascimento da criança. Conhecemos um caso em que a criança ficou doente por encantamento porque a sua mãe tinha comido a carne de um animal de casco (tatu) durante o período de resguardo. Num outro caso semelhante, uma criança ficou doente porque seu pai havia caçado macaco da noite antes do fim do período de resguardo de sua mulher, e se alimentado com a carne desse animal. A área (*ar* em Nheengatu) apresenta sintoma semelhante, acrescido do fato de que pode vir pelo ar e atingir a criança com menos de 7 meses, por meio de espíritos de animais como: preguiça, veado, preá, etc.

b) Quebranto

Ocorre em crianças com poucos anos, com sintomas de espichadeira frequente, diarreia, choro frequente, babando muito, dormindo muito, aborrecido. Geralmente a causa desse mal-estar é atribuída a um adulto que inveja ou reina (“faz malineza”) com a criança.

c) Mau-olhado

Semelhante ao quebranto, com a diferença porém que é provocado pelo olho de uma pessoa e pode atingir além de crianças, também os adultos, causando-lhes má sorte na vida, estafa, dor de cabeça, etc.

d) Envenenamento

Em si não é uma doença, mas a causa de um mal-estar físico que pode levar até a morte. É feito com o intuito de prejudicar uma pessoa, por vingança, maldade, etc. O veneno é preparado com certo tipo de erva e colocado na comida, bebida, ou algo que vá estar em contato com o corpo da vítima. Os sintomas são: vômitos incorcíveis, alguns com sangue apresentando odor característico, ou, ainda, diarréia sangüinolenta. Há uma pessoa em São Gabriel da Cachoeira referida como conhecedora do antidoto ao envenenamento (ver *infra*).

e) Cobrelo

Dermatose conhecida na medicina ocidental como herpes zoster, causada pelo contato direto da pele da pessoa com lagarta, lagartixa, cobra, inseto, sapo, aranha, etc. O contato pode ser também através de roupa. Segundo os rezadores, a forma do cobre-lo na pele é semelhante ao animal que o causou. A reza tem a função de cortar a cada vez uma parte do corpo do animal. É fundamental não deixar a cabeça encostar com o rabo, o que causaria a morte do doente.

As doenças acima mencionadas e os demais problemas de saúde ligados à tradição “da região” são tratados principalmente pelos rezadores. Há 14 rezadores famosos em São Gabriel (ver *infra*).

2. PERFIL DOS REZADORES

Os especialistas “da região” que tratam dos problemas de saúde em São Gabriel não são conhecidos como pajés, e sim como rezadores. A designação de pajé é reservada aos especialistas xamãs que vivem nas aldeias e povoados da bacia do Uaupés e rio Içana, ou seja, em toda a área indígena do Alto Rio Negro.

Os rezadores e a população “da região” consideram os pajés “de cima” (à montante da sede: aldeias) como mais poderosos, sendo inclusive chamados para solucionar casos mais difíceis de doença. Contou-nos uma senhora que, certa vez, chamou três pajés que realizaram um trabalho conjunto de cura, diante de uma situação complicada de doença.

Os rezadores conhecem diferentes tipos de pajés e os indicam para casos especiais. São designados pelos seguintes nomes:

a) “Aquele que joga água”

É o mais próximo da figura do xamã indígena tradicional. Pode livrar o paciente de um mal localizado, como por exemplo, problema na garganta, no joelho, etc.

b) “Aquele que usa maracá”

Semelhante ao anterior; é tido como um pajé mais antigo e, portanto, de ações mais eficazes nas curas.

c) “Pajé sacaca”

É um personagem envolto em mistério. Nunca se sabe exatamente quem é um sacaca. Tem poderes sobrenaturais de se transformar em outros seres da natureza, bem como pode encantar-se no fundo dos rios; isto é, pode passar algum tempo nesses lugares que são, em geral, descritos como bonitos e fartos.

A profissão de rezador não parece se restringir a um sexo específico como é o caso dos pajés do Alto Rio Negro, que são sempre homens. Dos 14 rezadores mais conhecidos em São Gabriel, 5 são mulheres.

Alguns rezadores continuam se aperfeiçoando junto aos xamãs indígenas das aldeias, bem como, em alguns casos, junto a espíritas, pais e mães de santo, fora de São Gabriel. Alguns deles informaram terem já frequentado centros mediúnicos na Venezuela e em Manaus.

A prática terapêutica se baseia principalmente na recitação de orações, em banhos de ervas, chás, massagens e cerimônias específicas. A prática de rezar parece ser bastante disseminada, principalmente entre pessoas mais idosas. É muito comum ouvir dizer que determinada pessoa “sabe rezar”, mesmo sem estar incluída no elenco de rezadores famosos e conhecidos.

A presença das Missões salesianas na região do Alto Rio Negro, há mais de 70 anos, fez com que se estabelecesse uma forte tradição católica que se reflete também nos procedimentos de cura dos rezadores, haja visto que são recitadas além das rezas próprias para debelar determinadas doenças, também orações cristãs, como Pai Nosso e Ave Maria, por exemplo. Vejamos a seguinte reza proferida por um rezador para “tirar dor de cabeça”:

“Acabe essa doença se for com olho que te deram ou então broca o outro excomungado; se for dois que te deram que tirem com três pessoas da Santíssima Trindade Glória Espírito Santo”.

Se reza umas duas vezes, seguida de Pai Nosso Ave Maria e Glória ao Pai.

O rezador enfeixa nas suas práticas elementos de xamanismo indígena/culto dos santos/herbalismo, não havendo especialistas para cada um destes campos, especificamente. De outra feita, além das práticas de cura das doenças, ele pode assumir outros papéis em relação a determinadas situações pessoais. A prática do sopro, por exemplo, é um outro tipo de trabalho que determinados rezadores sabem fazer. Pode ser benéfico ou maléfico. No primeiro caso, chama-se puçanga, e no segundo caso é um tipo de feitiço. Há especialistas para cada uma destas práticas.

A puçanga é feita mais especificamente para resolver casos amorosos, com o objetivo de solucionar com o auxílio desta, os insucessos na conquista amorosa ou reatar com parceiros e cônjuges. Para fazer uma puçanga o rezador requisita um vidro de perfume, de preferência e uso do interessado, retira parte do líquido e acrescenta: flores, folhas, cascas de paus e pedras encantadas. Passa, então, a rezar por alguns dias no material, atribuindo poderes atrativos no perfume, cujo aroma ajudará a atrair a pessoa amada.

O sopro maléfico ou feitiço é feito em roupas, bebidas e, mais comumente, em carteira de cigarro. O rezador, em posse do material, com o nome da vítima a quem o sopro é dirigido, passa alguns dias preparando-o. Os efeitos e o grau de consequência são imprevisíveis. Em São Gabriel é referido o caso de um Tenente do Batalhão do Exército que, por ser muito rígido com seus subalternos, foi vítima de um sopro por parte de um soldado indígena, tendo aquele oficial sido afetado com problemas mentais.

Os rezadores mais conhecidos em São Gabriel são os seguintes:

- *Zózimo*: Nasceu na Ilha das Flores, próximo de São Gabriel, de mãe “da região” e pai cearense. É considerado o rezador mais famoso do lugar. Tem 63 anos e trabalha desde os 18 anos de idade. Sua atuação consiste não apenas em tratar as doenças, como também em rezar nos partos. É também prático de embarcação (orienta os pilotos nas viagens). Fala Nheengatu (língua geral).

- *Delvira*: Esposa de Zózimo. Nasceu em São Gabriel. A mãe era Baniwa e o pai branco. Tem 60 anos. Ajuda o marido nos trabalhos de rezador. Fala Nheengatu.

- *Odília*: Nasceu na Ilha de Mariuá (município de Barcelos), de pai de origem venezuelana e de mãe de Tapuruquara (município do médio Rio Negro). Tem 56 anos. Casou-se aos 12 anos de idade. Deixou a companhia de sua mãe aos 19 anos, residindo por muito tempo em Barcelos. Já morou na Venezuela e também em Manaus. Fala Nheengatu.

- *Quintina*: Nasceu em São Gabriel. Tem 56 anos. É filha de pai português e de mãe Baré. Fala Nheengatu. É mãe de 11 filhos. Iniciou sua prática de rezador aos 25 anos. É parteira. Conhece o uso de plantas para apressar o parto. Segundo ela, em São Gabriel, ainda se praticam muitos envenenamentos. Realiza com frequência trabalhos para resolver casos amorosos (puçangas).

- *Luzia*: Índia Baniwa, aparentando 70 anos. Só sabe falar Nheengatu. É uma rezadora muito solicitada pelos moradores “da região” e por brancos também. Assistimos a um trabalho seu de reza sobre a cabeça de uma pessoa que se dizia com dor de cabeça. Rezava sussurrando palavras em Nheengatu, soprando de vez em quando sobre a cabeça da pessoa doente.

- *José*: Índio Tukano, aparentando 45 anos. É conhecido como benzedor. Benze as crianças sempre com a ajuda de um livro. Fala Tukano e Nheengatu.

- *Ademar*: É funcionário do hospital local. Tem 59 anos e é filho de pai Baniwa e mãe Tariana. Sua carreira de rezador iniciou aos 23 anos, tendo como mestre o seu pai que o ensinou todo o que sabe hoje. Com o tempo, vem se aperfeiçoando com a leitura de livros de orações. As pessoas que mais o procuram são as mães de crianças que, segundo ele, são as maiores vítimas, uma vez que por serem fracas, recebem todas as descargas de raiva dos adultos e maus-olhados. Fala Nheengatu.

- *Irineu*: Morador da Ilha de Chicantá. Tem 77 anos; é filho de pai cearense e mãe Baniwa. Fala Nheengatu. Conta que aprendeu as orações com um velho cigano, auxiliado por um livro que este lhe deu. Fez também contato

com índios residentes em Manaus.

- *Manoel*: Rezador/espírita. Tem 62 anos. Prescreve banhos e benze quebranto, mau-olhado, desmentidura. É filho de pai sábio e mãe cabocla do Amazonas. Corre voz na cidade que este rezador e sua esposa sabem fazer trabalhos maléficis: “mata através de reza”. Fala Nheengatu.

- *Maria*: Esposa de Manoel. Tem 50 anos. Seu pai é maranhense e sua mãe “da região”. Ajuda o marido nos seus trabalhos. Fala Nheengatu.

- *Celestino*: Nascido em Santa Isabel (Rio Negro). Tem 60 anos. Fala Nheengatu.

- *Alberto*: Índio Tukano de 43 anos. Reza em crianças. Faz trabalhos de sopros. Fala Tukano.

- *Armando*: Índio Tukano de 46 anos. É funcionário do hospital local. Muitas vezes atende no próprio hospital, principalmente à noite, atendendo a pedidos de pacientes. Fala Tukano.

- *Leger*: Índio Baré de 50 anos. É bastante conhecido na cidade de São Gabriel por seus trabalhos de combate a envenenamentos. Fala Nheengatu.

Considerações finais

Como foi possível verificar neste trabalho, a população indígena de São Gabriel não é homogênea. Ao lado dos índios da família lingüística Tukano, estão outras etnias e sobretudo uma grande maioria de falantes da língua geral (Nheengatu).

O fato urbano e a aquisição da cidadania pelos índios os colocam diante de uma nova realidade que afeta as representações culturais tradicionais, entre as quais a relação saúde/doença. Embora nesta situação de ambigüidade percebe-se ainda uma forte ligação com as raízes culturais indígenas. Mesmo quando o índio reconhece algum procedimento da medicina ocidental, não deixa de visualizá-lo sob a ótica de sua tradição cultural, como podemos verificar nas seguintes observações:

“A vacina é como se fosse um benzimento, ajuda a evitar muitas

doenças feias” (índio Tukano).

“Esses curadores que sabem mesmo rezar são igual raio X, dizem exatamente o que é a doença, se é doença mesmo ou alguma coisa que fizeram para nós” (índio Baniwa).

E, finalmente, uma reclamação genérica dos moradores indígenas de São Gabriel “No hospital não tem reza!”. Esta frase, por si só, resume toda a contingência em que vive o indígena em São Gabriel, na condição de doente. Se o hospital não tem reza, ele procura fazer com que tenha.

Referência bibliográfica

Galvão, E.

1979 “Áreas culturais indígenas do Brasil: 1900/1959”. In: E. Galvão, *Encontro de Sociedades. Índios e brancos no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S.A. (Coleção Estudos Brasileiros vol. 29), pp. 193-228.

**A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO DOS
SISTEMAS MÉDICOS: PROBLEMA E
PERSPECTIVAS**

A QUESTÃO DA INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS MÉDICOS: PROBLEMA E PERSPECTIVAS. UMA INTRODUÇÃO

Dominique BUCHILLET

O fracasso generalizado das políticas sanitárias, principalmente em matéria de prevenção e medicina de massa, manifestado, notadamente, na alta incidência de grandes endemias e nas taxas elevadas de morbi-mortalidade infantil, tem, ao menos, o mérito de nos fazer lembrar de duas coisas. Em primeiro lugar, que a introdução da medicina ocidental nos países em desenvolvimento não vem preencher um vazio: todas as sociedades, no mundo inteiro, dispunham de meios eficazes para enfrentar e resolver seus problemas de saúde antes da introdução e disseminação da medicina ocidental; em segundo lugar, que as medicinas tradicionais constituem o principal recurso sanitário para mais de dois terços da população mundial e isso apesar da presença de estruturas médicas ocidentais.

A consideração tardia desta realidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), aliada ao custo exorbitante dos projetos de desenvolvimento sanitário (devido à formação de médicos e pessoal de saúde, à implantação de infra-estruturas biomédicas, ao preço e quantidade de remédios a fornecer, etc.) conduziu esta organização internacional, há mais de 10 anos, a reavaliar e reorientar suas diretrizes em matéria de planejamento sanitário, na busca de soluções alternativas ou intermediárias que levariam melhor em conta as realidades locais, as particularidades culturais; em poucas palavras, que seriam melhor adaptadas aos países em desenvolvimento e, assim, desta maneira, poderiam encobrir o caráter imposto e exógeno da biomedicina.

cina. Não se trata mais aqui de conceber as políticas sanitárias em termos de implementações sanitárias (que atingem, aliás, somente uma porção reduzida da população destes países) e de formação de pessoal médico especializado, mas de procurar as modalidades de articulação da biomedicina com os recursos terapêuticos já existentes. Ou seja, de buscar soluções apropriadas, de modo a promover um desenvolvimento sanitário endógeno.

Essa nova orientação da política sanitária da OMS representou, como pode-se bem imaginar, uma verdadeira revolução para os Estados membros desta organização. Com efeito, quando a promoção da saúde mundial era pensada como um simples problema de transferência de tecnologia médica e de formação de pessoal especializado, seus responsáveis ignoravam completamente as medicinas tradicionais, para os quais elas não somente nada tinham a ver com a “verdadeira medicina” (ou seja, a medicina ocidental) mas constituíam, pelo contrário, neste aspecto, obstáculos culturais a sua implantação; obstáculos que se tratava eventualmente de erradicar.

As novas diretrizes da OMS, destinadas a realizar seu objetivo de levar “a saúde para todos no ano 2000”, consistem essencialmente em privilegiar a “atenção primária em saúde” (fórmula consagrada na ocasião da Conferência de Alma Alta organizada pela OMS e pela UNICEF em 1978) através da instalação de redes de cuidados e agentes primários de saúde - capazes de fornecer prestações elementares de cuidados e promover a saúde através da educação sanitária e da introdução de noções básicas de higiene -, assim como da participação das comunidades locais na resolução de seus problemas. Esta reorientação da política sanitária da OMS implica também que os Estados beneficiários das implementações médicas não sejam mais considerados como os receptores passivos de um desenvolvimento sanitário planejado nas grandes cidades norte-americanas ou européias, mas, ao contrário, como artesãos ativos desse desenvolvimento: o melhoramento da situação sanitária de suas populações devendo constituir uma das suas prioridades estratégicas de desenvolvimento.

Se, a primeira vista, as novas orientações da OMS - atenção primária em saúde e participação comunitária - parecem louváveis, elas, no entanto, suscitaram imediatamente aos administradores de saúde dos países em desenvolvimento duas séries de perguntas, de ordem cultural e prática, que demonstram que tais orientações não são isentas de ambigüidade, para não dizer de etnocentrismo. Em primeiro lugar, de que recursos humanos se refere? Esses novos agentes de saúde devem ser escolhidos em suas comunidades? Devem ser selecionados entre os curadores tradicionais? No caso posi-

tivo, como identificá-los e selecioná-los? Perguntas essas que levam naturalmente à questão das normas de reconhecimento da eficácia das práticas terapêuticas tradicionais. A OMS recomenda assim aos governos locais de procederem a uma avaliação séria da eficácia dessas práticas, de modo a valorizar as técnicas vistas como eficazes e rejeitar as consideradas nocivas, perigosas ou ineficientes, tomando como parâmetro, evidentemente, a eficácia biomédica. Nessas condições, será que podemos falar de integração da medicina tradicional nos sistemas oficiais de saúde, quando a medicina ocidental outorga-se o direito de julgar a eficácia e a legitimidade das medecinas tradicionais e de compartimentá-las em saberes e práticas susceptíveis de serem melhorados e, em alguns casos, descartados, por serem, na sua ótica, perigosos, ou ao menos, totalmente desprovidos de eficiência?

Será que a OMS, com essa concepção, demonstra uma conscientização do valor real das medecinas tradicionais? Ela não reduz também sua contribuição a uma eficácia puramente material, concebida nos termos mesmos da eficiência biomédica? As diretrizes da OMS concorrem, de fato, a preservar nas chamadas medecinas tradicionais saberes e práticas que se assemelham aos da biomedicina, saberes e práticas estes susceptíveis de serem melhorados, tais como os saberes botânicos, por exemplo. Neste caso, seria correto falar de “revalorização” das medecinas tradicionais quando, na realidade, trata-se de colocar entre parênteses os saberes e práticas considerados pela biomedicina como “mágico-religiosos”, de modo a separar o embrião de pré-ciência de seu envoltório irracional? Devemos, sim, reconhecer que a chamada valorização das medecinas tradicionais pregada pela OMS opera-se mais na base de uma redução ou desvalorização destas.

A segunda série de perguntas que foram estimuladas pelas novas normas da OMS dizem respeito às modalidades organizacionais e jurídicas de integração destes agentes de saúde tipo curadores tradicionais nos sistemas de saúde oficiais, tais como: Que tipo de formação deve-se dar a eles e quais funções devem cumprir em suas comunidades: fornecer cuidados elementares de saúde? prestar educação sanitária? ter uma função de prevenção? Quem deve controlar sua prática e a que código de deontologia eles devem submeter-se? Quem deve pagar seus serviços? Quais são (ou serão) as relações destes agentes de saúde com os governos nacionais? Qual é o futuro das medecinas tradicionais no contexto de sua utilização pelos serviços de saúde oficiais?

Optei, na introdução deste simpósio, em apresentar os problemas que podem ser suscitados pela reorientação da OMS em relação ao planejamento

sanitário, problemas estes que me parecem mostrar toda a ambigüidade das diretrizes da OMS. Os trabalhos aqui apresentados tragam, como poderá-se apreciar, elementos de respostas a esses problemas.

MEDICINA TRADICIONAL Y MEDICINA INSTITUCIONAL: EL PROMOTOR DE SALUD INVESTIGA LOS PUNTOS DE CONFLICTO

Xochitl HERRERA(*)

Introducción

Como en muchos otros países, las minorías étnicas rurales constituyen en Colombia uno de los grupos más vulnerables de la población⁽¹⁾. La patología que muestran muchas de estas comunidades es la característica de las zonas pobres marginadas: altos niveles de desnutrición, una gran mortalidad infantil por diarreas e infecciones respiratorias agudas, y una elevada incidencia de tuberculosis, paludismo y enfermedades de la piel.

Esta sombría situación sanitaria no es sin embargo producto de una supuesta incapacidad histórica de estos pueblos en el campo de la salud; está asociada más bien con una historia de marginamiento, colonización y despojo de sus tierras, que ha afectado profundamente sus medios ecológicos, sus estructuras demográficas y organizativas, y sus bases materiales de sub-

(*) Antropóloga, Coordinadora de la Sección de Salud de la Fundación ETNOLLANO.

(1) Los materiales sobre los cuales se basa esta ponencia provienen de un programa de investigación participativa en salud implementado entre 1986 y 1988 por la fundación ETNOLLANO. El programa, desarrollado en la región de la Orinoquia colombiana, contó con el apoyo de la Fundación Interamericana, Colciencias y el Servicio Seccional de Salud del Vichada. Este texto resume algunos aspectos del trabajo "*Investigación Participativa en salud. Una experiencia con promotores Sikuaní*", ETNOLLANO, 1990.

sistencia. Como lo sugieren los resultados de varios estudios recientes, los sectores de estas minorías que muestran mejores niveles de salud son precisamente aquellos pocos que han tenido un menor contacto con la sociedad dominante (Neel, 1977; Lightman, 1977; Kroeger & Barbira-Freedman, 1982).

Pero incluso en los casos en los que el contacto ha sido prolongado, muchas de las comunidades han buscado mantener a toda costa su identidad cultural, y junto al derecho a conservar sus tierras reivindican el derecho a mantener sus lenguas y sus costumbres, a desarrollarse según sus propios proyectos culturales y a recibir una educación y una atención en salud respetuosas de sus valores y su medicina tradicional. Hasta tal punto han tomado fuerza estos movimientos en las últimas dos décadas, que han obligado a revisar el concepto de nacionalidad imperante hasta hace poco y basado en una supuesta necesidad de homogeneizar la población de acuerdo a un mismo y único patrón cultural. Hoy se abre paso sin duda un nuevo concepto de nación pluricultural en muchos países de América Latina.

Para las agencias estatales y privadas que trabajan en el campo de la salud, la diversidad cultural se ha convertido en un problema. Muchos, con una óptica rígida y técnica de la atención en salud, han terminado por ver aquí sólo obstáculos. Otros, con un criterio más amplio, ven en esta diversidad cultural recursos potenciales importantes pero difíciles de articular. Para unos y otros, en todo caso, se ha convertido en una necesidad la búsqueda de mecanismos que permitan adaptar los programas a las distintas situaciones culturales del país, con el fin de poder corresponder a las expectativas de estas poblaciones y minimizar los efectos del choque cultural.

Desde 1958 viene funcionando en Colombia el programa nacional de promotores rurales de salud, concebido por un grupo de médicos de la Universidad de Antioquia con el fin de capacitar personas que pudieran servir de enlace entre los organismos institucionales y las comunidades beneficiarias. Aunque originalmente este programa se diseñó para atender los problemas de la población campesina, poco a poco, a través de la Dirección de Participación de la Comunidad del Ministerio de Salud creada en 1974, se fue estableciendo la necesidad de que estos nuevos agentes de salud contribuyeran a disminuir las barreras socio-culturales que se interponían entre las comunidades indígenas y los servicios estatales de salud.

Dentro de la perspectiva de lograr una mejor comunicación comunitaria-institucional, el promotor de salud se ha convertido en un personaje importante. Al ser una persona de la comunidad que comparte su forma de pensar

y de vivir, se espera que al vincularla al equipo de salud se logre obtener un buen enlace con las comunidades beneficiarias, superándose así las barreras socio-culturales existentes. Sin embargo, pese a la validez de estos propósitos, existen aún muchas dudas sobre el papel que los promotores indígenas vienen cumpliendo por el desarrollo de la salud de sus comunidades.

Un esquema rígido para gente muy diversa

Una de las fallas de este programa se encuentra precisamente en los contenidos y en la metodología utilizados para la capacitación de promotores de salud. En efecto, la capacitación de estas personas tiene un tiempo aproximado de 12 semanas, durante las cuales se tratan distintos temas de enfermería tales como: nutrición, diarreas, infección respiratoria aguda, parasitismo intestinal, salud oral, enfermedades inmuno-prevenibles, primeros auxilios, cuidado materno-infantil, salud mental, saneamiento ambiental, y en algunas áreas la malaria y la tuberculosis como temas específicos. A este contenido básico se incorpora en forma secundaria algún adiestramiento en educación en salud y promoción de la comunidad.

Generalmente estos temas se tratan como unidades independientes, donde los alumnos deben aprender sucesivamente cada uno de ellos, dejándose por fuera la posibilidad de establecer interrelaciones o de conformar un cuadro socio-médico integral de todos los factores que llevan a producir una determinada situación sanitaria. Así mismo, el proceso se caracteriza por ser completamente vertical, en el sentido de que hay alumnos que no saben y a los cuales se les debe enseñar, y educadores que poseen el control del conocimiento. No se contempla entonces la posibilidad de una verdadera educación basada en la investigación de la realidad, en la retro-alimentación de información y en la enseñanza-aprendizaje.

Todos los promotores de salud a nivel nacional siguen este esquema en su aprendizaje, dándose un mayor énfasis en las funciones curativas que van a cumplir, que en el papel esencialmente preventivo o de promoción de la salud que deberían desempeñar, como la misma categorización de promotor lo indica. Por otra parte, este curriculum rígido y estandarizado toma muy poco en cuenta las particularidades locales, y menos aún la medicina y los recursos tradicionales de las comunidades. Además, quienes capacitan a los promotores son por lo general personas que no conocen bien la realidad, ni la cultura, ni mucho menos la medicina tradicional de las comunidades.

Los resultados de esto han sido particularmente graves en los casos en

que los promotores de salud hacen parte de grupos étnicos con valores culturales diferentes. El nuevo promotor no logra articular lo que aprende con las necesidades sentidas por su comunidad; muchas veces aprende cosas absolutamente inaplicables, o termina creando a su comunidad necesidades totalmente innecesarias. Así, su labor viene generalmente a limitarse a la prestación esporádica de primeros auxilios curativos, dejando de lado el papel fundamental que debería desempeñar en el campo de la promoción de la salud y el estímulo a los proyectos sociales de su comunidad.

Las grandes esperanzas que la comunidad tenía puestas en esta persona se pierden al poco tiempo de comenzado el programa. El promotor encuentra difícil poner en práctica los contenidos de su formación básica de enfermería, sobre todo en las regiones de población dispersa, donde la falta de vías de comunicación encarece el envío de las remesas de droga y las visitas de supervisión. Las actividades de promoción que le enseñaron se limitan también a convencer a la comunidad de la necesidad de mejorar la calidad del agua de consumo o la urgencia de realizar trabajos comunitarios destinados a la instalación de letrinas, tareas ambas que requieren de implementos tecnológicos ajenos a la cultura o las necesidades locales, pero que el Estado ofrece a través de sus instituciones. Los altos costos que esto implica, conlleva a que muchas sean las poblaciones que quedan esperando el cumplimiento de estas promesas, perdiendo la confianza en su promotor. La desmotivación y la desadaptación de este nuevo agente de salud, son consecuencias directas de estos hechos que, poco a poco, van creando en él un sentimiento de incapacidad y la pérdida de creatividad y de imaginación para enfocar su trabajo sobre aspectos y temas que surjan realmente de los contextos y situaciones donde trabaja.

En la región del Vichada Medio se puede apreciar muy bien este fenómeno. Habitan aquí un gran número de comunidades indígenas Sikuani, pertenecientes a la familia lingüística Guahibo, que en los últimos 30 años han experimentado un cambio apreciable en sus patrones de asentamiento, en su forma de vida y en sus hábitos alimenticios. Todos estos cambios, producidos en buena parte por la colonización y por la acción de las misiones católicas y protestantes, han tenido importantes efectos sanitarios. La sedentarización y concentración de la población en las aldeas han favorecido el contagio de nuevas enfermedades, al tiempo que la nutrición se ha visto afectada por el abandono de alimentos tradicionales. Para contrarrestar esta problemática, el sistema nacional de salud está aquí presente a través de algunos puestos atendidos por auxiliares de enfermería, y de los promotores

indígenas que el Servicio Seccional de Salud ha venido capacitando desde 1976 para que trabajen en sus propias comunidades. Recientemente (1986), esta atención ha sido reforzada con la restructuración del Centro de Salud de Cumaribo para prestar servicios médicos y odontológicos más estables. Se trata en todo caso de un sistema centrado en lo curativo y cuya cobertura es aún muy precaria.

Recuperando el promotor para la comunidad

Con el apoyo de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC) los cabildos y organizaciones indígenas de la región vienen desde hace algunos años impulsando un interesante proceso de reafirmación cultural, que busca consolidar la solidaridad social de las comunidades en torno a la defensa de sus tierras y al fortalecimiento de los valores morales, espirituales y materiales de la sociedad Sikuani. Pero los promotores de salud habían permanecido totalmente al margen de este proceso organizativo. Al pertenecer al rígido marco de una institución estatal, los promotores habían restringido su capacidad creativa, su poder de decisión y su imaginación cultural, y en vez de asumir ante la comunidad la responsabilidad que ésta les había encomendado al seleccionarlos, se sentían más comprometidos con la entidad estatal de la cual recibían su salario. Eran más funcionarios públicos que agentes de sus propias comunidades.

Muchos, con el salario que recibían mensualmente, y sin una supervisión ni una motivación adecuadas, habían terminado por aislarse de las actividades productivas cotidianas de sus comunidades, y comenzaban a formar parte de una naciente e improductiva élite indígena. Tal pareciera que los valores aprendidos durante la niñez, de sus padres y familiares, se hubiesen relegado al olvido luego de tres meses de formación en enfermería. Los microbios, las bacterias y los virus parecían haber desplazado de sus mentes a los espíritus del agua y de la tierra, a los rezos y conjuros; el trabajo de agricultura, la cacería y la pesca perdían igualmente su sentido, y la actividad de muchos promotores se limitaba a la espera diaria de pacientes solicitando algún medicamento. No faltaban desde luego los reclamos de cabildos y capitanes, quienes en algunos casos llegaron incluso a confiscar al promotor su salario, para invertirlo en tareas comunitarias.

Teniendo en mente estos problemas, el trabajo se encaminó entonces a motivar la participación activa de los promotores en los proyectos de los cabildos, y a promover una acción en salud más adecuada a la realidad y a

la cultura indígena. La tarea que se impuso la Fundación para el Etnodesarrollo de los Llanos Orientales de Colombia (ETNOLLANO)⁽²⁾ fue entonces la de lograr rescatar estos agentes para las comunidades. Hubiera sido sin duda más sencillo empezar el programa con nuevos promotores, pero resultaba lamentable pensar en los esfuerzos y presupuestos que se habían invertido en los ya capacitados. La tarea era pues reorientarlos con una metodología que en lugar de alejarlos de la perspectiva de sus comunidades, lograra capacitarlos para trabajar a partir de los recursos propios de ellas, dentro del espíritu de lograr una cada vez mayor autonomía comunitaria en el control de los problemas de salud.

¿Cómo orientar al promotor de salud para que él, por sus propios caminos, pueda analizar las múltiples causas de los problemas de salud que enfrenta su gente? ¿Cómo lograr que valore nuevamente sus tradiciones, que vea las potencialidades de su cultura y no solamente sus carencias? ¿Cómo llegar a que se identifique nuevamente con su comunidad?

La investigación participativa parecía ser una buena estrategia para lograr estos propósitos. Esta metodología, que combina investigación, educación-aprendizaje y acción, se adapta muy bien a la perspectiva del etnodesarrollo, en la medida que permite involucrar a los beneficiarios del programa en la producción de conocimiento. La comunidad participa así en todo el proceso de la investigación, desde la formulación del problema, pasando por la identificación de recursos y necesidades de capacitación o de acción, hasta la interpretación de los resultados y la discusión de las soluciones. Los participantes se benefician así en forma inmediata y directa, en la medida que aprovechan no sólo los resultados sino el proceso mismo de la investigación, con lo cual desarrollan su capacidad de relacionar por sí mismos los problemas y de iniciar nuevos procesos tendientes a encontrar soluciones. Esto implicaba alterar totalmente el esquema de la capacitación que se había venido utilizando hasta entonces. En lugar de partir de un currículo rígido y pre-establecido, se partiría de la comunidad misma, de sus problemas y necesidades sentidas, de sus recursos y potencialidades.

El programa se llevó a cabo en tres grandes etapas: En primer lugar, una etapa de coordinación interinstitucional y de motivación e inducción en las comunidades. En segundo lugar, una etapa de investigación participativa propiamente dicha. Y finalmente una etapa de recopilación y formalización

(2) ETNOLLANO es una fundación privada sin ánimo de lucro, cuyo principal propósito es promover el mejoramiento de la calidad de la vida en las poblaciones indígenas, campesinas y marginales urbanas de Colombia.

de las experiencias del programa, que está actualmente en curso, y con la cual se busca facilitar su futura ampliación a otras comunidades. La etapa central del programa, la de la investigación participativa, abarcó 24 meses a través de los cuales se fueron trabajando los siguientes temas principales: a) El estudio monográfico de las 30 comunidades cubiertas por los promotores, de su situación de salud, morbilidad real y sentida, demanda de servicios, saneamiento ambiental y recursos médicos formales y tradicionales existentes; b) El estudio de las enfermedades de mayor incidencia en estas comunidades, de sus causas, formas de prevención y tratamientos tradicionales; c) El estudio de la alimentación tradicional y el nivel nutricional de estas comunidades.

La investigación participativa se desarrolló mediante una serie de cortas reuniones con los promotores indígenas de salud que operan en el área. En esas reuniones participaban también los demás miembros del equipo de salud del nivel local: el médico, el enfermero jefe, las auxiliares de enfermería y en ocasiones algún funcionario del nivel seccional. Las reuniones duraban cinco días y se hacían cada dos meses. Entre una y otra reunión, los promotores recogían en sus comunidades la información pertinente sobre cada uno de los temas estudiados. Allí recibían la visita de los antropólogos y de la auxiliar de enfermería local, quienes les prestaban apoyo y asesoría en este trabajo. La información recogida era luego analizada en las reuniones, y elaborada en forma de proyectos comunitarios, informes, afiches y otros materiales educativos para las comunidades. Periódicas reuniones de evaluación con las comunidades, con sus capitanes y cabildos, permitían asegurar al programa una orientación que correspondiera efectivamente con las necesidades y expectativas de la población.

Para lograr esto, se iba dando a los promotores una orientación médico-antropológica cuyos contenidos resumimos en el siguiente cuadro:

TEORIA: Salud y cultura
Metodología de investigación
Desarrollo del sistema médico occidental
Principios de epidemiología
Conceptos de paternalismo y autonomía

PRACTICA: Técnicas de investigación (monografías, encuestas, etc.)
Realización de proyectos de investigación
Ejercicios de comprensión de términos

Sistematización de datos culturales
Tabulación de datos estadísticos
Elaboración de materiales educativos

Al comienzo no fue fácil lograr lo que se quería. Los promotores tenían en su mente la imagen de los cursos formales que habían recibido, en los cuales ellos iban a aprender de los médicos y enfermeras. Estos, por su parte, estaban acostumbrados a enseñar. Pero a medida que el tema de las reuniones se centraba cada vez más en el estudio de las comunidades, de su historia, sus costumbres y su medicina tradicional, comenzó a observarse un cambio importante. Definitivamente quienes podían saber algo de estos temas eran los promotores; ellos eran los que tenían que enseñar. Las reuniones tomaron entonces un aspecto muy poco familiar para el personal médico que allí participaba. En lugar de enseñar, o además de eso, ahora debían escuchar admirados largas discusiones en Sikuni que un promotor iba traduciendo al español. Muchas veces, luego de varios días de discutir sobre un tema particular, los promotores llegaban a la conclusión de que era necesario ir a las comunidades a entrevistar a otras personas, mujeres, ancianos o médicos tradicionales, que supieran más sobre el tema.

Las reuniones comenzaron a girar en torno a los promotores. Ellos eran los personajes centrales, y el Sikuni pasó a ser la lengua de las discusiones importantes. Médicos, enfermeras y antropólogos pasaron a asumir el papel de asesores. Además de aprender, ellos se encargaban de alimentar el proceso con informaciones, ideas, técnicas o procedimientos que podían resultar oportunos.

Se planteó entonces la necesidad de estudiar la comunidad; de analizar su historia y encontrar los diferentes caminos que los Sikuni tuvieron que seguir para llegar al presente. Se contemplaban una serie de sencillas preguntas de opinión: ¿Era mejor la situación de salud hace 20 años que ahora? ¿Consideraban ellos que la gente comía entonces mejor que ahora? ¿Qué había cambiado en la forma de vida de los Sikuni en estos últimos 20 años? ¿Cómo esos cambios habían afectado la salud y la alimentación? Con preguntas como éstas fue poco a poco reconstruyéndose un interesante panorama histórico y social de la enfermedad, que se complementó con la información proveniente de los escritos de viajeros, cronistas o etnógrafos que habían visitado la zona en distintas épocas, y que era resumida por los antropólogos en las reuniones.

Cada promotor fue así preparando una monografía de su comunidad, en

la que no sólo aparecía la historia sino la situación de salud, la morbilidad sentida y las opiniones de la gente sobre sus problemas. Esas monografías fueron leídas y discutidas en reuniones con las comunidades, y promovieron interesantes discusiones en torno a los problemas que debían considerarse como prioritarios, y a sus causas y posibles soluciones.

Los promotores de salud analizan su propia medicina

Uno de los temas más importantes que se trataron durante el proceso fue el de la medicina tradicional. Los objetivos que nos proponíamos cumplir en esta etapa del trabajo se dirigían hacia tres intereses básicos:

1. Quitar al promotor el sentido de vergüenza que tiene ante la institución médica por compartir y practicar la medicina tradicional;

2. Revalorar su propia medicina, sistematizando sus conocimientos y prácticas;

3. Aclarar la posición del promotor como persona que debe trabajar dentro de dos marcos conceptuales e ideológicos diferentes.

Un análisis profundo y detallado de la medicina tradicional de cualquier grupo indígena podría tomar varios años. El programa no disponía de todo ese tiempo para estudiar solamente un tema, así que nos propusimos empezar a aclarar la forma como la cultura Sikvani distingue unas enfermedades de otras de acuerdo a su origen. Los resultados son todavía tentativos, pero constituyen un primer paso de acercamiento a la medicina Sikvani. El proceso metodológico que se siguió permitió al menos entender que el asunto era bastante más complejo de lo que pensaban los promotores y el personal médico participante en el programa.

El trabajo se volvió realmente apasionante cuando los promotores comenzaron a descubrir que los conocimientos de su cultura podían ordenarse de acuerdo a categorías o grupos; la medicina tradicional dejó de ser un conjunto de nombres de enfermedades, o una serie de tratamientos a la usanza antigua, y pasó a constituirse en un complejo sistema médico, con la estructura y la dinámica propias de la situación y la historia del pueblo Sikvani. La noción misma de clasificación requirió de muchos ejercicios prácticos para ser comprendida: Primero se conformó una gran lista con todos los nombres Sikvani de las enfermedades, y luego se inició "el juego de

las cajitas”, cómo lo llamaran los promotores, para tratar de establecer aquellas enfermedades que estaban incluidas en otras, y poco a poco obtener las agrupaciones mayores hasta llegar a una primera aproximación de la forma como los Sikuaní distinguen las diferentes enfermedades.

Todos los posibles males que pueden ocurrirle a una persona son diferenciados por la cultura Sikuaní en dos grandes grupos: **Domaekuene** (**domae** “epidemias” y **kuene** “clase”) y **Witanekuene** (**wi** “carne”, **tane** “sentir” y **kuene** “clase”), que podrían significar “la clase de las epidemias o males colectivos” y la “clase de las enfermedades que se sienten en la carne”, respectivamente. La primera distinción que se logró establecer entre estas dos categorías es que las **Domaekuene** no son consideradas como enfermedades que despiertan una seria preocupación entre la población:

“Las **Domaekuene** vienen y se riegan en todo el mundo, se contagian, pero no son enfermedad grave..., vienen y se van...; las **Witanekuene** sí son enfermedad...”.

Aunque sabemos que la traducción de conceptos culturales de enfermedad a conceptos de la medicina institucional no son válidas para entender el sistema médico de un grupo, tuvimos que conocer los síntomas asociados a cada mal incluido en **Domaekuene** y en **Witanekuene** para poder entender el significado real de la distinción entre ambas. Comenzamos por las **Domaekuene**.

Pudimos ver que efectivamente las enfermedades agrupadas en esta categoría parecen corresponder, según la medicina institucional, a afecciones de alto contagio: tos, fiebres, ronchas en el cuerpo, vómitos, etc. Muchas de ellas tienen en común no ser propias de las culturas indígenas sino traídas por la colonización blanca, como podrían ser las eruptivas, o las fiebres recurrentes que hacen pensar en la malaria. Si esto era así, nos surgían las primeras preguntas: ¿Podría ser considerada la clase de **Domaekuene** como el grupo de enfermedades transmitidas por los blancos? ¿Qué elementos utilizaba la cultura para que estas afecciones no fueran consideradas como enfermedades graves?

Indudablemente no era el riesgo de muerte, pues muchos adultos y niños han muerto en las comunidades por estas enfermedades. Tampoco parecían ser todas ellas enfermedades traídas por los blancos; problemas de la piel y diarreas, también incluidas en **Domaekuene**, han existido siempre en las comunidades indígenas. No teníamos todavía elementos certeros de

análisis, así que pasamos a las **Witanekuene**.

Se comenzó por establecer todos los elementos culturales que permitían definir cada enfermedad incluida en la clase **Witanekuene**. El comprender cada enfermedad implicó largas discusiones en Sikuaní. Los promotores llevaban a sus comunidades los grandes cuadros en papel que ellos hacían en las reuniones, y estos cuadros regresaban a los próximos encuentros, corregidos con las opiniones de las personas de su caserío; muchas horas del programa se dedicaron a confirmar si una determinada enfermedad correspondía a la cajita o al grupo que los promotores le habían asignado, y aún ellos mismos sostenían largas discusiones conceptuales en torno a las agrupaciones.

Poco a poco iban conformándose los elementos que permitían a cada enfermedad ser incluida en la clase **Witanekuene**. De este esfuerzo surgieron también nuevas categorías de clasificación: La medicina Sikuaní distingue las enfermedades incluidas en la categoría **Dopajumalikuene** (**dopa/jumali/kuene**: “yopo/aliento/clase”), originadas siempre en la acción maligna de un chamán. Se reconocen también las enfermedades clasificadas como **Wajikuene**, que tienen en común haber sido puestas por cualquier persona que por celos, envidia o venganza, se ayuda de un rezo (**waji/kuene**: “rezo/clase”).

Por último, hubo acuerdo en la existencia de otras dos clases de enfermedad: las **Ainawikuene** (**ainawi/kuene**: “espíritus/clase”), ocurridas generalmente por la venganza de estos “espíritus de la naturaleza”, cuando los seres humanos irrespetan normas culturales (no rezar el agua, no rezar el pescado o el toldillo del recién nacido, etc.); y las **Mutsualikuene** (**mutsuali/kuene**: “?/clase”), relacionadas siempre con enfermedades de los órganos sexuales.

Dudas y preguntas del equipo

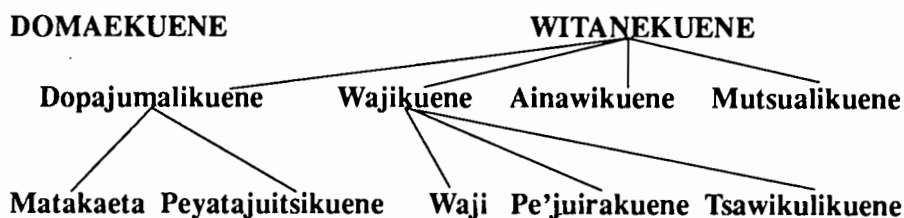
Llegados a este nivel, los distintos cuadros se pegaron en las paredes y despertaron diferentes reflexiones: Nosotros, como antropólogos, teníamos todavía muchas preguntas por responder, no sólo sobre la clasificación misma, sino sobre las relaciones existentes entre las clases de enfermedad y toda la cultura Sikuaní: la historia del origen de las enfermedades, atribuidas mágicamente a Rey Zamuro, los **ainawi**, espíritus de los animales del agua y del monte, los **yajewi**, duendes del monte.

Sin embargo, el trabajo debía llevar el ritmo de análisis de los promoto-

res que, por primera vez, se involucraban en un proceso de concientización sobre la lógica y la coherencia de lo que siempre habían sabido. A las inquietudes antropológicas se sumaron los cuestionamientos propios de la visión médica institucional: ¿Cómo puede distinguir el chamán entre un amibeje (i.e. “seno malo” o “seno brujead”) que es **Dopajumalikuene** y otro amibeje que es **Wajikuene**? ¿Por qué los síntomas del tétanos neonatal son diagnosticados como **ainawi**, y una diarrea o el vómito del niño recién nacido también lo son?

¿En últimas, qué papel podría desempeñar el médico o la enfermera en la atención de un **maneni** (palabra asociada desde hace muchos años con la tuberculosis e incluida en la clase **Dopajumalikuene**), si es ésta una enfermedad cultural que debía tratar el chamán? El grupo de trabajo no estaba todavía en capacidad de dar respuesta a estos problemas que indudablemente se plantean en una situación médica intercultural; y aunque eran también problemas que tocaban muy estrechamente el trabajo cotidiano de los promotores, éstos tenían en ese momento otros intereses.

Habían comprendido los principios de clasificación y sistematización de los hechos culturales, y mantenían un intenso intercambio de opiniones entre ellos sobre los cuadros colgados en la pared. No estaban todavía muy conformes con los resultados; las enfermedades incluidas en **Dopajumalikuene** y en **Wajikuene** presentaban aún problemas. Sólo en la tercera y última reunión dedicada al tema de la medicina tradicional, después de haber presentado los promotores el nuevo cuadro en sus respectivas comunidades, pudo obtenerse la siguiente clasificación:



Aparecían dos nuevas categorías al interior de las enfermedades **Dopajumalikuene**: **Matakaeta** (mata/ka/eta: “actúa sobre/objeto/colocar”), que corresponde a un concepto de brujería directa e individual; y **Peyatajuitsikuene**, que incluye las enfermedades desatadas en forma colectiva por un chamán enemigo, y que pueden afectar a toda una familia

o comunidad; nuevamente aquí aparece el morfema **domae**.

Igualmente, la investigación de los promotores mostró que no todas las enfermedades de la clase **Waji** ocurrían bajo un mismo principio. Unas eran causadas por un rezo hecho directamente por la persona que quería hacer el mal; otras requerían de un “sucio” o “rastros” para que el rezo tuviera efecto; estas últimas fueron encerradas en la clase **Pe’juirakuene** (**pe’/juira/kuene** “.../sucio/clase”). Se caracterizan estas enfermedades por ser males producidos a través del rezo de una prenda (pedazo de camisa, pañuelo, etc.) o de un elemento orgánico de la persona que va a ser afectada (uña, pelo, etc.). En la clase **Wajikuene** se distingue además otra agrupación de enfermedades que se caracterizan por ser producto de maldiciones mortales hechas sobre el nombre de una persona:

- La mordedura de culebra (**jomosinetsi**)
- Las quemaduras (**naejawamatakünübatsi**)
- La muerte por rayo (**yamajükonitakuoba**)

Todas estas categorías se incluyen en **Tsawikulikuene** (**tsawikuli/kuene** “maldición invocada al nombre/clase”). Tanto las **Waji** como las **Tsawikulikuene** y las **Pe’juirakuene** requieren siempre de la acción maligna que, a título personal o a través de un chamán, se desencadena utilizando el rezo como medio.

Llegados a este punto se comenzaron a desarrollar las preguntas de contraste, excluyentes e incluyentes, para confirmar la información que se había logrado ordenar. Esto se hizo con cada una de las enfermedades del cuadro.

Antropólogos y promotores analizan la medicina Sikuaní

¿Con qué criterios se determina si una enfermedad es **matakaeta**, **ainawikuene**, **domaekuene**, etc.? ¿Qué elementos son significativos para el diagnóstico? Para responder a estas preguntas hay que comprender primero el papel que los especialistas tradicionales de la salud juegan en las comunidades Sikuaní.

Existen al menos dos especialistas tradicionales que tienen gran importancia y vigencia: el chamán o **penajorobinü** (“el que sabe soplar”), y el rezadero o **pematawajibinü** (“el que reza sobre la cabeza”).

El **penajorobinü** deriva su poder curativo de la capacidad de entrar en contacto con la esfera de lo sobrenatural, a través de estados de éxtasis

inducidos con el uso de algunas plantas alucinógenas como el yopo (*Anadenanthera peregrina*) y el capi o yagé (*Banisteriopsis caapi*). Con la ayuda de sus espíritus auxiliares, almas de seres naturales o mitológicos, el **penajorobinü** defiende a su comunidad de la acción malévolas de otros **penajorobinü**, o de las posibles venganzas de los espíritus del agua, del monte o de los animales. Existen dos clases de **penajorobinü**: el frío, o **kuaijumali**, y el caliente, o **piatajumali**. El frío es el más poderoso de los dos, pues él puede agarrar el mal desde lejos, sin necesidad de ver al paciente. El caliente, en cambio, es el que debe chupar al paciente para sacarle el mal. El frío siempre busca el bien de su gente, mientras que el caliente a veces tiene tendencia a usar su poder para hacer el mal. La transmisión de estos poderes no es hereditaria: en teoría cualquier persona puede llegar a ser **penajorobinü** mediante un prolongado y duro aprendizaje que incluye el uso de sustancias alucinógenas, la memorización de historias y tradiciones orales del grupo, y el someterse a severas restricciones sexuales y alimenticias.

El **pematawajibinü** tiene a su cargo el aprendizaje y la recitación de largos y complejos cantos purificadores para la prevención de enfermedades o para su cura. Entre los Sikuni hay una gran cantidad de rezos para cada ocasión: el rezo del pescado, donde uno a uno se van nombrando todos los peces del río, desde los que habitan en las cabeceras hasta los que viven en la desembocadura; o el rezo del agua que se utiliza en los rituales del nacimiento y la menstruación; están también los rezos para el toldillo del recién nacido, para que sus padres puedan tocar elementos extraños a la cultura Sikuni como el radio, el lápiz o las ollas de metal. La persona interesada en aprender las oraciones debe pagar por su aprendizaje, y cuando se requiere de un rezo especial para curar o proteger, se debe pagar al **pematawajibinü**.

Además del **penajorobinü** y el **pematawajibinü**, las comunidades tienen al **tsemaüjübinü** “el que ve a través del tabaco”, el adivino, que ayuda al **penajorobinü** en su diagnóstico. Todos estos especialistas tienen funciones que rebasan el campo de lo médico: sus tareas tienen que ver también con las cosechas, con el manejo del clima y con otros muchos aspectos y ceremonias de la vida social de los Sikuni.

Equilibrio, sociedad y naturaleza

Una de las funciones principales del **penajorobinü** es la de vigilar que

la cultura se reproduzca; que las personas de su comunidad respeten las tradiciones. También cumple un papel político importante en las relaciones entre las personas de su comunidad, y entre éstas y las comunidades vecinas.

Hasta hace pocos años, el **penajorobinü** tenía un papel primordial en decisiones como la de cuándo debía una comunidad trasladarse de lugar, o cuándo la comunidad debía dividirse. Es por eso que antes los caseríos eran pequeños, lo que implicaba menos conflictos entre las familias y mejores condiciones ambientales: menos basura acumulada, menos contaminación de los caños, más cacería y los cultivos más cerca de las casas. Hoy esto es cada vez más difícil por la presión que hay sobre las tierras de los Sikuani.

Es precisamente este conocimiento, de su comunidad, y de la vida de cada una de las personas que él cuida, lo que permite al **penajorobinü** establecer el diagnóstico inicial en un caso de enfermedad.

El estudio de las fichas de enfermedad y de las historias de caso de pacientes confirmó esto, mostrando que todas las enfermedades Sikuani incluidas en **Witanekuene** sobrevienen por un rompimiento de las normas establecidas por la cultura. En todas ellas los enfermos tienen algún grado de responsabilidad social en el hecho de haber contraído el mal; provocaron, consciente o inconscientemente, la envidia, los celos, la venganza o la ira de otra persona o de los espíritus de la naturaleza. En las **Domaekuene**, al parecer, ni la persona ni la comunidad son responsables de la enfermedad; ésta simplemente llega. Muy posiblemente sea ésta la razón por la cual se incluyen en esta categoría males leves o enfermedades recientes traídas por la colonización.

El diagnóstico y las causas del mal

Para establecer el diagnóstico de un enfermo, el **penajorobinü** promueve un estrecho acercamiento con los familiares del paciente, con el paciente mismo y con toda la comunidad. Su principal interés en ese momento es aclarar todas las circunstancias que pudieron dar origen al mal a través del comportamiento presente o pasado del enfermo. Este conocimiento se complementa además con técnicas diagnósticas más complejas, que utiliza el **penajorobinü** para poder reconocer cuál es la enfermedad que padece el paciente, extraérsela y hacer la cura.

Es precisamente la extracción del mal, materializado en un objeto (espina, cristales, pelos), lo que permite al **penajorobinü** definir la

enfermedad y saber si ha sido producida por la brujería hecha por otro **penajorobinü**, por la venganza de un **ainawi** o por un rezo. Las siguientes son las posibles causas del mal:

1. Dentro de la cosmovisión Sikuaní todos los seres de la naturaleza poseen un alma (**pejumape**). Los **ainawi** son las almas (espíritus, sombras, dobles) de los animales del agua, de la tierra, del barranco, de las cuevas y piedras, y también de algunas cosas de blancos como los radios, los motores, etc.⁽³⁾. Cualquier **ainawi** puede enfurecerse y enfermar a una persona cuando ésta no ha seguido las normas que la cultura establece para que los hombres se relacionen con la naturaleza. Es por esto que las personas deben rezar el agua, el pescado y los animales. Cuando en el ritual de la curación se extrae un mal causado por **ainawi**, éste se materializa en una “especie de polvo de cristal” que el **penajorobinü** “coge en el aire” y que se llama **ainawikobeyunu** “**ainawi/mano/...**”; es el yopo que suerben los **ainawi**. Los niños recién nacidos son los más expuestos a los **ainawi**: cualquier enfermedad que padezcan durante su primer mes de vida se atribuye al **ainawi**. Por eso es tan importante para la comunidad que se sigan los rituales acostumbrados después del parto.

2. Los males pueden venir también de un **penajorobinü**. Esto sucede generalmente por venganza directa del brujo hacia el enfermo y su familia, o porque una persona contrató los servicios del **penajorobinü**; también la envidia y los celos pueden hacer que un **penajorobinü** desate una epidemia en una comunidad que está bien organizada, que tiene su ganado sano, etc. En las epidemias, la comunidad abandona generalmente el caserío, huyendo a la selva para no estar bajo la influencia del mal enterrado cerca a las casas del pueblo. En estos casos, y en los personales, se habla con otro **penajorobinü** para que limpie el lugar (si es un mal llegado a una casa o comunidad), o para que trate al enfermo y se lo extraiga. Estos males se materializan en piedras y cristales de diferentes características, formas y colores: los **wanali**. Los pelos que extraen los **penajorobinü** de sus pacientes son males muy peligrosos que producen enfermedades casi siempre mortales si no tienen un adecuado tratamiento tradicional; estos

(3) Todos los objetos de los blancos tienen **ainawi** y pueden ocasionar enfermedad y muerte si se los toca en ciertos estados del ciclo vital en los que la persona se considera que está débil. Por ello deben ser rezados antes de utilizarlos.

pelos a su vez pueden clasificarse de acuerdo a la densidad del manajo, si son femeninos o masculinos, así como a su color y a la forma como se reproducen dentro del cuerpo “abrazando los órganos vitales” hasta paralizarlos y causar la muerte.

3. En las enfermedades producidas por **wajikuene**, el agente patógeno sólo se materializa en aquellas provenientes de un sucio o **pejúira**. Tradicionalmente su tratamiento no ha sido competencia del **penajorobinü** sino del **pematawajibinü**. En algunas comunidades una misma persona asume ambas especialidades. Pero los Sikuaní del Medio Vichada están preocupados porque hoy en día hay muy pocos **pematawajibinü** expertos que “de verdad sepan rezar”. Aprender los rezos, su significado y su manejo, requiere de un estudio muy profundo de la mitología, del comportamiento de la naturaleza y del concepto mismo que los Sikuaní tienen de la vida y del mundo. Generalmente es por consejo del **penajorobinü**, buen conocedor de su gente y de las relaciones interpersonales, que el enfermo acude al **pematawajibinü** para que lo rece. En los casos graves también puede intervenir el mismo **penajorobinü** para extraer el agente patógeno, que generalmente se materializa en un hueso o una espina del pescado comido por el enfermo y que descuidadamente dejó botado, o en un pedazo de su camisa que usó el agresor para hacer el mal, la huella dejada en el camino, una uña o cualquier objeto personal que pudo haber sido rezado. Todos los Sikuaní deben tener una gran responsabilidad y seriedad en las relaciones con sus parientes y con las comunidades vecinas, pues de lo contrario están expuestos a un mal rezo. Esta responsabilidad está reglamentada por la cultura a través del sistema de parentesco, del intercambio de alimentos y de las reglas matrimoniales.

A medida que el estudio del sistema médico se hacía más complejo, algunas dudas se aclaraban y otras nuevas surgían. Quedaba entendido que el **penajorobinü** tiene unos criterios para diagnosticar las enfermedades y que estos criterios no corresponden con los de la medicina institucional. Para el personal médico participante en el proceso de investigación, fue importante saber que desde el punto de vista Sikuaní la sintomatología es irrelevante en el momento del diagnóstico, y que por lo tanto la traducción de enfermedades de una medicina a otra resulta carente de sentido, aunque muchas veces haya sido necesario hacerla en el afán de lograr un acercamiento institucional al paciente.

Prevención y curación

Los Sikuni conocen un gran número de plantas silvestres que sirven para ayudar a aliviar las diferentes enfermedades. En general toda mujer utiliza preparaciones caseras para los primeros síntomas de una diarrea leve en el niño, una quemadura, una gripe o cualquier malestar. Cuando la enfermedad se agrava, el paciente se pone en manos del **penajorobinü**, y estas preparaciones caseras pueden pasar a constituirse en ayudas curativas. Pero un remedio en sí mismo nunca es el elemento principal de un tratamiento: El agua pura puede curar siempre y cuando se la haya rezado, y ante cada mal el rezo es distinto. Lo mismo sucede con las preparaciones medicinales.

El centro de toda curación es el ritual que hace el **penajorobinü** bajo los efectos del yopo y el capi. Con un cuidadoso manejo de estos alucinógenos, y ayudado por el tabaco, el **penajorobinü** entra a un mundo desconocido por los blancos, para negociar con los espíritus de la naturaleza, o para manipularlos, y así ver la enfermedad y extraerla. El paciente y su familia son el centro de la ceremonia.

Una vez extraído el mal, lo más importante para la recuperación son las restricciones alimenticias que impone el **penajorobinü** al enfermo y a su familia consanguínea. La prohibición de alimentos está siempre relacionada con lo que extrajo el **penajorobinü** en el ritual curativo; así, cuando se trata de pelos, el enfermo, sus hijos, sus padres y sus primos paralelos deben abstenerse de comer animales de pelo. Cuando es una pelusa lo que causa el mal, se prohíben alimentos con pelusa, como la piña y la caña. En algunos casos se recomiendan también restricciones sexuales. Siempre, en todo caso, el éxito o el fracaso de la cura dependerá de si el enfermo y su familia consanguínea acogen estrictamente las prescripciones del **penajorobinü**.

Cuando se trata de una epidemia diagnosticada como **dopajumalikuene** la comunidad o la familia abandonan el lugar y contratan los servicios de un **penajorobinü** poderoso, generalmente de otro caserío, para que limpie el lugar desenterrando los **wanali** causantes del mal. El **penajorobinü** lleva a cabo un ritual especial, utilizando también el yopo, el capi y el tabaco.

Los Sikuni son muy cuidadosos en todos sus actos cotidianos, pues la salud es el resultado de las relaciones que se tengan con la gente y la naturaleza. Hay que mantener diariamente estas buenas relaciones, y para ello la cultura ha creado también sus propios mecanismos a través del rezo. Hay

rezos para proteger los caminos, para llamar la lluvia, para que las hormigas no se coman los cultivos, para recoger pescado, para espantar los diablos, para espantar los zancudos, para alejar las tormentas, para aprender el castellano, para tener la voz fuerte, para aprender a tejer. Hay también rezos para las distintas etapas del ciclo vital: los rezos para cortar el cordón umbilical, para los alimentos que van a comer los padres del recién nacido, para el chinchorro, para la piel y para el agua de la menstruante. Todos estos rezos tienen un significado preventivo en la cultura Sikuani, y se aprenden pagando a una persona que los sepa. Hay algunos muy complejos, como el del pescado, que requieren de mucho estudio y que no todo el mundo puede aprender.

Un momento de reflexión: la articulación de medicinas

No es fácil comprender que la enfermedad pueda tener un significado tan distinto cuando se cambian los marcos culturales. Esto no se logra con el simple hecho de decirlo. Es necesario descubrirlo.

Llegados a esta etapa del programa, los promotores tenían ya claro que representar a la institución médica no debía significar para ellos perder la fe en su propia medicina; de hecho, habían ya demostrado que conocían y respetaban el saber del médico tradicional y los valores de su cultura. Tampoco se trataba ahora de que ellos se volvieran médicos tradicionales, sino de que pudieran analizar las diferencias entre los dos sistemas y buscar los distintos caminos que podían servir para utilizar mejor los servicios que presta el sistema nacional de salud a las comunidades Sikuani. Comprendieron que, como Sikuani, tenían también conocimientos valiosos que aportar, y esto les dió la confianza que necesitaban para abrir una nueva vía de comunicación con los médicos y enfermeros que supervisan su trabajo.

Para el personal médico y de enfermería, la experiencia cerró unas puertas y abrió otras. Ellos, que trabajan con estas comunidades, generalmente enfrentan todos los días situaciones conflictivas que muchas veces tocan el campo de su ética profesional: "Yo creo que debo hacer esto, pero sé que si lo hago no va a funcionar", "¿...y si el paciente se muere por no hacerlo?", "¿Cómo debo entonces actuar?". Se vió que no hay una fórmula para resolver estos problemas, y que la ética, en estos casos, se va construyendo cuando los principios de responsabilidad y de honestidad profesional se fortalecen con la comprensión y el acercamiento al paciente, a su medio y a su

cultura.

La posibilidad de una articulación entre las dos medicinas, planteada entre los objetivos del programa, se iba derrumbando para dar paso a un hecho más concreto y real: la necesidad de comunicación y de respeto entre los dos sistemas médicos.

Bibliografía citada

Kroeger, A. y F. Barbira-Freedman

1982 *Cultural Change and Health: The Case of South American Rainforest Indians*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Lightman, S.L.

1977 "The Responsibilities of intervention in isolated societies". En: Ciba Foundation. (Eds.), *Health and Disease in Tribal Societies*. Amsterdam, and New York: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49), pp. 303-332.

Neel, J.V.

1977 "Health and Disease in Unacculturated Amerindian Populations". En: Ciba Foundations (Eds.), *Health and Disease in Tribal Societies*. Amsterdam and New York: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium n° 49), pp. 155-168.

INCORPORACIÓN DEL SHAMAN INDÍGENA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD:

Reflexiones sobre algunas experiencias en Colombia

Miguel LOBO-GUERRERO(*)

Introducción

Esta ponencia presenta algunos resultados preliminares de un estudio comparativo llevado a cabo en Colombia sobre la percepción y las necesidades sentidas por el personal médico y de enfermería que adelanta programas de salud en comunidades indígenas, en relación con el papel que las medicinas indígenas deben cumplir dentro de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS)⁽¹⁾. Los datos que le sirven de base proceden de una encuesta remitida a 37 de estos programas (34 estatales y tres privados), que se complementó luego con la visita y el estudio directo de una muestra de ellos (Lobo-Guerrero & Herrera, 1989)⁽²⁾.

(*) Antropólogo, Director Ejecutivo de la Fundación ETNOLLANO.

(1) Los materiales sobre los cuales se basa esta ponencia provienen de un estudio implementado por la Fundación ETNOLLANO con el apoyo de las siguientes entidades: Fundación Ford, Colciencias, Fondo FES-AIDS Supervivencia de la Infancia y Dirección de Investigaciones del Ministerio de Salud de Colombia.

(2) La encuesta fue remitida por iniciativa de ETNOLLANO a 26 servicios seccionales de salud (agencias regionales del Ministerio de Salud), 11 escuelas de enfermería, 16 oficinas de Asuntos Indígenas y 3 Fundaciones privadas. Se recibieron a vuelta de correo un total de 37 encuestas, que cubren información sobre la mayoría de las divisiones político-administrativas de Colombia que cuentan con poblaciones indígenas. La encuesta buscaba conocer la percepción que el personal médico y de enfermería no indígena que trabaja en estos programas tiene sobre la medicina y las culturas indígenas. Sus principales tópicos eran los siguientes: Tipos de contactos que ha establecido el programa con los agentes médicos tradicionales de las comunidades; aspectos de la medicina indígena que se perciben como obstáculos en la implementación de los programas; aspectos "positivos"; aspectos

Con base en estos datos, queremos centrarnos aquí en el examen de un problema que nos parece de mucha importancia, como es el del papel que el chamán indígena debe entrar a desempeñar en los programas de salud, dentro del propósito de buscar una articulación entre la medicina tradicional y la institucional. ¿Debe pensarse en capacitar a los chamanes en algunos aspectos de nuestra medicina occidental? ¿Es deseable capacitarlos como enfermeros o promotores de salud para sus comunidades? ¿Qué consecuencias puede traer esto? Son estas las preguntas que intentaremos responder aquí.

Comenzaremos por hacer una ubicación general del problema de la relación entre la medicina tradicional y la atención primaria de la salud, mostraremos luego algunos aspectos particulares de esta problemática de la articulación de las medicinas tradicionales en los sistemas oficiales de salud, tal y como ella se presenta en Colombia, e intentaremos finalmente extraer algunas conclusiones sobre el tema particular que nos hemos propuesto abordar.

Medicina tradicional y atención primaria

Empecemos por recordar algunos antecedentes del interés que en el seno de los programas de salud se ha suscitado por las medicinas tradicionales en las últimas dos décadas. En realidad este interés comienza a tomarse en algo sistemático y oficial sólo a partir de 1970, con el ingreso de la República Popular de China al sistema de las Naciones Unidas. De hecho, es por esta época que se acuña en la Organización Mundial de la Salud (OMS) el término “medicina tradicional”, para hacer referencia a todas esas otras medicinas no-occidentales o no-institucionales.

Con el ingreso de la China en la OMS el occidente descubrió admirado cómo en el corto lapso de 20 años este país de 700 millones de habitantes había logrado resolver la mayor parte de sus problemas de atención sanitaria. Se supo entonces que lo había hecho con un sistema heterodoxo y pragmático, en el que se utilizaban todos los recursos médicos disponibles, tradicionales y modernos, apoyados en un sensible mejoramiento de las condiciones sociales de la población. Un sistema en el que conocimientos y procedimientos milenarios como la acupuntura, la moxibustión y la utilización

de la medicina indígena que se incorporan en los cursos de capacitación de promotores de salud; opiniones sobre el tratamiento comunitario tradicional del parto y el cuidado del recién nacido, la alimentación infantil, las diarreas.

de plantas medicinales tenían una importancia decisiva. La difusión que adquirió entonces esta experiencia en Europa y Norteamérica puso pronto de manifiesto no sólo la eficacia incuestionable de estas prácticas tradicionales antes despreciadas e ignoradas, sino también el bajo costo que suponía su aplicación, en contraste con la complicada y onerosa parafernalia de la atención médica occidental.

En 1978, la OMS impulsa su Programa de Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, y expide una resolución en la que se insta a los gobiernos a otorgar una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales, dentro de la estrategia de la Atención Primaria de Salud promulgada en la reunión de Alma-Ata (OMS, 1978, OMS-UNICEF, 1978). Este llamamiento tiene eco en muchos países del Tercer Mundo, que ven además en el rescate de lo propio un mecanismo para reforzar su identidad y su independencia. En la India y en otros países asiáticos, en varias naciones africanas y en algunas de la América Latina, comienzan entonces a implementarse programas orientados al rescate de la medicina indígena, y a su articulación en los programas oficiales de salud.

Sin embargo, bien pronto se pone de manifiesto que la situación no era la misma en todos los países involucrados en este proceso. En la China o en la India, la medicina tradicional representaba un conjunto articulado de conocimientos y prácticas que se apoyaban en una importante tradición literaria: se contaba con textos de estudio, tratados, academias, escuelas y hospitales de medicina tradicional - en acupuntura, moxibustión, plantas medicinales, medicina ayurvédica, etc. -, que no habían dejado de funcionar, y que aún sin el apoyo estatal se habían mantenido perfectamente vigentes.

Para buena parte del Africa, y para toda la América Latina, la situación era muy diferente. Aquí no se contaba, ni se cuenta aún, con una tradición escrita de tal envergadura sobre nuestras medicinas indígenas. No había tampoco academias, ni escuelas, ni textos que pudieran siquiera compararse con los orientales. Se sabía que con base en una tradición oral se habían desarrollado en América culturas de una gran complejidad y elaboración, cuyos logros en el campo de la medicina comenzamos apenas ahora a entrever. Pero nuestro conocimiento de estas medicinas se reducía a las referencias de cronistas y misioneros, y a alguno que otro trabajo dedicado a la botánica médica precolombina.

En la Amazonia y en otras tierras bajas de la América Latina, estos conocimientos y prácticas se han mantenido perfectamente vigentes a lo largo de 500 años, en la forma de una serie de medicinas comunitarias y locales,

practicadas por los muchos grupos indígenas que aún habitan dispersos y relativamente aislados en diferentes regiones. Se trata de una gran variedad de medicinas comunitarias locales, de tradición oral, y que tienen en el chamanismo su principal característica. El problema que se plantea es el de cómo incorporar esas medicinas y esos especialistas en los programas de salud, o el de cómo lograr al menos adaptar los programas a esa gran diversidad de culturas que existen en las tierras bajas de la América Latina.

El problema de la diversidad cultural

Colombia es un buen escenario para hacerse estas preguntas. Después del Brasil, Colombia es en América Latina el país que presenta una mayor diversidad cultural. Se hablan hoy en día en este país cerca de 80 idiomas indígenas diferentes. En la mayoría de los casos se trata de grupos relativamente pequeños, que habitan en aldeas dispersas por la Amazonia, la Orinoquía y la Costa pacífica. Otros, más numerosos, ocupan zonas importantes en los departamentos del Cauca y Nariño, en la Guajira y en la Sierra Nevada de Santa Marta. Su presencia es mucho más real de lo que a veces se piensa: de las 32 divisiones político-administrativas que conforman el país, 26 cuentan hoy con grupos indígenas en su territorio (Arango & Sánchez, 1989). Aparte de tener su propia lengua, cada una de estas etnias posee una cosmovisión determinada, una cultura y una medicina particulares, transmitidas oralmente de generación en generación.

Pese a la singular riqueza de este verdadero mosaico cultural, el interés por el estudio y la conservación de esas medicinas indígenas es bastante reciente, y ha obedecido más a un interés por lo exótico, recientemente por lo académico, y sólo en los últimos años por lo práctico. Solamente hasta comienzos de la década de 1980 el Ministerio de Salud de Colombia empieza a manifestar un interés por estas medicinas indígenas, y por lograr brindarles a esas comunidades una atención en salud acorde con sus características y respetuosa de su saber y sus costumbres. En 1981 se dictan en ese sentido algunas normas especiales para la atención de salud en comunidades indígenas, contenidas en la Resolución 10013, cuyos principales planteamientos son los siguientes:

ATENCIÓN EN SALUD A COMUNIDADES INDÍGENAS
Principales Planeamientos de la Resolución n° 10013 de 1981
Ministerio de Salud de Colombia

1. Los programas deben:

- Realizar un estudio socio-sanitario y antropológico previo;
- Adaptarse a la cultura de cada comunidad;
- Respetar sus valores tradicionales;
- Buscar la integración de la medicina tradicional con la institucional.

2. Los servicios deben ser gratuitos.

3. Los promotores de salud deben:

- Ser seleccionados por las autoridades tradicionales de cada comunidad;
- Ser bilingües;
- Ser capacitados cerca de sus comunidades, y con contenidos adaptados a sus culturas.

4. Los Hospitales y Puestos de Salud que atienden población indígena deben adaptarse a la arquitectura y costumbres de las comunidades.

5. Deben desarrollarse sistemas especiales de información y vigilancia epidemiológica para las poblaciones indígenas.

Esta Resolución ha significado sin duda un avance importante, aunque su aplicación tiene aún numerosos vacíos. El trabajo de atención primaria en comunidades indígenas se ha centrado en Colombia en la capacitación de promotores, pero no se ha logrado desarrollar una adecuada adaptación de los programas a las diversas culturas. Se tiende más a adaptar las culturas a los programas, y no los programas a las culturas. Se sigue pensando, dentro de los programas implementados en comunidades indígenas, en la salud como en un resultado de la medicina, y no en la salud como en la resultante de una forma de vida. Se desconoce así lo que ya varios estudios han permitido detectar, en el sentido de que las comunidades más sanas no son precisamente aquellas que cuentan con mejores servicios institucionales de salud, sino aquellas que mantienen su forma de vida y manejo tradicional del territorio (Neel, 1977; Lightman, 1977; Kroeger & Barbira-Freedman, 1982).

Institucionalizar la medicina indígena o desmedicalizar la APS?

Hay en los programas analizados una indudable tendencia a medicalizar e institucionalizar las medicinas indígenas, como puede verse en los resultados de las encuestas aplicadas en 37 programas de salud de diferentes regiones de Colombia.

Contactos con especialistas tradicionales (Encuesta a 37 programas de salud en comunidades indígenas de Colombia)

- Contactos informales	13
- Ningún contacto	11
- Capacitación de parteras tradicionales	10
- Encuentros de chamanes	4
- Chamanes como docentes de los promotores	2
- En la preparación de huertas de plantas medicinales	2
- Chamanes en el Hospital	1
- Sin respuesta	1

La partera es sin duda el tipo de especialista tradicional con el que se ha buscado establecer en estos programas un contacto más continuo. Se han adelantado censos de parteras tradicionales en algunas regiones, y en 10 de los programas encuestados se han organizado cursos formales de capacitación para parteras tradicionales, en los que se recalcan algunas técnicas de asepsia y cuidado del recién nacido, y la identificación de casos de mediano y alto riesgo para su remisión oportuna.

Este gran interés por las parteras contrasta sin embargo con lo que se obtiene al analizar la pregunta de la encuesta referente a la persona que atiende generalmente el parto en estas comunidades. En efecto, en la mayoría de las comunidades el parto parece ser atendido por los familiares o por la parterista misma, no pudiendo constatar la existencia de parteras propiamente dichas. El parto aparece como un evento familiar, que no está en estas comunidades en manos de especialistas. Las encuestas muestran al respecto lo siguiente:

Atención del parto en comunidades indígenas
(Encuesta a 37 programas de salud en
comunidades indígenas de Colombia)

Atendien generalmente el parto:

- Familiares o la parturienta misma	67.8%
- Partera o partero	37.8%
- Promotor de salud	8.1%
- Médico o enfermera	8.1%
- Sin respuesta	8.1%

Nota: Algunos programas señalaron más de una categoría en la encuesta, razón por la cual los porcentajes suman más del 100%.

Existe en este campo la contradicción de querer institucionalizar el parto cuando al mismo tiempo se menciona que las costumbres obstétricas tradicionales son adecuadas; en algunos programas la capacitación se aplica en forma tan esquemática y vertical, que se llega incluso a capacitar parteras donde no las hay. Es frecuente, al hablar con parteras que han sido capacitadas en comunidades indígenas y preguntarles por el número de partos que han atendido, enterarse que en los últimos dos años han recibido sólo uno o dos niños: los de sus hijas. Quedaría entonces por analizar con mayor detalle hasta qué punto resulta conveniente imponer un esquema de partera, creando un nuevo especialista en la comunidad, o hasta qué punto sería más conveniente en estos casos orientar los esfuerzos en otro sentido, implementando campañas educativas con las madres en vez de organizar cursos formales de capacitación para unas pocas personas.

En muchas comunidades indígenas, especialmente en las de la Amazonia, la partera es un elemento reciente: un préstamo de los colonos o una imposición de los programas de salud. Ahora bien, esto no sucede igual en todas las comunidades. En esto parece haber una oposición bastante clara entre las comunidades de la zona Andina y aquellas de las tierras bajas, oposición que seguramente está ligada al grado de dispersión de la población y a los patrones de asentamiento. En las primeras, las de la región Andina, es frecuente la presencia de la partera tradicional; en las segundas es muy extraño encontrarlas. Sin embargo, algunos programas implementa-

dos en zonas de la Amazonia señalan también haber capacitado parteras.

En cierta forma, la capacitación de parteras se ha constituido en muchos programas en la forma más expedita de abordar el problema de la medicina tradicional. Enseñar algunas técnicas de asepsia y cuidado del recién nacido es un tema poco conflictivo; no sucede lo mismo con otros especialistas tradicionales como los chamanes, cuyos campos de trabajo manejan aspectos de la cultura difíciles de comprender por la medicina oficial. La capacitación de estos agentes resulta un tema mucho más conflictivo.

La estrategia utilizada por algunos programas para lograr un acercamiento a este tipo de especialistas ha sido la de organizar encuentros de médicos tradicionales. Cuatro de los programas encuestados han promovido este tipo de eventos, y otros cinco más señalan explícitamente en la encuesta tener entre sus proyectos el de promover reuniones entre los chamanes, y de éstos con los promotores de salud y con el personal médico local.

La finalidad de estos encuentros es generalmente la de analizar conjuntamente las relaciones entre la medicina tradicional y la institucional, buscando disminuir la deserción de pacientes indígenas de los tratamientos médicos institucionales y el rechazo a la hospitalización, promoviendo una mejor coordinación y remisión de pacientes. Algunos se han planteado también la necesidad de lograr establecer por parte de los mismos médicos tradicionales una especie de control sobre el ejercicio de la medicina indígena para que no se desvirtúe, y la de fomentar su estudio entre los promotores indígenas. Otros, finalmente, plantean la posibilidad de capacitar a los chamanes en aspectos de enfermería.

En el fondo persiste la idea de que la medicina indígena tiene una parte empírica y otra mágica, y la de que es posible tomar una y dejar la otra. La brujería, por ejemplo, se percibe como el principal obstáculo en la implementación de los programas de salud en comunidades indígenas, como puede verse en el siguiente cuadro:

Aspectos de la medicina indígena percibidos como obstáculos en la APS

(Encuesta a 37 programas de salud en
comunidades indígenas de Colombia)

- La brujería y otras nociones etiológicas relacionadas.
- Las restricciones alimenticias impuestas a los enfermos.
- Las restricciones alimenticias en el embarazo, parto y puerperio.

- Creencias contrarias a la rehidratación oral en ciertos casos de diarrea.
- El carácter secreto de la medicina indígena.
- La poca importancia dada a los síntomas físicos de la enfermedad.
- La diferente concepción que se tiene de la muerte.

Las funciones del chamán

El problema, sin embargo, es que eso que la racionalidad occidental interpreta como mágico, es precisamente la base misma sobre la cual están construidas estas medicinas indígenas.

Examinemos por ejemplo algunos de los principales elementos del papel que cumple el chamán en estas comunidades:

1. Su trabajo está más ligado con el mantenimiento de una forma de vida adaptativa en su comunidad, que con la curación de un enfermo determinado.

2. Su conocimiento y su poder tienen un carácter ambivalente: terapéutico y malevolente, que como bien lo ha señalado Buchillet (1990), es inherente a la lógica interna de la construcción del conocimiento chamánico.

3. Para el chamán, el enfermo es principalmente un síntoma de un desequilibrio social o ecológico (Reichel-Dolmatoff, 1983).

4. La ceremonia chamánica es un acto orientado a restablecer las reglas que permiten mantener la salud de toda la comunidad (Hildebrand, 1983).

5. El diagnóstico que realiza el chamán está basado más en el comportamiento y en la historia del paciente y de su entorno, que en los síntomas físicos que el enfermo presenta.

6. El tratamiento se orienta en consecuencia a contrarrestar el desequilibrio social y ecológico que ha producido la enfermedad; situándose en los mitos de origen de la comunidad, el chamán recuerda públicamente las normas tradicionales y prescribe los ayunos o rezos pertinentes.

7. El tratamiento de los síntomas y la prescripción de plantas o de otras

sustancias medicinales, está generalmente a cargo de mujeres ancianas o de otras personas de la comunidad.

8. En síntesis, la función principal del chamán está en el control y en la administración de los recursos naturales y las relaciones sociales.

Hablamos entonces aquí de un médico muy particular, cuyas funciones tienen poca relación con los aspectos propiamente médicos de la salud tal y como ellos se entienden en occidente. El chamán se preocupa por la circulación de la energía entre los hombres, los animales, las plantas y la tierra, y con ello busca asegurar el bienestar de su comunidad. El debe decir qué animales pueden cazarse y cuándo, dónde puede tumbarse el bosque para sembrar, cuándo debe trasladarse a otro sitio la comunidad; puede prohibir el consumo de ciertos animales o plantas por determinados períodos, e imponer restricciones sexuales y ayunos; él vigila a su comunidad y al medio ambiente en el que ella se encuentra. Aparte de conocer las tradiciones orales y rituales de su comunidad, el chamán es un profundo estudioso de la ecología de su región.

Los chamanes no son médicos occidentales que puedan reunirse a discutir su saber publicamente. Su saber está íntimamente ligado a su poder, a un poder muy especial. En muchas de estas comunidades, las enfermedades y la muerte se atribuyen al poder de la brujería de los chamanes de otras aldeas vecinas. Reunir a estos chamanes en cursos o encuentros puede traer consecuencias imprevistas, y puede ser más una imposición, en algunas comunidades, que una demanda sentida. Algunas experiencias llevadas a cabo en Colombia en este sentido, han enfrentado por ello numerosos problemas. La conclusión en estos casos ha sido la de considerar mejor orientar los esfuerzos a trabajar directamente con las comunidades, para que éstas pueden ir definiendo el papel que deben ocupar sus médicos tradicionales en los programas.

Estos eventos, al igual que la capacitación de parteras tradicionales, tienen en algunas ocasiones otros efectos imprevistos: el de incrementar las tarifas que estos especialistas cobran para sus servicios en la comunidad; o el de demandar sueldos a las entidades por su trabajo: "Si los promotores de salud reciben un salario, nosotros por qué no?".

Atención de salud y autonomía

Sin lugar a dudas es clara la urgencia de llevar a estas comunidades servicios institucionales de salud que permitan controlar los desastres que en la mayoría de ellas ha introducido la colonización y el contacto con la sociedad nacional dominante. El problema radica en cómo llevar esa indispensable atención de salud sin romper ese importante papel que el chamanismo cumple en estas comunidades. ¿Cómo lograr que los programas de salud no se conviertan en una punta de lanza de la colonización y la deculturación? ¿Cómo lograr que no hagan cada vez más dependientes a las comunidades? ¿Cómo lograr que refuercen su autonomía en lugar de socavarla?

En lugar de transformar al chamán en un enfermero, parece más adecuado orientar los esfuerzos a preparar adecuadamente al personal institucional de salud que atiende a estas comunidades. La formación hospitalaria, clínica y curativa del personal médico universitario es sin duda uno de los obstáculos principales en este propósito.

En la mayoría de los programas puede percibirse todavía una comprensión fragmentada de la medicina indígena. Sigue pensándose en muchos casos en la elaboración de listas de actitudes y prácticas tradicionales para calificarlas de correctas o inadecuadas, sin tomar en cuenta el sistema total del que forman parte. Es frecuente también analizar la medicina indígena en términos de categorías occidentales ajenas a su cosmovisión (por ejemplo, natural/ sobrenatural), con lo cual se obstaculiza la participación de las comunidades en el análisis de sus propias concepciones y prácticas médicas, y se obtiene una visión distorsionada de la cultura indígena. Con muy contadas excepciones, se tiende a analizar la medicina indígena desde un punto de vista curativo y técnico, desligándola de su medio y perdiendo de vista su fundamental papel preventivo y de control social y ecológico. Como consecuencia de esto, se ve al chamán como a un médico, con lo cual se desvirtúa su papel central de vigilante y salvaguarda de la identidad cultural y la tradición del grupo, y del mantenimiento de una forma de vida adaptativa como garantía de la salud de su comunidad.

Es necesario que el personal de salud conozca más sobre estas culturas y medicinas indígenas, y especialmente sobre las culturas locales con las que va a trabajar. Para ello es importante fomentar la interacción directa y prolongada con las comunidades, y la capacitación y asesoría para poder investigar estos fenómenos a través de métodos como el de la investigación participativa, factibles de ser desarrollados por el personal médico local y

las comunidades.

Es importante también intensificar la investigación sobre la medicina indígena, y la divulgación de estos estudios. Pero más que estudios académicos que resultan difíciles de asimilar por las comunidades y por el personal médico local, lo que debe fomentarse es el trabajo conjunto entre las comunidades y el personal de los Servicios de Salud. Es necesario promover una reflexión participativa sobre estos problemas a nivel de los equipos rurales de salud, de las organizaciones indígenas y los especialistas tradicionales. Y para ello hay que proporcionar a estos equipos las herramientas adecuadas.

Por lo menos al comienzo, puede resultar peligroso poner el énfasis en los especialistas tradicionales. Como ya señalamos, se corre el riesgo de medicalizar e institucionalizar a estos agentes, objetivo que resulta contrario a los postulados de autogestión que implica una verdadera política de atención primaria. El énfasis debe sin duda ponerse en el trabajo con las comunidades mismas, con sus cabildos y organizaciones, para con ellas ir definiendo el papel que deben jugar los especialistas tradicionales en este proceso de articulación. Necesitamos desarrollar una atención en salud menos médica y más social, que permita establecer un verdadero diálogo entre el personal de salud y las comunidades indígenas.

Bibliografía citada

Arango, R. y E. Sánchez

1989 *Los Pueblos Indígenas de Colombia*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.

Buchillet, D.

1990 "Los poderes del hablar. Terapia y agresión chamánica entre los indios Desana del Vaupés brasileño". En: E. Basso y J. Sherzer (Eds.), *Las culturas nativas latino-americanas a través de su discurso*. Quito: Abya-Yala/ Roma: MLAL (Colección 500 años n° 24), pp. 319-354.

Hildebrand, M. von

1983 "Cosmovisión y el concepto de enfermedad entre los Ufaina". En: FUNCOL (Eds.), *Medicina, Shamanismo y Botánica*. Bogotá: FUNCOL, pp. 48-63.

Kroeger, A. y F. Barbira-Freedman

1982 *Cultural Change and Health: The Case of South American Rainforest Indians*. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag.

Lightman, S.L.

1977 "The responsibilities of intervention in isolated societies". En: Ciba Foundation (Eds.), *Health and Disease in Tribal Societies*. Amsterdam, New York: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium nº 49), pp. 303-332.

Lobo-Guerrero, M. y X. Herrera

1989 *Los Programas de Atención Primaria en Comunidades Indígenas. Esfuerzos, opiniones y necesidades del personal de salud*. Bogotá: ETNOLLANO (Serie avances de investigación nº 1).

Neel, J.V.

1977 "Health and disease in unacculturated Amerindian Populations". En: Ciba Foundations (Eds.), *Health and Disease in Tribal Societies*. Amsterdam and New York: Elsevier/Excerpta Medica (Ciba Foundation Symposium nº 49), pp.155-168.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

1978 *Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional*. Ginebra: OMS (Serie Informes Técnicos 622).

OMS-UNICEF

1978 *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de la Salud*. Ginebra: OMS-UNICEF.

Reichel-Dolmatoff, R.

1983 "Conceptos indígenas de enfermedad y de equilibrio ecológico: los Tukano y los Kogi de Colombia". En: FUNCOL (Eds.), *Medicina, Shamanismo y Botánica*. Bogotá: FUNCOL, pp. 19-27.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ALTERNATIVA DE PROMOCIÓN COMUNITARIA

Francisco A. ZAMBRANO SANDOVAL()*

César MENDEZ LIZARAZO()*

Introducción

El trabajo que se presenta a continuación tiene por objeto describir el programa de salud que la Fundación para las Comunidades Colombianas (FUNCOL)⁽¹⁾ ha venido desarrollando desde una perspectiva multidisciplinaria desde el año 1979, con las comunidades indígenas del Arauca, Meta y Vichada y que está sujeto a correcciones, a enriquecimientos o ampliaciones; sirviendo como marco de referencia teórico y de planificación para el conjunto de las actividades de salud que en forma progresiva adelante FUNCOL. El contenido de este documento contempla desde criterios organizativos generales hasta aspectos detallados de la operativa del programa. Consideramos que el nivel del documento es aún general y que en la medida del desarrollo práctico que ha venido alcanzando se ha venido ajustando y está sujeto a modificaciones que provengan en primer lugar de las comunidades beneficiadas y en segundo lugar de las variantes que presenten las

(*) Licenciados en Enfermería, FUNCOL.

(1) La Fundación para las Comunidades Colombianas (FUNCOL), es una entidad privada, sin ánimo de lucro que trabaja con las comunidades indígenas por el respeto de sus culturas, sus formas organizativas, la defensa de sus tierras y demás derechos. FUNCOL adelanta dos programas básicos: a) Programa jurídico; b) Programa de salud a través del cual se busca complementar la medicina tradicional con conocimiento básicos de medicina institucional.

políticas del Estado en este campo específico y en tercer lugar de las que FUNCOL considere que son aplicables en cada uno de los casos.

La experiencia obtenida a lo largo del programa ha sido de invaluable utilidad para la precisión de aspectos determinantes de la problemática de salud de estas comunidades, la cual integrada a los conceptos teóricos vigentes en el país y el mundo sobre esta problemática, nos permite hacernos a una visión de conjunto de los alcances y limitaciones que conlleva un programa de esta naturaleza. Evidentemente, la precisión de los factores determinantes de la problemática de salud de estas comunidades se ha visto enriquecida por los aportes hechos por la mayoría de personas y entidades que en estos momentos desarrollan este tipo de actividades bien sea en comunidades indígenas o en otros sectores a través de la realización de talleres sobre estos temas, de la participación en foros y seminarios organizados por otras entidades con este mismo fin.

Inicialmente no nos hacíamos ilusiones con los alcances del programa en el nivel de salud de las comunidades vinculadas, ya que afrontaban condiciones de discriminación e irrespeto social, económico y cultural. Sin embargo, a medida que se ha venido desarrollando y que se ha venido integrando a cada una de las comunidades, se han ampliado las posibilidades y hemos llegado a considerarlo como una alternativa que las comunidades están en condiciones de sostener y convertir en corto tiempo en un mecanismo de autogestión, que les permita resolver muchas de las necesidades en el campo de la salud.

El programa de atención primaria adelantado por FUNCOL debe ser entendido como un aporte, para suplir la prestación de servicios de salud, en comunidades indígenas; donde las acciones en este campo por parte del Estado u otras instituciones encargadas de ello no llegan o son insuficientes, para la demanda que se presenta. No pretendemos solucionar los problemas de salud que aquejan a estas comunidades en su totalidad sino contribuir mínimamente a elevar el nivel de conciencia de estas comunidades en cuanto a autonomía y derechos propios e implementar programas alternativos que propendan por su desarrollo integral partiendo de sus propios recursos y de aquellos de nuestra cultura, que sean aplicables en este campo.

Justificación del programa

Teniendo en cuenta que todas las comunidades indígenas o cualquier

grupo humano existente poseen recursos de salud que tradicionalmente han utilizado para sobrevivir, y habiendo palpado las dificultades de índole cultural al querer incrementar programas sanitarios con estas comunidades, vemos la necesidad del conocimiento y sistematización de estos recursos; se trata simultáneamente de reforzarlos e impedir que estos desaparezcan con la expansión de la medicina institucional, presente según la intensidad del proceso colonizador que se desarrolla en estas zonas y que afecta a estos grupos de diferentes maneras.

A lo largo del programa se ha venido recolectando, analizando y sistematizando información sobre los niveles de salud de estas comunidades, a través de una aproximación de convivencia participante y canalizando los conocimientos de estos grupos en cuanto a concepciones y prácticas médicas, actitudes y valores que en este campo poseen, en su secular manejo del ecosistema tropical; abandonando la vieja posición colonial de imposición de elementos técnicos o tecnológicos tomados como universales.

Su objetivo principal ha sido el de contribuir a la aprehensión de la cultura indígena para el rescate y reforzamiento de su medicina tradicional, complementándola con la medicina institucional de manera que pueda servir como modelo para la resolución práctica de situaciones similares que se den en el resto de las comunidades indígenas o campesinas del país. Basados en el concepto de "Medicina de dos vías" que intenta conocer e incorporar técnicas médicas tradicionales con técnicas occidentales.

Uno de los principales problemas que enfrentan actualmente las comunidades indígenas, en especial las ubicadas en los Llanos Orientales son las precarias condiciones de salud y nutrición que se reflejan en los altos índices de morbimortalidad. Pese a los esfuerzos del Estado por incrementar los servicios de salud en estas zonas, no se ha logrado solucionar el problema; la infraestructura sanitaria es insuficiente y la mayoría de estas comunidades no conocen más que acciones esporádicas cuyos resultados no son duraderos y no cuentan con implementaciones reales dentro de cada grupo.

En otros casos las comunidades son meras receptoras de algunos servicios, de manera que no colaboran en forma sistemática en el diagnóstico, planeación, organización, ejecución y evaluación de los programas y muestran mas bien desinterés y a veces franco rechazo hacia algunos programas. Esta situación se genera por tres factores importantes: a) Por una parte el desconocimiento del hecho de que todo grupo humano posee una concepción del mundo, que contiene una serie de conocimientos, actitudes y prácticas curativas que le permiten enfrentar con relativo éxito, dentro de su propio

marco cultural, el problema de la enfermedad. Pero esta medicina tradicional o "vernácula", en la mayoría de los casos no logra resolver con acierto los problemas de salud que la comunidad enfrenta; estos provienen del contacto tenido en el proceso colonizador y entra a menudo en contradicción con las enseñanzas y programas de la medicina institucional; b) El contacto permanente de cada comunidad con grupos culturalmente diferentes, especialmente de colonos venidos del interior del país, poseedores de conocimientos y prácticas de salud particulares, han enriquecido en unos casos, o suprimido en otros, las prácticas tradicionales de la comunidad; c) Finalmente, están los factores relacionados con los servicios mismos de salud; sus formas de penetración, su metodología, sus objetivos, sus premisas, su planificación, las relaciones de tipo vertical que se establecen, los niveles culturales de comunicación existentes generan un distanciamiento entre medicina institucional y las comunidades receptoras de estos programas. A menudo los programas están divorciados de la realidad inmediata que viven los grupos indígenas y son asistemáticos por razones burocráticas o políticas.

Estos factores muestran la necesidad de tener en cuenta los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas curativas de cada comunidad, sus formas de organización, sus expectativas y los valores en el campo de la salud, la ecología, la higiene, la nutrición, etc. para diseñar programas de salud, donde la comunidad juegue papel importante en su ejecución. Apesar de la importancia que esta serie de factores tiene en la planificación de programas de salud, pocas veces se han tenido en cuenta, o se toman en forma superficial y no repercuten en los resultados prácticos de este tipo de acciones.

Algunos científicos sociales colombianos en épocas recientes han venido trabajando en este campo pero sus investigaciones están aún en proceso, mientras en otros países como Venezuela, México y Perú se han presentado algunos con resultados positivos. Incluso trabajos realizados en Guatemala y Ecuador pueden dar pautas acerca de alternativas de salud para poblaciones marginales de países del Tercer Mundo. Por eso la Organización Mundial de la Salud (OMS) ve fundamental "explorar las posibilidades de integrar en las actividades de atención primaria, la práctica médica tradicional o popular (sistema informal), con la práctica médica occidental (sistema formal)" (1973).

En este sentido el programa adelantado por FUNCOL ha venido delineando un perfil de las condiciones y prácticas médicas de las comunidades

indígenas vinculadas y sus relaciones con la medicina institucional, allegando criterios concretos sobre la prestación de servicios de salud para mejorar las condiciones generales de estas comunidades.

El saber médico indígena ha evolucionado a través de los años y hoy en día es transmitido y difundido por sus "especialistas". Estos se encargan de la protección de los individuos y gozan dentro de cada comunidad de poder y prestigio. Para el desarrollo de los conocimientos médicos el shaman, paye o kareca se ha basado en la observación derivada de la relación signo-síntoma-ambiente, sin adentrarse en el estudio anatómico del cuerpo humano. He ahí la diferencia con nuestra medicina institucional. Es decir, que lo que antes se diagnosticaba por la enumeración de síntomas y signos más comunes, ahora se define mediante la descripción de los hallazgos anatomopatológicos. Hay sin embargo, una relación directa entre lo que es la medicina popular y la institucional. Esta última se nutre continuamente de la primera; lo vemos por ejemplo cuando se estudió la acción o el papel del curare y la quina utilizados por los indígenas americanos, o por especialidades manejadas hace miles de años y que aún no se han podido explicar con suficiente claridad, como es el caso de la acupuntura china. Como lo anota Vasco Uribe (1975) este proceso de conocimiento empírico no sistematizado y propio de cualquier organización social a pesar de haberse quedado sin mayor profundización y haber sido superado por el conocimiento propio de otras organizaciones sociales, ha aportado y sigue aportando aún y lo que es más importante, hace parte de la estructura social y mental de amplios sectores de la población.

El análisis de esta estructura del conocimiento y su dinámica es un elemento que debemos afrontar para superar la etapa de considerar esas formas de conocimiento como errores o brutalidades de los "profanos". Los programas médicos se hacen más efectivos cuando parten del conocimiento de las mencionadas estructuras.

Siempre que se adelante un programa de atención primaria de salud es importante tener presente las creencias que tenga la comunidad en torno al carácter de la enfermedad, es decir si esta es susceptible de ser tratada con sus propios recursos, si debe ser atendida interna o externamente o si es o no conveniente el tratamiento institucional, lo que determina la presencia y vigencia de ambos métodos de curación.

El Ministerio de Salud, a través del Plan Nacional de Participación de la Comunidad, ha declarado que: "Realizará esfuerzos necesarios para que dentro de los lineamientos de la política nacional de salud y del plan global

de desarrollo económico y social del país, las comunidades de las áreas rurales, zonas marginales y urbanas y zonas indígenas logren participar, de manera adecuada en la planeación y desarrollo de los servicios básicos de salud, dentro de la actual estrategia de la Atención Primaria”(1981:1). Esta política ha sido discutida y apoyada ampliamente en conferencias nacionales o internacionales de salud. Estas observaciones fueron plasmadas en la Resolución 10013 del 24 de Septiembre de 1981, ajustadas concretamente a las comunidades indígenas.

En el mes de Diciembre de 1981 el Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Investigaciones, realizó la primera reunión sobre Medicina Tradicional, con el propósito de analizar y utilizar la información existente sobre la materia y explorar la posibilidad de integrar la práctica médica informal o tradicional con la práctica médica formal o institucional en actividades de atención primaria.

Por recomendación del Consejo Ejecutivo, la 24ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud decidió que el próximo estudio orgánico versará sobre “Métodos para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud”; en la 49ª reunión del Consejo Ejecutivo celebrada en Enero de 1972 se presentó un documento de trabajo al respecto, sobre el cual laboró una comisión designada para tal efecto aprobando en uno de sus documentos finales de trabajo varios métodos que podrían adoptarse para promover el desarrollo de los servicios básicos de salud. Esta tendencia iniciada en 1972 tiene su máxima expresión en la reunión de Alma-Ata en la URSS sobre atención primaria de salud en 1978 promovida por UNICEF y la OMS.

Vargas Trentora resume satisfactoriamente la evolución de los conceptos y definiciones de atención primaria de salud surgidos de las inquietudes expresadas de la OMS; en su definición más reciente la expresa como “el conjunto de acciones de salud poco complejas pero efectivas que se ponen al alcance del individuo, la familia y la comunidad para promover y conservar la salud, así como para repararla y prevenir la enfermedad”(1977:392).

De otra parte, se ha venido haciendo progresivamente más relevante la concepción a través de la cual la comunidad organizada forma parte de todos los aspectos relativos a un programa de salud y es su participación la que garantiza la efectividad y continuidad de cualquier programa sanitario. En nuestro país el Ministerio de Salud ha recogido esta recomendación de la OMS y la aplica como política central en la organización de los servicios de salud. Vasco Uribe (1979) ha disecado el concepto de la participación de

la comunidad extrayendo sus elementos determinantes, despojándolo de la demagogia oficial y proponiendo alternativas concretas para su aplicación en el campo de la salud.

Existe cierta unidad de criterios entre los diferentes autores en cuanto al contenido de los programas de atención primaria. Djukanovich & Mach (1975), en sus análisis sobre medicina simplificada en Venezuela, recomiendan como componentes básicos del programa: a) La promoción de la salud a través de servicios elementales para madres e hijos, educación en salud y saneamiento ambiental; b) La protección de la salud a través de inmunizaciones; c) El restablecimiento de la salud a través de primeros auxilios o acción terapéutica simplificada; d) El registro de eventos vitales y e) La vigilancia epidemiológica de ciertas enfermedades como malaria, tuberculosis, etc.

La reunión de Alma-Ata URSS (1978) recomienda, además, la provisión de medicamentos y el suministro de alimentos. Desde el punto de vista metodológico para la implementación de los programas de atención primaria, Newell et al. (1975) recomiendan la diferenciación por sectores y servicios para seleccionar el más importante y profundizar en él. Esta y otras recomendaciones metodológicas son incorporadas en una guía para la organización de servicios de salud por la OMS (1974), sirviéndonos de guía para el desarrollo de nuestro programa.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) realizó un seminario de educación no formal, en cuyo resumen se precisen definiciones y postulados de este tipo de educación que es recomendada para el adiestramiento del personal de salud encargado de llevar a cabo los programas de atención primaria y participación de la comunidad (1977).

Propósitos y objetivos del programa de salud adelantado por FUNCOL

1. Contribuir al mejoramiento del nivel de salud de las comunidades indígenas de Arauca, Meta y Vichada que se han venido vinculando al programa.
2. Estimular la participación de cada comunidad en el diseño, planificación, ejecución, supervisión y evaluación del programa de salud.
3. Adelantar la capacitación de indígenas de cada comunidad en técnicas para-médicas y de atención primaria de salud, de acuerdo a las necesidades

de cada una de ellas.

4. Ejecutar acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, teniendo en cuenta las decisiones que tome cada comunidad con respecto a este tipo de acciones.

5. Suplir la demanda y las necesidades sanitarias de cada comunidad para las entidades patológicas de mayor prevalencia.

6. Rescatar y velar por la conservación de las prácticas tradicionales de salud de cada comunidad, efectuando intercambio en los casos en que sea posible.

7. Impulsar la utilización de las plantas medicinales propias de cada zona y hacer conocer su uso donde estas existan.

8. Evitar en lo posible, la sustitución de sus prácticas de salud por aquellas propias de la medicina occidental o institucional.

Criterios organizativos generales del programa

El diagnóstico de la deplorable situación económica y social de las comunidades indígenas de Tame (Arauca), Puerto Gaitán (Meta) y San José de Ocué (Vichada) con las consecuencias obligadas sobre el estado de salud de estas poblaciones, nos mostraron la necesidad de organizar un programa de salud ajustado a los siguientes criterios:

Las acciones elementales de salud orientadas a modificar los problemas de mayor incidencia en cada comunidad, deben ser ejecutadas a través de personas que pertenezcan a la misma comunidad, capacitándolas mediante un adiestramiento elemental pero lo suficientemente extenso que nos permitiera influir mínimamente en el estado de salud de cada una de las comunidades beneficiadas con el programa.

Este conjunto de acciones de salud no se orientaron exclusivamente a un aspecto de la problemática de salud; por el contrario se han venido precisando acciones específicas sobre todos los niveles de atención de la enfermedad a nivel de promoción, prevención, reparación y rehabilitación. Todas estas acciones de salud se han caracterizado por su bajo nivel de complejidad, siendo susceptibles de ser realizadas por personas con un adi-

estramiento mínimo, considerado dentro del complejo esquema académico del personal de salud. Ahora bien, los logros del programa adelantado por FUNCOL han tenido como base el compromiso de la comunidad para su participación en cada una de las etapas del programa. Esta participación está determinada por la organización interna lo que ha hecho que el programa no sea ajeno a sus intereses y expectativas.

La dinámica que se le ha imprimido al programa ha sido el de orientarlo para que la comunidad vaya tomando en sus manos, mas o menos rápidamente de acuerdo a sus condiciones, el manejo operativo del mismo; esto nos ha permitido irlo ajustando cada vez más a las necesidades de la comunidad y que ésta entienda que es capaz de manejarlo íntegramente y buscar soluciones a su problemática.

Los criterios expuestos nos mostraron variedad de comunidades para la extensión del programa. Encontrándose que aquellas comunidades que han sido duramente golpeadas por el proceso de la colonización con las consecuencias obvias de pérdida de su identidad cultural, pérdida de su lengua y de sus formas de organización propias, etc. el logro de la participación en el programa de salud será mucho menor que aquellas que aún conservan los aspectos importantes de su cultura y de su organización, por consiguiente los resultados del programa han sido mejores en éstas últimas.

El eje organizativo dominante del programa ha sido un sistema adecuado de aprovisionamiento y distribución de medicamentos y materiales. FUNCOL ha donado materiales y medicamentos a cada una de las comunidades vinculadas, como base de apoyo a su fondo rotatorio y las comunidades lo sostienen e incrementan, mediante el pago en dinero o especies. En cuanto a la distribución de materiales de consumo tipo merthiolate, gasa, alcohol, etc., fueron suministrados gratuitamente por FUNCOL. Actualmente cada comunidad debe adquirirlos con sus propios recursos. La ayuda de mayor importancia para el desarrollo de las boticas rotatorias ha sido la de adquirir directamente en los laboratorios los medicamentos y materiales y enviarlos periódicamente según los pedidos de cada comunidad, generalmente se aprovechan las visitas de supervisión y evaluación para efectuar el reaprovisionamiento. Consideramos que este aspecto es uno de los que debe entregarse más rápido a la comunidad para su manejo; es decir que la comunidad por sus propios medios y recursos adelante este tipo de actividades.

Consideramos que a través de esta modalidad de manejo se ha venido fomentando la autoayuda y el aporte directo de la comunidad para el sosteni-

miento del programa. Hemos encontrado algunas dificultades de mayor o menor grado dependiendo de la zona, del tipo de tratamiento que ha recibido de agentes externos y que en la mayoría de los casos los han venido acostumbrando a vivir de la caridad pública, de las donaciones y de suministros gratuitos, que no tienen continuidad y que les crean necesidades que no pueden resolver y que los colocan al borde de la indigencia.

Las relaciones entre FUNCOL, sus funcionarios y las comunidades indígenas se han basado en el más absoluto respeto por la cultura y las tradiciones de ellas. En esta perspectiva se ha velado por el rescate y la conservación de las prácticas tradicionales de salud estimulando su utilización y conservación de los recursos tradicionales, sin imponer en ninguna circunstancia las concepciones de la medicina institucional. Esto no significa que despreciemos los avances tecnológicos de la medicina institucional, por el contrario, en la medida del desarrollo del programa se han puesto al servicio de las comunidades y se ha venido dando forma a la aplicabilidad de la integración de la curación tradicional con la occidental y han sido las comunidades las que en forma autónoma decidan su utilización.

En desarrollo del programa se ha entrado en contacto directo con otras instituciones que trabajan en comunidades indígenas. El criterio general que ilumina el programa para su relación con cualquier institución de carácter público o privado ha sido la de mantener independencia de métodos y concepciones de trabajo en las comunidades indígenas, y más bien se enmarcarán dentro de la mutua colaboración y respeto por cada uno de los programas que se ejecutan. En términos generales el programa ha mantenido buenas relaciones con todas las instituciones que desarrollan actividades en las comunidades indígenas en diversos campos. En el campo de la salud las relaciones se han llevado a nivel local, habiéndose hecho intentos a nivel seccional, lográndose algunos acuerdos que llevados a la práctica, no han tenido la continuidad que esperábamos. En todo sentido se ha procurado una relación de mutuo apoyo ya que el programa ha desarrollado actividades locales propias del Ministerio de Salud (vacunación, promoción y educación comunitaria) y a su vez las instituciones oficiales han aceptado las remisiones de pacientes para tratamientos de mayor complejidad.

En resumen, el estado de salud de una comunidad no depende exclusivamente de las acciones que se tomen sobre la enfermedad sino, que es necesario entender la salud como una resultante de las condiciones económicas y sociales de dicha comunidad. Evidentemente este propósito sobrepasa las modestas posibilidades de FUNCOL, pero se ha tratado de enfocar la solu-

ción del problema de salud a partir de modificar la situación económica y social de estas comunidades, mediante la asesoría y representación ante entidades gubernamentales, religiosas y privadas, tendientes a la ampliación, constitución y recuperación de sus territorios y el apoyo y reforzamiento de programas de otras disciplinas que los benefician directamente, elementos sin los cuales un programa de salud no puede entenderse como tal.

Definición de sub-programas

Siguiendo las recomendaciones formuladas por la OMS (1974) para la organización de servicios de salud, es necesario entrar a definir los sub-programas o áreas que toca el programa de atención primaria de salud para comunidades indígenas. La diferenciación en áreas o sub-programas se ha hecho con fines exclusivos de programación, pues el programa es la interrelación estrecha de estos sub-programas, y no es posible concebirlos funcionando cada uno de ellos aisladamente.

1. SUB-PROGRAMA DE ADIESTRAMIENTO

Es la capacitación permanente de miembros de la comunidad en técnicas de atención primaria en salud y técnicas para médicas sencillas para atender los problemas de salud que se presentan con mayor frecuencia en su comunidad. Esta capacitación se lleva a cabo a través de los siguientes componentes:

a) Selección de Candidatos

Estas personas son escogidas directamente por la comunidad con base a los siguientes criterios:

- Pertenecer a la comunidad;
- Ser aceptado por toda la comunidad, ser propuesto por autoridad tradicional;
- Saber leer y escribir en Castellano, que lo manejen adecuadamente al igual que su lengua nativa;
- Que muestre interés en la prestación de este tipo de servicios a la comunidad, en forma voluntaria.

b) Cursillo de Capacitación

Los cursos que se implementan tienen una duración aproximada de 110 horas, durante 15 días consecutivos. Estos se llevan a cabo en cada una de

las zonas y en la comunidad o sitio que hayan escogido las comunidades. El objetivo de los cursos de capacitación es lograr que los participantes lleguen a identificar las enfermedades de más alta prevalencia en su área y puedan aplicar algunas medidas para promover, proteger y restaurar la salud, desde el punto de vista de la medicina institucional, una vez agotadas las posibilidades del recurso tradicional.

Para cumplir este objetivo el curso contiene temas sobre anatomía, fisiología, inyectología, primeros auxilios, tratamiento de las enfermedades más frecuentes, recolección de información sobre estadísticas vitales, uso de medicamentos, educación nutricional y saneamiento ambiental.

La metodología empleada busca estimular el aprendizaje sobre situaciones concretas, con base en las necesidades detectadas en los estudios previos de cada comunidad y apoyados en los recursos utilizables de su medio, es esencialmente práctico. El curso finaliza con una práctica, en cada una de las comunidades que enviaron delegados; en donde el trabajador de salud participa en las diferentes actividades con miras a reforzar los conocimientos obtenidos, y fomentar la confianza que la comunidad ha depositado en él.

c) Supervisión

Las actividades de salud adelantadas por el trabajador de salud están determinadas por la habilidad e iniciativa demostrada por él y se cimentan progresivamente con los nuevos conocimientos que recibe en cada una de las visitas de supervisión y de la evaluación que de él hace su comunidad.

d) Manual de Procedimientos (Ayudas didácticas)

Contiene en forma sumaria y concisa los procedimientos aprendidos, en el curso de capacitación, así como el listado de drogas, dosis, indicaciones y precauciones. Su diseño es sencillo con abundantes dibujos, frases cortas y precisas y en lenguaje propio de estas regiones. Este material sirve como instrumento permanente de consulta para el trabajador de salud.

e) Cursos de Actualización y Profundización

Son de especial importancia para mejorar los conocimientos de los trabajadores de salud y su programación y periodicidad está determinada por las dificultades que afronte el trabajador de salud en desarrollo de sus actividades, por las necesidades detectadas y manifestadas por la misma comunidad y por la observación y evaluación que se lleva sistemáticamente en

cada una de las visitas.

2. SUB-PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD

Se define como el conjunto de acciones de promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud utilizando técnicas poco complejas, las cuales son llevadas a cabo por el trabajador de salud en su comunidad. El sub-programa de atención en salud tiene los siguientes componentes:

a) Atención infantil

Sobre este grupo poblacional se desarrollan las siguientes actividades:

- Atención de quemadura, hidratación oral, identificación del grado y extensión, prescripción de analgésicos, curación, remisión según normas;
- Atención de fracturas, inmovilización, transporte, prescripción de medicamentos, remisión según normas;
- Atención de hemorragia, taponamiento nasal, aplicación de torniquetes, técnicas de compresión, hidratación oral, remisión según normas;
- Atención de heridas, limpieza y debridamiento, suturas, curaciones, prescripción de medicamentos, remisión según normas;
- Identificación de la hidratación, prescripción de medicamentos, remisión según normas;
- Identificación en enfermedades diarreicas, preparación del suero casero, hidratación oral, prescripción de medicamentos, educación sobre prevención, remisión según normas;
- Identificación de la amibiasis intestinal, hidratación oral, prescripción de medicamentos, educación sobre prevención, remisión según normas;
- Identificación del parasitismo intestinal, prescripción de medicamentos, educación sobre prevención, remisión según normas;
- Identificación de anemias, prescripción de medicamentos, educación nutricional, remisión según normas.
- Identificación de enfermedades de la piel, educación sobre higiene y prevención, prescripción de medicamentos, realización de curaciones, remisión según normas.

b) Atención de adultos

Aparte de las actividades descritas para el grupo infantil, que se ejecutan con los respectivos ajustes, para el grupo de adultos se desarrollan las siguientes actividades:

- Identificación del paludismo, educación sobre prevención, prescripción de tratamientos, educación sobre medios de diagnóstico, remisión según normas;

- Identificación de tuberculosis pulmonar, educación sobre prevención, educación sobre medios de diagnóstico, control de tratamientos, remisión según normas;

- Atención materna, detección de la embarazada, control del embarazo, clasificación del riesgo obstétrico, toma de tensión arterial, edemas, hemorragias vaginales, identificación de aborto, prescripción de medicamentos, remisión según normas;

- Identificación de la hipertensión, toma de tensión arterial, remisión según normas;

- Enfermedades de los ojos, identificación de irritación, edema y pus, prescripción de medicamentos, remisión según normas;

- Mordedura de víboras, primeros auxilios y transporte, remisión según normas.

c) Vacunación

Básicamente se han adelantado campañas de educación sobre la importancia de la prevención de enfermedades mediante la vacunación y se ha colaborado en las campañas ejecutadas por los servicios seccionales de salud.

d) Vigilancia epidemiológica

- Aviso sobre enfermedades poco comunes
- Aviso sobre mortalidad inesperada
- Aviso e identificación de tos ferina
- Aviso e identificación de sarampión
- Aviso e identificación de tuberculosis pulmonar
- Aviso sobre rabia animal o peste loca

3. SUB-PROGRAMA DE BOTICAS ROTATORIAS

Es una actividad fundamental de apoyo a las acciones de salud; consiste en ubicar en cada comunidad vinculada al programa una cantidad suficiente de materiales y medicamentos, susceptibles de ser manejados y prescritos por el trabajador de salud. Dichos elementos son entregados a la comunidad, inicialmente controlados por el trabajador de salud, buscando que la responsabilidad del manejo sea asumida paulatinamente por aquella,

mediante el mecanismo que autónomamente elija. La definición del tipo de medicamentos a utilizar por el trabajador de salud, obedece entre otros criterios a: a) Fácil conservación en un ambiente cálido- húmedo; b) Bajo precio y fácil adquisición; c) Reducir y estandarizar el número de productos farmacéuticos que se utilizan en la comunidad, para evitar equivocaciones de dosis, efectos, precauciones y presentación; d) Mejorar la calidad de la utilización, información y vigilancia de los medicamentos; e) Lograr una cobertura con medicamentos de eficacia y seguridad comprobados.

Los medicamentos utilizados son los genéricos, tales como:

- Analgésicos: Aspirina y Acetaminofén
- Antibióticos: Ampicilina, Penicilina y Furazolidona
- Antiparasitarios: Mebendazol, Pirantel y Piperazina
- Antiamebianos: Metronidazol y Tinidazol
- Antimaláricos: Cloroquina, Primaquina y Sulfadoxina
- Espectorantes: Dextrometorfano y Guayacolato
- Complementos vitamínicos y de hierro
- Gotas oftálmicas: Terramicina y Sulfisoxazol
- Sales de rehidratación oral
- Antiescabiótico: Benzoato de bencilo o hexacloruro de gamabenceno.

Componentes del sub-programa

- a) Almacenamiento y cuidado de drogas
- b) Venta de las drogas
- c) Contabilidad pertinente al manejo de drogas
- d) Elaboración de pedidos según necesidad
- e) Entregas y envíos de dineros
- f) Adquisición de drogas en el laboratorio
- g) Reaprovisionamiento de las boticas rotatorias.

El manejo de estas drogas lo aprende el trabajador de salud en el cursillo, durante la práctica en su comunidad y en la asesoría dada en cada visita; se incluye un microvademecum al manual de procedimientos con la dosis, presentación, indicaciones, contraindicaciones y precauciones.

4. SUB-PROGRAMA DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

Es un conjunto de acciones teóricas y prácticas encaminadas a solucionar problemas relacionados con el medio ambiente y que afectan directamente el

estado de salud de la comunidad. Este sub-programa se hace a través de los siguientes componentes:

a) Agua: Identificación del problema, educación sobre su uso, búsqueda de soluciones y participación comunitaria.

b) Excretas: Identificación del problema, educación sobre el problema, búsqueda de soluciones y participación comunitaria.

c) Mejoramiento de viviendas: Identificación del problema, educación comunitaria.

d) Higiene: Identificación del problema, educación comunitaria.

Estas actividades se han venido cumpliendo a lo largo del programa y su desarrollo depende de las condiciones socio-económicas de cada comunidad.

5. SUB-PROGRAMA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

Es la recolección de un conjunto de datos para cuantificar aspectos demográficos y de salud de cada comunidad. Dichos datos nos permiten tener elementos mínimos de juicio para la programación posterior, además de servir como indicadores para la evaluación del programa.

Los componentes de este sub-programa son:

a) Censo de población

b) Registro de natalidad y mortalidad

c) Registro de morbilidad

d) Revisión y análisis periódico de la información

Esta información es recolectada por los trabajadores de salud en formatos simplificados de fácil manejo y corregidos en las visitas de supervisión.

Organización del programa

1. COBERTURA DEL PROGRAMA

El programa cubre una población de 2.500 indígenas aproximadamente

así como unas 250 familias de colonos en las tres zonas, que ocasionalmente solicitan los servicios. La distribución de la población indígena es la siguiente:

- a) Tame (Arauca): 8 comunidades de origen Guahsbo, Tunebo y Cuiva.
- b) Puerto Gaitán (Meta): 5 comunidades de origen Guahsbo.
- c) San José de Ocuté (Vichada): 13 comunidades de origen Guahsbo, Piapoco y Sáliba.

Las enfermedades más frecuentes en estas comunidades son el parasitismo intestinal, enfermedades respiratorias, paludismo, enfermedades diarreicas, amibiasis, desnutrición y tuberculosis.

Los recursos de salud institucionales son insuficientes o de difícil acceso para las comunidades indígenas. Las prácticas tradicionales de salud tienden a desaparecer por las presiones de tipo cultural de los blancos.

2. RECURSOS HUMANOS

Para el manejo del programa con la cobertura expuesta se cuenta con:

- a) Asesoría: Médico salubrista
- b) Antropólogo
- c) Ejecución: Dos licenciados en enfermería
Un auxiliar de enfermería
30 Trabajadores de salud.

3. RECURSOS MATERIALES

A continuación se presenta el listado de los recursos materiales que se han utilizado en el desarrollo del programa:

a) Adiestramiento: Manual de procedimientos, Tensiómetro, Termómetros, Vendajes elásticos, Equipo de sutura, Elementos para curaciones.

b) Boticas rotatorias: Listado de droga, Cuaderno de contabilidad, Lápicas, Papelería para pedidos, Papelería para recibos.

c) Estadística: Formulario de censo de población, Formulario de natalidad, Formulario de mortalidad, Formulario de morbilidad.

d) Transporte: Un vehículo de doble tracción.

4. ATENCIÓN Y REMISIÓN DE PACIENTES

El gran número de los problemas de salud que se han presentado se les ha dado solución adecuada a través de las acciones ejecutadas por el trabajador de salud; sin embargo algunos casos han requerido de recursos más complejos y en este caso a los recursos ofrecidos por el sistema nacional de salud.

Estas remisiones no se hacen a sitios escogidos arbitrariamente sino con base en la costumbre establecida por la comunidad. En las tres zonas estos servicios son prestados por hospitales locales con insuficiencia de recursos y atención a patologías muy limitadas.

5. EVALUACIÓN

La evaluación del programa se realiza a dos niveles: a) Aquella permanente que permite evidenciar problemas y efectuar ajustes inmediatos; b) Evaluación periódica que toma el programa en su conjunto, realiza definiciones, traza políticas y toma decisiones.

En el proceso de evaluación la comunidad ha tenido una participación franca en cuanto al desarrollo del programa, a sugerencias, a expectativas, a actividades, al planteamiento de posibles soluciones, etc. esto se ha logrado a través de reuniones amplias con cada una de las comunidades y aún en reuniones regionales.

La evaluación permanente se ha encaminado a la identificación de la calidad de la atención prestada por el trabajador de salud, definiendo interferencias o dificultades en el desarrollo de su trabajo.

La evaluación periódica se realiza en términos de la adecuación de los métodos implementados, para el logro de objetivos, así como de la eficiencia y eficacia del programa.

Puesto que el estado de salud es apenas una resultante del grado de desarrollo de la comunidad, las variaciones frente a la morbimortalidad no pueden tomarse como efecto directo del programa y por lo tanto este tipo de evaluación no debe ser tenido en cuenta en forma determinante, aún cuando es de la mayor importancia efectuarlo.

Bibliografía citada

Djukanovich, J. y E.P. Mach

1975 *Alternative approaches to meeting basic health needs in Developing countries*. Washington: WHO.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

1977 *Seminario de Educación no formal* (Resumen de actividades y conceptualización). Sogamoso.

Ministerio de Salud - Dirección de Participación de la Comunidad

1981 *Plan Nacional de Participación de la Comunidad*. Bogotá.

Ministerio de Salud - Dirección de Investigaciones

1981 *Primer Reunión sobre Medicina Tradicional*. Bogotá.

Newell, K.W. y otros

1975 "El programa combinado de asistencia sanitaria". *Crónica de la OMS* 29:13-19.

OMS - Consejo Ejecutivo

1973 *51ª. Reunión Anexo II*. Ginebra: OMS (Enero).

1974 *Guía para la organización de los servicios de salud em áreas rurales y la utilización del personal auxiliar*. Ginebra: OMS (nº 290).

OMS-UNICEF

1978 *Alma-Ata 1978: Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS-UNICEF.

Vargas Trentora, F.

1977 "Extensión de la cobertura de atención primaria de salud y participación de la comunidad: Definiciones y conceptos operativos". *Boletín de la OPS* 5.

Vasco Uribe, A.

1975 *Salud, Medicina y clases sociales*. Medellín: Editorial La Pulga.

1979 *Enfermedad y Sociedad*. Medellín: Ediciones Hombre Nuevo.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS COMUNIDADES TUNEBO (U'WA), GUAHÍBO (SIKUANI), Y PIAPOCO (DEJÁ) DE LA ORINOQUIA COLOMBIANA

Francisco A. ZAMBRANO SANDOVAL()*

César MENDEZ LIZARAZO()*

*Ernesto LOZANO BARRETO(**)*

Introducción

Con base en la experiencia y el conocimiento adquiridos durante 9 años de ejecución de sus programas de Atención Primaria en Salud la Fundación para las Comunidades Colombianas (FUNCOL) inició en 1986 un estudio epidemiológico sobre las enfermedades y patologías más frecuentes entre las comunidades indígenas de Arauca y Meta-Vichada.

El estudio fue diseñado conjuntamente con las comunidades con el objeto de conocer las causas más importantes de la morbilidad y se espera que esta información provea las bases para el desarrollo de nuevos programas de atención y acciones específicas de salud para estos grupos indígenas. Igualmente, la información obtenida permitirá cualificar sensiblemente la acción de los promotores indígenas de la salud en sus comunidades, quienes dependen básicamente del conocimiento empírico de la enfermedad. Al determinar la prevalencia de enfermedades y de vectores enfermantes les permitirá orientar sus esfuerzos y actividades hacia aquellas que con

(*) Licenciados en Enfermería, FUNCOL.

(**) Bacteriólogo, FUNCOL.

mayor frecuencia afectan a la población; reforzando el efecto de los tratamientos individuales al tener en cuenta también las causas.

Descripción general de los grupos indígenas

1. ZONA DE ARAUCA

a) Los Tunebo (U'wa)

Ocupan territorios comprendidos entre los 500 y 1.500 metros s.n.m. con temperaturas entre 19 y 30 grados centígrados en verano y 19 y 25 en invierno. La mayor parte de la zona está cubierta de bosques naturales con relieve variable, que incluye pendientes muy fuertes en las proximidades de la Sierra Nevada del Cucuy, algunas serranías y zonas planas en las vegas de los ríos. Está bañada por ríos torrentosos y pedregosos que cambian frecuentemente de cauce, destruyendo cultivos e inutilizando extensas áreas que se convierten en madre viejas (lechos anteriores de caños, quebradas y ríos).

La zona montañosa ha comenzado a ser influenciada por la colonización mediante un proceso de deforestación y explotación maderera en forma descontrolada. La parte más baja y plana corresponde a las últimas estribaciones de la Cordillera Oriental, sitio permanente de ubicación de las comunidades indígenas, donde se desarrolla la totalidad de las actividades agropecuarias y donde se expande paulatinamente la actividad ganadera por parte de los colonos.

La vocación de estas áreas es de producción forestal, siendo corroborado por el estado que presentan las áreas desmontadas y utilizadas en labores agrícolas o ganaderos con un rendimiento cada vez más deficiente.

Este grupo indígena conserva sus costumbres y dialectos y aunque ha asimilado selectivamente ciertas prácticas sociales y culturales del blanco, lo consideran portador de enfermedades y maleficio. El proceso de aculturación ha sido lento en relación con otras étnias y es diferente internamente de una comunidad a otra. En todas ellas la mujer es el guardián principal de la tradición cultural y aunque es notorio el mestizaje no han desaparecido por completo sus características étnicas. Por regla general la comunidad Tunebo mantiene un distanciamiento ante los blancos, pero la presencia cada vez más numerosa de éstos ha obligado relaciones mutuas de tipo económico, comercial y laboral generalmente desventajosas para el indígena.

La relación del Tunebo con la tierra no es de dominio individual; ella le suministra los elementos necesarios para subsistir y él toma solamente lo que necesita para satisfacer sus necesidades. Cultiva lo necesario en los di-

ferentes pisos térmicos que ofrece su hábitat, hace rotación de cultivos y deja descansar las áreas utilizadas por varios años. Sin embargo, esta situación tiende a cambiar a medida que avanza su reducción ya que a pesar de que tienen títulos que reconocen su territorialidad, incluso desde la época de la colonia, estos no han sido respetados, mientras que otros asentamientos ni siquiera se les reconoce su dominio ancestral.

b) Los Guahfbo (Sikuani)

Habitan un territorio comprendido entre los 200 y 500 metros s.n.m. con temperaturas entre los 22 y 32 grados centígrados en verano y 20 y 28 en invierno. Comprende considerables extensiones de sabanas naturales, grandes franjas de bosques descuajados convertidos en potreros y bosques de galería alrededor de caños y ríos, con pocas especies arbóreas debido a la tala indiscriminada a que ha sido sometidos en las tres últimas décadas. El terreno posee una inclinación moderada con zonas completamente planas. Los ríos corren al nivel de la sabana, lo que origina en invierno grandes inundaciones, convirtiendo estas áreas en depósitos de sedimentos orgánicos que son utilizados para cultivos temporales en la época seca. Las partes no inundables son utilizadas como potreros o para cultivo de maíz, yuca y plátano con rendimientos decrecientes. La fauna es muy reducida debido a factores como: La densidad de población, destrucción del ecosistema y la caza indiscriminada.

Todas las comunidades poseen pequeños territorios de baja calidad que han sido ratificados por resoluciones gubernamentales. Históricamente ninguna habita los territorios de sus antepasados.

La impresión que se tiene sobre estos grupos es que han perdido la mayor parte de su tradición. Sin embargo, la convivencia con ellos nos ha permitido percibir la existencia de algunos elementos vigentes en su interior, pero que difícilmente se manifiestan en la relación cotidiana con los "blancos". Uno de estos elementos lo constituye la persistencia del dialecto, que se evidencia indirectamente en su español rudimentario, pobre en elementos semánticos y composición gramatical.

Todos los grupos han asimilado prácticas aportadas por los diversos grupos culturales que conforman la población de colonos que comparten la zona, sin que haya yuxtaposición sobre su cultura, o que garantice de alguna manera su autonomía e identidad cultural.

En cuanto a la producción se distinguen dos grandes grupos: Los nómadas, cazadores y recolectores por excelencia y los que además de cazadores

y recolectores son agricultores.

La concepción cultural de este grupo de las relaciones del hombre con la naturaleza han consolidado su situación de aislamiento, miseria y rechazo. Para ellos el hombre es un simple cuidadero de la naturaleza y puede tomar de ella lo que necesite para vivir. Como carecen totalmente del sentido de acumulación, el Guahfbo no encuentra en las cercas y títulos de propiedad límites para tomar del medio los productos existentes que requiere para sobrevivir, lo que refuerza la idea del colono de que el indígena es irracional y perezoso. Otro elemento que contribuye a la desarticulación de su cultura, lo constituye el hecho de que son asediados por numerosos programas destinados entre otras cosas a introducir nuevos modelos de organización que no corresponden a sus formas tradicionales, debilitando su sistema de autoridad y no han podido adaptarse al modelo de cabildos.

2. ZONA META-VICHADA

Las comunidades Guahfbo (Sikuani), Piapoco (Dejá), comparten la misma zona ubicada entre los 100 y 200 metros s.n.m. con temperaturas que oscilan entre los 24 y 30 grados centígrados en verano y 22 y 28 en invierno, con una marcada influencia de la corriente amazónica que produce alteraciones en la temperatura ambiente, llegando a los 15 grados centígrados en la época de las heladas del Brasil. En esta zona se pueden demarcar dos áreas con características diferentes: La primera comprende extensas sabanas naturales con algunas serranías, vegetación escasa, grandes morichales en las partes bajas, matas de monte de extensiones considerables y bosques de galería en las márgenes de los numerosos ríos que la bañan. Tradicionalmente eran zonas ocupadas por la comunidad Piapoco, pero en los últimos años se ha presentado migración de numerosos grupos Guahfbo, con los que han competido por este espacio geográfico. La segunda está cubierta de vegetación espesa, con pendientes moderadas en las márgenes de los ríos y restos de sabana natural. En la época de invierno los ríos unen sus cauces facilitando la penetración al interior de la Amazonia. En ambas áreas en invierno los ríos y caños se salen de su cauce formando rebalces y lagunas que se convierten en reservas ictiológicas importantes para la comunidad, pero que desaparecen en verano.

La fauna y flora de la región aún es abundante, pero comienza a presentar una reducción considerable como consecuencia de los movimientos colonizadores al interior de la selva que han alterado el ecosistema. Esta colonización es aún incipiente, aunque en las zonas de sabana se han instalado

fincas para la explotación ganadera, obligando a la utilización de extensas zonas de bosque para las prácticas agrícolas, limitando el espacio útil para las actividades de caza, pesca, y recolección de las comunidades indígenas. Otra de las características de este proceso es su baja producción y dependencia de la economía indígena y de los recursos directos del ecosistema, proceso que ha chocado con las prácticas tradicionales generando situaciones de conflicto.

a) Guahfbo (Sikuani)

Siempre se les ha considerado como habitantes de las inmensas sabanas de la Orinoquía Colombiana. Están conformados por diversos grupos dialectales que ocupan territorios de Venezuela y Colombia, siendo frecuente entre ellos el manejo de la doble nacionalidad, lo que determina en cierta forma el patrón de migración. Nómadas por excelencia, han tenido que adoptar el seminomadismo por las restricciones propias de sus áreas de movimiento, fijando sitios de residencia, pero manteniendo sus rutas de migración hacia el oriente del país por la vía del río Guaviare, el Meta y el Vichada.

Conservan su dialecto y prácticas culturales y rituales con modificaciones propias del proceso de adaptación y su conservación y transmisión dependen de los ancianos y de las mujeres. Sus rasgos y manifestaciones culturales son inconfundibles frente a las personas ajenas a la comunidad. En el vestir, por ejemplo, han adecuado prendas y elementos de los colonos al vestido tradicional sin dejar de usarlo y elaborarlo.

El manejo del español está restringido para las mujeres, lo que hace que sea el hombre el mediador de las relaciones con los distintos agentes externos a la comunidad.

Las relaciones que han venido estableciendo entre las misiones, los comerciantes y colonos, han introducido modificaciones considerables al sistema tradicional de intercambio y redistribución de sus productos de subsistencia, generando una economía que exige la producción de excedentes para su comercialización.

b) Piapoco (Dejá)

Se consideran nativos de esta zona y descendientes de la familia Arawak. Mantienen dominio territorial principalmente sobre las márgenes de los ríos Vichada y Guaviare. Se han ubicado en sitios de difícil acceso lo que les ha permitido conservar relativamente su ecosistema.

Es normal la integración de miembros de diferentes étnias, especialmente Salibá y Guahfbo. El grupo Piapoco efectúa desplazamientos masivos por temporadas largas a otros sitios de la región sin llegar al cambio definitivo de residencia. Entre los diferentes grupos existen relaciones de parentesco lo que los cohesiona considerablemente, manteniendo una comunicación permanente de una comunidad a otra. Los sitios de residencia han variado muy poco y estos cambios obedecen principalmente a la necesidad de acercarse mas a los lugares o zonas de cultivo.

La presencia de colonos en estas comunidades indígenas se ha visto restringida por las condiciones geográficas, pero su contacto ha dejado secuelas en su modo de vida, en detrimento de las condiciones generales del grupo, siendo notorio su abandono a pesar de la relativa abundancia de recursos naturales.

Los Piapoco son los grupos más afectados por la actividad evangélica del Instituto Lingüístico de Verano en la Orinoquía Colombiana, siendo suplantadas sus prácticas tradicionales por los rituales evangélicos, creando confusión social, desorden y abandono referido a la sustitución de sus prácticas culturales, por ritos religiosos nuevos que los ha llevado a un estado de indiferencia ante sus actividades cotidianas, como cuidado de sus cultivos, estado de la vivienda, caza y pesca y en general ante toda actividad que se realice al interior del grupo. Al igual que los Guahfbo, el español es restringido para las mujeres, aunque últimamente algunas han sido promovidas por las misiones como maestras bilingües de las escuelas que funcionan en sus comunidades.

Condiciones generales de salud

Las comunidades indígenas de los Llanos orientales viven en unas condiciones ambientales especialmente difíciles porque tanto las características climáticas de la región, como la dinámica socio-económica y cultural de su medio, atentan contra su sobrevivencia. El clima en los Llanos Orientales presenta dos épocas claramente diferenciadas: El periodo de invierno se caracteriza por lluvias torrenciales e inundaciones mientras que el de verano es extremadamente seco.

Para el aprovisionamiento de agua, que es muy difícil en los meses de verano, los indígenas de Arauca tienen pozos y estanques, mientras que los de Meta-Vichada dependen de los ríos y otras fuentes naturales. En ambos casos las fuentes son contaminadas por el uso múltiple que se hace de ellas y

aunque su consumo es restringido, esta no se hierve, siendo sus efectos mas notorios en la población infantil. En invierno, el agua es muy abundante, pero continúa siendo un factor que estimula y favorece la reproducción de moscas y otros insectos; también las inundaciones periódicas características de esta época, contribuyen a la contaminación del agua y de los alimentos. En estas condiciones, los hábitos higiénicos adecuados son difíciles de llevar a la práctica, aún para individuos altamente motivados hacia la prevención y control de la transmisión de enfermedades infecto-contagiosas. En las comunidades indígenas el problema es exacerbado entre otras cosas por razones culturales y de índole económica, que se pueden interpretar como resistencia al cambio, pero que cuando existen acciones y programas ajustados a sus características, estas prácticas mejoran considerablemente.

Desde el punto de vista de la dinámica social, la inmigración de habitantes de las regiones montañosas ha generado una fuerte competencia territorial por lo cual las comunidades indígenas han visto restringido su espacio vital y han quedado reducidas a pequeñas áreas que las obligan al sedentarismo y a la explotación permanente de las mismas parcelas, sin que puedan dejarlas recuperar el tiempo necesario para la obtención de cosechas de aceptable rendimiento.

Otras fuentes tradicionales de recursos alimenticios para los indígenas, son la caza, la pesca y la recolección de frutos silvestres, los cuales también se han visto reducidos, tanto por la limitación del espacio vital de las comunidades, como por el proceso de sobreexplotación al que han sido sometidas, ya que los colonos las utilizan como fuentes importantes de subsistencia. Simultáneamente, se ha asimilado e incrementado el consumo de alimentos procesados, especialmente azúcar y otros carbohidratos refinados, los cuales han contribuido a una notable expansión de las enfermedades dentales.

Finalmente, el creciente sedentarismo forzado de las comunidades indígenas y el continuo deterioro de su dieta, causado tanto por el agotamiento de los recursos tradicionales como por la introducción de alimentos manufacturados enmarcados en unas condiciones climáticas altamente favorables al desarrollo y renovación de plagas y parásitos, impiden el equilibrio en la trófica epidemiológica (vector-huesped-medio ambiente), haciendo cada vez más precarias las condiciones de salud de la población.

Por estas razones, FUNCOL efectuó la presente investigación epidemiológica, orientada a establecer cuales son los vectores y agentes enfermantos de mayor prevalencia en las comunidades indígenas de las zonas de Arauca

y Meta-Vichada, con el doble objetivo de evaluar los resultados del trabajo realizado en los nueve años de funcionamiento de su programa de atención básica en salud y de sentar las bases de conocimiento para orientar su acción contra los vectores y agentes de mayor incidencia en la morbilidad de la población en las zonas mencionadas.

Universo del estudio

Los grupos indígenas que conforman el universo del estudio pertenecen a las culturas Tunebo, Guahfbo y Piapoco. En el cuadro siguiente se puede apreciar la distribución de las comunidades por etnias y zonas:

Etnia	Meta-Vichada	Arauca
Tunebo		San Emilio Angosturas
Guahfbo	Chanane Mabriel San Juan del Morro San Vicente-Paratebueno	Genareros Roqueros Parreros Velasqueros
Piapoco	Porto Rico Segua Weberiana	

En el diseño del estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables independientes:

a) Época climática

Los cambios del clima determinados por los períodos de verano e invierno tienen una influencia importante en las condiciones de vida de las poblaciones de la región, en la medida en que inducen variaciones notables en la disponibilidad de alimentos y en las condiciones sanitarias del entorno.

Períodos climáticos

Zona	Época	
	Invierno	Verano
Arauca	Abril/Noviembre	Diciembre/Marzo
Meta-Vichada	Abril/Noviembre	Diciembre/Marzo

Nota: En los meses de Julio y Agosto se dá un período de una o dos semanas de verano, pero se mantienen las condiciones ambientales del invierno.

b) Diferencias regionales

Las regiones de Arauca por una parte y de Meta-Vichada por la otra, presentan diferencias sustanciales en cuanto se refiere a las condiciones sociales y de medio ambiente. En ellas son diferentes los efectos de la colonización y de los cambios climáticos.

c) Cultura nativa

Los grupos indígenas que viven en las áreas del estudio pertenecen a culturas diferentes con hábitos y patrones de comportamientos diferenciados que pueden introducir variaciones en sus condiciones de salud.

d) Presencia de programas de Atención Primaria en Salud

Fueron adelantados por entidades públicas y privadas que han cubierto parte de las comunidades indígenas de las dos zonas, con acciones esporádicas, con efectos que modifiquen de manera transitoria los resultados obtenidos.

Metodología

El estudio epidemiológico se realizó en dos etapas, en cada una de las cuales hipotéticamente todos los miembros de cada comunidad participante fueron examinados. La primera en los meses de Julio a Noviembre durante el invierno y la segunda, en el verano en los meses de Diciembre a Marzo:

Zona	Época	
	Invierno	Verano
Arauca	Julio 1 a Agosto 14/86	Enero 26 a Febrero 28/87
Meta-Vichada	Septiembre 15 a Noviembre 03/86	Marzo 30 a Mayo 16/87

En cada comunidad se levantó un censo de población y todos sus miembros fueron invitados a participar en la investigación:

Comunidad	Población Censada (1)	Población Investigada (2)		% (2/1)	
		Invierno	Verano	Invierno	Verano
San Emilio	51	51	51	100	100
Angosturas	54	40	54	74.1	100
Roqueros	53	49	46	92.5	86.8
Genareros	80	54	33	67.5	41.3
Parreros	79	49	-	62.0	-
Velasqueros	71	50	-	70.4	-
Pto. Rico S	93	59	39	63.4	41.9
Weberiana	101	57	74	56.4	73.3
Chanane	91	81	73	89.0	80.2
Mabriel	124	100	89	80.6	71.8
San Juan M.	133	86	28	64.7	21.1
San Vicente	93	79	80	84.9	86.0
Total	1.023	755	567	73.8	55.4

La información epidemiológica recolectada para cada individuo fue la

siguiente: sexo, edad, peso, estatura y sintomatología corriente.

Los exámenes realizados fueron los siguientes: Cuadro hemático, hemoclasificación, parcial de orina, coprológico, gota gruesa, coloración de Gram, KOH, baciloscopia, reticulocitos, coprológicos por concentración, comprobación de las proteínas urinarias por el método del ácido sulfosalicílico, azúcares reductores y sangre oculta en la materia fecal.

En algunos casos de afecciones de la garganta se practicó la coloración de Loeffler; con el objeto de detectar los gránulos metacromáticos, en el caso de que la afección fuera causada por el bacilo difterico: en los casos de disentería se hizo el examen diferencial de leucócitos en la materia fecal, para establecer el tipo de bacterias causante.

Igualmente, en todos los participantes se determinó la presencia de caries, abscesos y ausencias dentales.

Exámenes practicados

Exámenes	Arauca				Meta-Vichada				Total			
	Invierno		Verano		Invierno		Verano		Invierno		Verano	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hematócrito	293	100	184	100	526	99.8	461	98.3	820	100	546	83.6
Leucócitos	291	99.3	184	100	517	98.1	457	97.4	808	98.5	642	98.3
V.G.S	287	98.0	181	98.0	521	98.9	453	96.6	808	98.5	634	97.1
Diferencial	293	100	184	100	525	99.6	457	97.4	820	100	642	98.3
Hemoclasif.	293	100	43	23.4	433	82.2	286	61.0	737	89.9	329	50.4
Parcial												
orina	290	99.0	184	100	491	93.2	442	94.2	781	95.2	637	97.6
Coprológ.	278	94.9	190	100	495	93.2	432	92.1	773	94.3	622	95.3
Gota												
gruesa	15	5.1	2	1.1	15	2.8	46	9.8	30	3.7	48	7.4
BK	19	6.5	9	4.9	20	3.8	19	4.1	39	4.8	28	4.3
Gram												
esputo	28	9.6	12	6.5	30	5.7	19	4.1	58	7.1	31	4.8
Gram Grano	12	4.1	1	0.5	18	3.4	5	1.1	30	3.7	6	0.9
KOH	3	1.0	-	-	3	0.6	1	0.2	6	0.7	1	0.1
Caries	293	100	-	-	527	100	-	-	820	100	-	-
Ausencia												
dental	293	100	-	-	527	100	-	-	820	100	-	-
Peso	293	100	182	89.9	528	99.8	419	89.3	820	100	601	92.0
Talla	293	100	180	97.8	498	94.5	408	87.0	794	96.8	588	90.1

Nota: Los porcentajes anotados corresponden a la proporción de la

población cubierta por el número de exámenes registrados en cada caso.

En la realización de los exámenes se tuvo en cuenta: Descripción general de acuerdo con las condiciones de la prueba, materiales utilizados, procedimientos, tiempo transcurrido entre la toma de la muestra y su procesamiento, tiempo de duración de la prueba como tal, control de calidad practicado en cada una de ellas, la cantidad de pruebas procesadas por día y la temperatura ambiental cuando se constituía en factor determinante en el resultado del examen.

Exposición de resultados y analisis

La exposición del análisis y resultados del estudio epidemiológico toma como variable independiente las etnias investigadas; con respecto a ellas se analizan los resultados obtenidos en cada uno de los exámenes practicados, discriminados por grupos de edad y sexo.

Por niveles de desagregación el análisis aborda inicialmente los resultados de cada prueba de laboratorio para el conjunto de cada etnia, atendiendo a las variaciones que se presentan entre las épocas climáticas y los grupos de edad. Estos resultados, que son la sumatoria de los valores obtenidos en cada una de las comunidades de la etnia correspondiente, representan la media de esos valores, por ello, el análisis se mantiene en este nivel mientras los resultados de cada comunidad no presenten una dispersión estadísticamente significativa: en este último caso, se hace la mención del caso específico.

En lo posible se hacen comparaciones de los resultados con datos regionales y nacionales, tomando como referencia general los suministrados por la División de Asuntos Indígenas, el Departamento Administrativo de Estadística (DANE), el Instituto Colombiano para la Reforma Agraria (INCORA) y los acumulados por FUNCOL, a través de su trabajo de campo.

Con relación a la morbi-mortalidad se hace referencia a la información suministrada por el estudio Nacional de Salud del Ministerio de Salud, los datos del Instituto Nacional de Salud, de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y de diversos estudios epidemiológicos.

En la recopilación estadística los datos se presentan discriminados por épocas climáticas (Invierno y Verano) y Total, para cada una de las Zonas,

Etnias y Comunidades. En los cuadros correspondientes a los totales, las proporciones toman como base 100 el número total de personas atendidas (se sumaron los de invierno y verano) para facilitar los análisis de la tasa de prevalencia y velocidades de cambio. En lo correspondiente a las épocas climáticas, las bases son el número de personas atendidas en la época correspondiente.

La morbilidad detectada a través del estudio epidemiológico efectuado por FUNCOL durante 1986-1987, considerando las dos épocas climáticas dominantes de las zonas, muestra los siguientes resultados:

	Arauca		Vichada	
	Tunebo	Guahfbo	Piapoco	Guahfbo
<u>Helmintiasis</u>				
(Ascaris y tricocefalos)				
Invierno	32.56	0.99	68.1	70.1
Verano	29.52	2.53	64.6	69.2
<u>Uncinariasis</u>				
Invierno	40.70	50.50	49.1	38.5
Verano	26.67	49.37	55.8	25.9
<u>Flagelados</u>				
(Tricomonas y Giardas)				
Invierno	12.79	15.35	21.6	23.9
Verano	18.10	34.18	17.7	16.3
<u>Strongyloidiasis</u>				
Invierno	7.23		8.6	5.8
Verano		0.90	7.5	2.2
<u>Amibiasis</u>				
Invierno	17.44	15.35	6.03	13.12
Verano	17.14	16.46	30.19	14.23

	Arauca		Vichada	
	Tunebo	Guahfbo	Piapoco	Guahfbo
<u>Anemia</u> (Hematocrito)				
Invierno	52.33	53.96	69.8	58.7
Verano	39.05	49.37	61.1	54.2
<u>Caries</u>	63.81	50.53	66.4	82.5
<u>Ausencias de piezas dentales</u>	26.67	27.92	38.8	52.47
<u>Eosinofilia</u>				
Invierno	87.62	63.96	89.7	93.9
Verano	89.52	22.26	92.0	87.7
<u>Leucocitosis</u>				
Invierno	41.90	36.40	26.7	27.6
Verano	38.10	12.72	24.8	27.8

1. HELMINTIASIS

Las épocas estudiadas muestran una marcada influencia diferencial en la presencia del parásito en las comunidades Tunebo. La tasa de ataque en mujeres en el invierno es de 34.69% y para los hombres del 29.73%; en el verano el comportamiento es en sentido inverso, la tasa de ataque para mujeres es de 22.03% y para los hombres de 39.13%

En las comunidades Guahfbo de Arauca en total se hicieron 253 coprológicos que corresponden a 90% del total de la población atendida. De todos los exámenes solamente se encontraron cuatro casos positivos, distribuidos equitativamente para cada época en la comunidad de los Genareros siendo de ellos, tres casos masculinos y uno femenino.

Para los grupos Piapoco, las tasas son similares en los períodos de invierno y verano, 68.10% y 68.87% respectivamente; la dispersión por grupos de edad es mayor en la época de verano (46.67% a 84.62%) que en la de invierno (61.90% a 78.95%). La infestación en estos grupos es mayor en la época de invierno entre los hombres que entre las mujeres; relación que se invierte en la época de verano.

En las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada, los hombres son los más afectados con el 72.04% especialmente el grupo de 10 a 15 años con el 88.89%; entre las mujeres, el 67.89% presentan resultados positivos y el grupo más afectado es el comprendido entre 16 y 45 años con el 76.72%. Las tasas de ataque para invierno y verano son del 71.43% y 68.08% respectivamente; en ambas épocas los hombres se ven más afectados con el 73.26% y el 70.45%; en las mujeres la incidencia es similar, aunque ligeramente menor (69.59% y 64.63%).

Los valores presentados en la población estudiada en invierno y verano demuestran el carácter endémico de la infestación ya que, detectados los casos en el invierno se hizo la administración supervisada de los respectivos tratamientos y en la época de verano nuevamente se encontraron parasitados en los niveles descritos.

Los hábitos higiénicos, en la mayoría de estas comunidades, en lo concerniente a la preparación de los alimentos, son muy deficientes. La distancia de las casas de habitación a las fuentes de agua y/o la baja calidad de esta, limita su consumo y utilización en actividades de limpieza. La eliminación de las excretas se hace muy cerca de las viviendas y la proliferación de moscas y otros insectos facilita la contaminación de los productos alimenticios que permanentemente están expuestos a su contacto.

Por lo demás los resultados obtenidos parecen coincidir con los de la encuesta hecha por la Asociación de Facultades de Medicina de Colombia en 1974 sobre parasitismo intestinal, según la cual "... el 88% de la población encuestada estaba parasitada. El grupo escolar (de 4 a 14 años) estaba parasitado en el 90% y en los grupos de menores de 1 año y los mayores de 14, la incidencia del parasitismo fue más o menos del 35%" (Ucrós, 1984:12).

2. UNCINARIASIS

En las comunidades Tunebo, son por grupos de edad y sexo, los hombres de 10 a 15 años, con el 43.75% y 46 y más 70.00% los más afectados; y los hombres de 1 a 4 años y las mujeres de 10 a 15 los menos afectados, con el 25.00% y 18.75% respectivamente. No se consideran los menores de un año por cuanto la práctica de amamantarlos hasta los tres años los mantiene relativamente alejados de los principales vectores contaminantes.

En las comunidades Guahfbo de Arauca, la tasa de ataque es del 50.18%, con una tasa específica del 65.74% para el grupo de 16 a 45 años, siguiendo en importancia el de 10 a 15 con el 56.41% y el de 5 a 9 con el 52.17%. Por sexo, son los hombres los más afectados con el 53.57% frente al

46.81% de las mujeres, solamente superado por el grupo de 10 a 15 de las mujeres con el 64.71%. Los períodos climáticos de invierno y verano no parecen tener una influencia significativa en la uncinariasis en las comunidades Guahfbo ya que la tasa de ataque es el de 50.50% y del 49.37% respectivamente. Sin embargo, el grupo de 16 a 45 presenta una tasa del 72.50% en invierno y una baja al 46.43% en verano; el grupo de 5 a 9 años presenta un comportamiento inverso al anterior, tiene una tasa de ataque de 45.55% en invierno y del 69.23% en verano. En ambas épocas los hombres son los más afectados con el 51.92% y 58.33% frente al 48.98% y 41.86% de las mujeres.

En las comunidades Piapoco, los hombres son los más afectados con el 56.60% frente al 51.72% de las mujeres, explicable en cierta forma por la actividad permanente de caza y pesca de los hombres, y su permanencia obligada en terreno húmedo e inundable. Los grupos de edad más afectados son el de 1 a 4 años con el 55.56% y el de 10 a 15 con el 64.10%, seguido por el de 5 a 9 con el 54.00%. En las épocas de invierno y verano se observa un comportamiento contrario al del resto de helmintos, ya que aumenta del 49.14% en el invierno al 59.43% en el verano. En los hombres pasa del 61.11% al 51.92% con una disminución aproximada de 10 puntos en tanto que en las mujeres pasa del 38.71% al 66.67% con aumento de 28 puntos.

En las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada, la tasa de ataque corresponde al 34.00% de la población atendida, con una dispersión que va del 5.88% al 40.86%, siendo el grupo comprendido entre 5 y 9 años el más afectado, con el 39.2%; le sigue en importancia el de 10 a 15 años con el 39.64% y el de 16 a 45 con el de 36.25%. Los hombres son los más afectados con el 38.49% frente al 28.43% de las mujeres, explicable, en cierta forma, por la mayor movilidad de los primeros en actividades de caza y pesca. Las tasas específicas de invierno, 44.77% para hombres y 33.92% para mujeres, frente al 30.30% y 23.44% para verano, nos muestran claramente que en la época seca la presencia del parásito se redujo considerablemente, pero en ambas épocas son los hombres los más afectados, a excepción hecha del grupo de mujeres de 5 a 9 años, que en el verano muestra un incremento (al 40.00%) con relación a los restantes grupos de hombres y mujeres.

En cada etnia, detectada la presencia del parásito, se procedió a hacer la administración del tratamiento respectivo, a base de Mebendazol o Pirantel con una duración de tres días, generalmente con la supervisión o suministro

del tratamiento por parte de los ejecutores del estudio.

La incidencia de la uncinariasis en estos grupos de edad: de 1 a 4, de 5 a 9 y de 10 a 15 años, se podría explicar por la independencia que mantienen frente a los demás, lo que se traduce en descuido en los hábitos higiénicos y la infestación permanente, que se mantiene estable o con incrementos indistintamente para las épocas de invierno y verano, a pesar de recibir regularmente tratamiento.

3. FLAGELADOS

En las comunidades Tunebo, las tasas presentan una variación de invierno a verano, que va del 12.79% al 18.10% respectivamente. La incidencia por grupos de edad es más irregular en el verano, con una dispersión que va del 5.8% en el grupo de 16 a 45 años, hasta el 33.33% en menores de 4 años, siendo estos últimos grupos los más afectados, junto con el grupo de más de 46 años con el 30.00%. En general los hombres son los más afectados con el 16.87% frente al 14.81% de las mujeres, pero estas últimas se ven más afectadas en el invierno con el 16.33% frente al 8.11% de los hombres, con un cambio significativo para el verano ya que en los hombres sube al 23.91% mientras que en las mujeres baja al 13.56%.

En las comunidades Guahfbo de Arauca se presenta una tasa de ataque del 19.22%, con una tasa específica para el grupo de 5 a 9 años del 26.09% siguiendo en importancia el grupo de más de 46 con el 23.81%. Por grupos de edad y sexo no hay dispersión significativa, pero el grupo de 5 a 9 años muestra a los hombres como los más afectados con el 28.13% frente al 21.43% de las mujeres. Los períodos climáticos del invierno y verano muestran una variación del 13.55% al 34.18% y muestran al grupo de 5 a 9 años como el más susceptible en ambas épocas, con el 24.24% y el 46.15% respectivamente. En general, los hombres son los más afectados con el 16.35% y 38.89% frente al 14.29% y 30.23% en las mujeres para invierno y verano respectivamente.

En las comunidades Piapoco, la tasa de ataque es del 20.27% con una dispersión que va del 14.29% al 23.38%. El grupo más afectado es el de 16 a 45 años con el 23.38% y el de 5 a 9 años con el 22.00%. Las mujeres son las más afectadas con el 25.00% frente al 15.09% de los hombres. Con relación con las épocas climáticas se observa que en el invierno el 21.55% se ven afectados, frente al 18.87% de la época de verano; en ambas épocas las mujeres siguen siendo las más afectadas con el 24.19% y el 25.93% respectivamente. En el invierno los grupos más afectados son el de 16 a 45 con el

28.95%, el de 1 a 4 años con 23.81% y el de 5 a 9 años con el 20.83%; en el verano el más afectado es el de 10 a 15 con el 27.78% y el de 5 a 9 con 23.08%.

El comportamiento de la giardiasis en las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada, presenta una ligera disminución de invierno a verano, del 24.49% al 16.92%. En invierno, las mujeres son más afectadas con el 26.90%, frente al 22.09% de los hombres, guardando cierta relación con las actividades de cosecha, que son realizadas basicamente por la mujer. En el verano se invierte, y son los hombres los más afectados, con el 20.45% frente al 13.28% de las mujeres, lo que coincide con el incremento de las actividades de caza y pesca, típicas de los hombres. Los grupos más afectados son los comprendidos entre 1 a 4 años con el 28.57% en el invierno, y en el verano es el de 10 a 15 con el 23.91%. La dispersión en el invierno va del 11.11% al 28.57%, en tanto que en el verano va del 5.00% al 23.91%, con una disminución considerable de invierno a verano, entre las mujeres, manteniendose relativamente estable para los hombres.

Se ha podido observar en todas las comunidades que en la época seca las diarreas son más frecuentes en los niños menores de 9 años, debido al deterioro de los hábitos higiénicos, manejo deficiente de los alimentos, agua contaminada, proliferación de moscas, que son los factores más sobresalientes que facilitan la presencia de estos parásitos. Sin embargo, durante el desarrollo del programa de salud adelantado por FUNCOL en estas comunidades, se ha podido observar que los casos de diarrea, en la población infantil especialmente, se presentan en forma indiscriminada en cualquier época del año, lo que coincide con el comportamiento mostrado por los datos obtenidos en la investigación.

4. STRONGYLOIDIASIS

Los datos obtenidos guardan estrecha relación con las encuestas realizadas en nuestro medio, que revelan porcentajes entre el de 5 y el 10% (Botero y Restrepo, 1984:95-102), agregando que sólomente lo hicimos basados en el exámen coprológico directo, con la posibilidad de que a través de otros procedimientos, aumenten los índices de prevalencia.

En las comunidades Tunebo, detectamos el 7.23% de casos, para la época de invierno, siendo el grupo de edad más afectado el de 16 a 45 con el 11.11%. En la época de verano no se detectó ningún caso.

En las comunidades Guahfbo de Arauca sólomente se detectó un caso en la época de verano.

En las comunidades Piapoco, encontramos que el 8.6% en invierno y el 7.5% en verano estaban afectados. En ambas épocas es el grupo de 5 a 9 años el más afectado y el porcentaje más alto se detectó en la comunidad de Puerto Rico (12.24%).

En las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada, el 5.8% en invierno y el 2.2% en verano estaban afectados, al igual que en las comunidades anteriormente analizadas el grupo de 5 a 9 años es el más afectado con el 18.75% en invierno y el 6.66% en verano.

5. AMIBIASIS

En las comunidades Tunebo, la amibiasis tiene un comportamiento estable para invierno y verano (alrededor del 17%), donde las mujeres son las más afectadas en ambas épocas, con una tasa específica de ataque del 21.30%, destacándose el grupo comprendido entre los 16 y 45 años con el 29.73%, siendo además el grupo más numeroso de población atendida.

En las comunidades Guahfbo de Arauca, los períodos climáticos presentan una leve variación en la tasa de ataque de 15.35% en invierno y 16.46% en verano, pero se mantienen como grupos más afectados el de 16 a 45 con el 23.75% y 32.14% respectivamente. Los hombres son más afectados en el verano como consecuencia de sus frecuentes desplazamientos a zonas distantes en actividades de caza y pesca y las mujeres en el invierno ya que tienen que efectuar los labores de siembra y cosecha lejos de la vivienda, lo que las obliga al consumo de aguas estancadas.

En las comunidades Piapoco la amibiasis mostró una tasa de ataque del 15.57% con una dispersión que va del 2.78% al 38.46%, no habiéndose encontrado un caso positivo en el grupo de menores de 1 año. Los grupos más afectados son los de 16 a 45 años y más de 46 con porcentajes por encima del 32.21%. Con relación a las épocas climáticas, podemos observar un incremento considerable para verano, ya que se pasa del 6.03% al 30.19%, con una distribución equilibrada para hombres y mujeres.

En las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada, se presenta una tasa de ataque del 13.60%, siendo las mujeres las más afectadas con el 15.72% frente al 11.51% de los hombres, siendo el grupo de 10 a 15 años el más afectado con el 18.92%. El comportamiento de la amibiasis en cada una de las épocas climáticas muestra una variación moderada, ya que del 13.12% en el invierno, pasa al 14.23% en el verano, siendo las mujeres las más afectadas. Las distancias que separan los sitios donde realizan sus actividades agrícolas, caza y pesca, los obliga al consumo indiscriminado de agua,

en el momento y en el sitio donde la encuentren, lo que permite suponer que la amibiasis afecta por igual a todos los miembros de la comunidad, agravándose además por los cambios que se presentan en los hábitos alimentares. La poca diferencia existente entre las tasas de invierno y verano, pone de presente, que la calidad del agua ingerida por las comunidades, el deficiente saneamiento ambiental, son factores importantes para su proliferación.

6. HEMATOCRITO

En las comunidades Tunebo, el 45.03% de la población estudiada presenta un hematocrito inferior a lo normal, siendo los grupos más afectados los de 1 a 4, 5 a 9 y 10 a 15 años, en los cuales el 79.17%, 62.22% y 43.75% respectivamente presentan esta anomalía. Por otra parte, la anemia afecta más a los hombres que a las mujeres, en todos los grupos de edad. La diferencia se hace aún más notoria en el grupo de 10 a 15 años.

Para el grupo Guahsbo de Arauca, los grupos más afectados son los comprendidos entre 1 a 4 años con el 66.67% y de 5 a 9 años con el 65.22%. Los hombres son los más afectados con el 49.29% frente al 44.68% de las mujeres.

En las comunidades Piapoco, los hombres son los más afectados con el 70.75% frente al 64.66% de las mujeres. En todos los grupos de edad la anomalía es mayor para los hombres a excepción del grupo de 16 a 45 años en el que el 20.69% corresponde a los hombres y el 47.92% a las mujeres, dado significativo ya que en este grupo se ubican aquellas en edad reproductiva y este estado repetido agrava el cuadro anémico. Se presenta cierta variación con relación a las épocas climáticas, explicable en la relativa abundancia de productos de caza, pesca y recolección, para verano, pasando del 69.83% en el invierno al 65.09% en el verano. En ambas épocas los hombres son los más afectados con el 72.22% y 69.23% frente al 67.74% y 61.11% respectivamente.

En la comunidad Guahsbo de Meta-Vichada, la tasa de ataque es del 56.55% de la población atendida, con una dispersión que va del 29.58% al 88.89% siendo los grupos más afectados los comprendidos entre 1 y 4 años con el 88.89% y el de 5 a 9 años con el 83.87%. Los hombres son los más afectados con el 58.88% frente al 54.18% de las mujeres.

En todas las comunidades estudiadas se encontraron casos con valores por debajo del 20.00% sin que su estado fuera de postración. En cierta forma hemos podido observar que a pesar de los valores anormales encontra-

dos en el estudio existe la posibilidad que se manejan cifras por debajo de los normales reportados en nuestro medio, pero su comprobación requiere de otros exámenes complementarios y la repetición en el tiempo de las pruebas.

Las personas comprendidas entre 1 y 15 años conforman el grupo más numeroso de la muestra total del estudio y en ellas encontramos las más afectadas, lo que nos permitiría inferir que esta situación es el reflejo de su poca dependencia de los grupos productivos, lo que afecta directamente el consumo de alimentos y su estado nutricional.

7. PROBLEMA DENTAL

En las comunidades Tunebo se practicaron 106 revisiones que arrojaron los siguientes resultados: La tasa de ataque corresponde al 26.67% de la población revisada con ausencia de piezas dentales y el 60.00% presentan caries. Con tasas específicas del 73.08% (caries) y del 23.08% (ausencias) para el grupo de 5 a 9 años. El problema es más acentuado en el sexo masculino con el 53.01% (ausencias) frente al 43.52% (ausencias) para las mujeres.

Para los grupos Guahfbo de Arauca se practicaron 202 revisiones bucales que arrojaron los siguientes resultados: una tasa de ataque que corresponde al 50.53% con caries y el 29.63% con ausencias de piezas dentales. Con tasas específicas que oscilan entre el 31.37% y el 66.98% para caries siendo el grupo más afectado el comprendido entre 16 y 45 años que además es el más numeroso de la muestra. Los hombres son más afectados que las mujeres: Las tasas específicas para ausencias de piezas dentales oscilan entre 11.11% y el 80.00% que corresponden al grupo de más de 46 años. Le sigue el grupo de 10 a 15 años con el 33.33%. Le sigue en importancia el grupo de 1 a 4 años con el 28.57% siendo en todos los casos ausencias temporales. En este aspecto las mujeres son las más afectadas con el 30.43% frente al 23.45% de los hombres, situación explicable por maternidad temprana, lo que conlleva procesos de descalcificación agravada por el deficiente consumo de proteínas y minerales.

En las comunidades Piapoco, las mujeres son las más afectadas con el 25.56% frente al 21.15% de los hombres y en ambos los casos el grupo de más de 46 años es el que presenta las cifras más elevadas con el 66.67% y el 60.00% respectivamente, en el caso de las ausencias de piezas dentales. El problema de las caries presenta una dispersión que va del 13.79% hasta el 62.50%; los grupos de edad comprendidos entre 5 y más de 46 años pre-

sentan una distribución mas o menos pareja, donde los grupos de 10 a 15 años y de más de 46 son los más afectados con el 52.94% y 62.50% respectivamente. Las mujeres son las más afectadas con el 40.00% frente al 39.42% de los hombres.

Para las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada se practicaron 351 revisiones bucales. La tasa de ataque foi de 52.5% para ausencias de piezas dentales y de 82.5% para caries. Las tasas específicas oscilan entre 4.1% y 87.5% para ausencias, siendo el grupo más afectado el de más de 46 años. Le sigue el comprendido entre 16 y 45 años con 71.85%. Las mujeres son las más afectadas con el 61.4% frente al 43.6% de los hombres. El problema de las caries es aún más acentuado, con una tasa de ataque de 82% y una dispersión que va desde 48.9% a 96.9%. La distribución es más o menos uniforme para los grupos comprendidos entre los 5 y los 45 años. Las mujeres presentan una tasa de 86.5% y los hombres de 78.5%.

Según el Estudio Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 1983) de 3.144.175 personas mayores de 3 años el 13.9% presentaron problemas de la dentadura o en otra parte de la boca. De estos 13.9% el 75% sintiran necesidad de consultar. Al comparar esta tasa de prevalencia con la referida por nosotros, queda claro que el problema de salud oral es mucho más grave en estas comunidades que en el conjunto del país, agravando aún más sus condiciones generales de vida, por las implicaciones directas sobre el estado general de salud de estas comunidades, situación que contrasta con las descripciones de cronistas coloniales, entre ellos Gumilla (1985:69-70), quien afirmaba:

“No se hallará en los indios cosa que más debamos envidiarles que aquella su dentadura de marfil purísima, cuya firmeza compite con su candor intacto y firme en casi todos hasta la edad más avanzada, y hasta la sepultura: no tengo especie alguna de haber visto en los indios dolor de dientes ni de muelas...”.

8. EOSINOFILIA Y LEUCOCITOSIS

En la comunidad Tunebo, la eosinofilia se presenta en el 95.34% del total de la población atendida con una distribución uniforme para los diferentes grupos de edad y sexo.

En las comunidades Guahfbo de Arauca, nos encontramos con que el 76.87% de la población atendida tienen eosinofilia y el 49.11% leucocitosis. La distribución invierno-verano mantiene la misma proporción, siendo

la eosinofilia más elevada en ambas épocas.

En las comunidades Piapoco, el recuento de eosinófilos está aumentado en el 91.8% de la población atendida, con una dispersión que va del 48.15% al 100%, que corresponde a los grupos de 1 a 4 y de más de 46 años que son los más afectados, seguidos por el de 5 a 9 años con el 85.71%.

En 90.71% de la población atendida en las comunidades Guahíbo del Meta-Vichada se encontraron valores por encima de los normales en el recuento de eosinófilos, con una distribución más o menos uniforme para los distintos grupos de edad a excepción del grupo de menores de un año.

Los valores de los eosinófilos y los leucocitos se encuentran aumentados en las etapas tempranas de la infestación parasitaria lo que nos plantea la posibilidad, de que exista en numerosos individuos una infestación instalada a nivel intestinal, mientras que existen larvas en tránsito hemático, así como también en otras afecciones especialmente respiratorias.

9. OTROS RESULTADOS

a) Enfermedades de la piel

Son frecuentes las afecciones de la piel y mucosas en las que se ha podido observar que su comportamiento depende de los cambios climáticos y la proliferación de plagas, especialmente de moscas y mosquitos; cuando el verano se hace intenso se presente mayor número de casos con variaciones de un año a otro. Lo visto durante el estudio no justifica una tabulación especial, pero este factor se debe tener en cuenta por sus implicaciones, especialmente en la población infantil.

Son comunes las infecciones de piel, llegando a ser deformantes en algunos casos y comunmente en los pabellones auriculares con implicación del oído a cualquier nivel. En efecto, se pudieron estudiar y hacer tratamientos, en varios casos que presentaban complicaciones en órganos anexos.

Es frecuente la escabiasis propiciada por la convivencia directa con animales portadores de la enfermedad, como perros y gatos. También son frecuentes los ataques por niguas, especialmente en las comunidades Tunebo, siendo diseminadas por los cerdos y afectando a buena parte de los miembros de la comunidad.

Los piojos tienen sus temporadas y es frecuente encontrar familias completas afectadas, especialmente en la época seca.

b) Enfermedades respiratorias

Se ha podido comprobar, a través de la relación sostenida con estas comunidades, que la población y especialmente la infantil, está expuesta a diversos factores que desencadenan afecciones respiratorias que se complican fácilmente, llevándolos a estados neumónicos que la comunidad los toma equivocadamente cómo "tos ferina". Se ha verificado también que las enfermedades eruptivas (sarampión y/o varicela, que la comunidad las asocia con Viruelas), se han venido presentando en períodos bianuales, que atacan indiscriminadamente a toda la población, a pesar de las campañas de vacunación efectuadas.

Las afecciones respiratorias son frecuentes en las épocas de transición, invierno-verano, verano-invierno, y se dan fundamentalmente en la población infantil y en los ancianos, habiendo encontrado asociaciones de microorganismos compatibles con procesos crónicos.

El estudio de Gram arrojó asociaciones de: Cocos Gram positivos, Estreptococos, Diplococos Gram negativos, Bacilos Fusiformes y Difteroides en unos casos. En otros, las asociaciones fueron con Estreptococos, Diplococos Gram negativos, Bacilos fusiformes y Difteroides compatibles con afecciones respiratorias crónicas, propiciadas por las condiciones ambientales que dominan en cada uno de estos asentamientos.

La tuberculosis sigue siendo un problema grave, ya que en la mayoría de los asentamientos se han detectado casos que representan una tasa elevada comparada con la nacional. Teniendo en cuenta que estos grupos son poco numerosos, y que sus prácticas culturales y situación socioeconómica facilitan el contagio, convierten a la tuberculosis en una serfa amenaza para su supervivencia.

Para el año de 1980 la morbilidad referida por el Ministerio de Salud fue de 11.589 casos correspondientes a una tasa de incidencia de 44.1 por 100.000 habitantes lo que demuestra que la tuberculosis continua siendo un gravísimo problema de salud en el país.

En los grupos Tunebo estudiados se han presentado 2 defunciones por esta causa y 3 casos que en la actualidad reciben tratamiento, agregando como cuarto caso el detectado por el equipo de investigadores en la visita de verano en la comunidad de Angosturas.

En las comunidades Guahfbo de Arauca, se han presentado 4 defunciones y en la actualidad 3 reciben tratamiento.

En las comunidades Piapoco no se he detectado ningun caso, en tanto

que en las comunidades Guahfbo de Meta-Vichada se han presentado 5 defunciones y actualmente existen 5 casos que están recibiendo tratamiento.

La enfermedad como tal, es considerada como maleficio "chavicure" y se le tiene poca confianza al tratamiento institucional, lo que se traduce en la deserción y abandono de los mismos, con rescates tardíos y en estados terminales de la enfermedad. Esta situación se agrava, por lo difícil y prolongado del tratamiento, la falta de orientación y seguimiento y el suministro irregular de los medicamentos. Por otra parte, la limitación física de las personas afectadas agrava su estado nutricional, ya que se disminuye el consumo, por la incapacidad en la producción y recolección, lo que plantea la necesidad de diseñar programas especialmente en la etapa crítica, que contemplen la recuperación nutricional y garanticen la eficacia del tratamiento.

En estas zonas, se requiere de un estudio pormenorizado y secuencial de los numerosos sintomáticos respiratorios, para evitar o frenar la proliferación de la enfermedad y establecer programas acordes con las características y prácticas culturales de cada etnia, teniendo en cuenta que cada comunidad puede aportar elementos y recursos para su implementación, corrigiendo en alguna forma la verticalidad con que se desarrollan.

c) Paludismo

La determinación de la enfermedad a través del interrogatorio es muy difícil, debido a la ambigüedad en la descripción e interpretación de la sintomatología y solamente se tiene alguna certeza cuando hay signos compatibles con ella. Algunos de estos casos fueron detectados por casualidad al analizar el extendido para el recuento diferencial y comprobados posteriormente con la gota gruesa, lo que nos permitió suponer la presencia de casos sintomáticos que impliquen el mayor número de personas de cada comunidad.

La presencia de esta enfermedad en los grupos Tunebo, está supeditada fundamentalmente al desplazamiento de sus miembros a otras zonas donde es frecuente. En toda la zona del piedemonte ocupada por estas comunidades es poco el zancudo que se encuentra, o pertenece a otras familias no transmisoras de la enfermedad; por esta razón son pocos los casos que se reportan, pues generalmente sus desplazamientos los hacen a zonas más altas.

La aparición de la enfermedad en las comunidades Guahfbo y Piapoco estudiadas en las dos zonas se facilita por la presencia de diversos factores,

entre los que podemos señalar: a) La proliferación del zancudo anopheles durante todo el año, pero incrementándose considerablemente en el comienzo de las épocas húmedas; b) La exposición permanente de la población al zancudo, por falta de medios de protección, (recurriendo al uso de hogueras o fogones que producen permanentemente humo para ahuyentarlo, lo cual favorece la evolución de afecciones respiratorias que con el tiempo se hacen crónicas), por las características de las actividades que realizan, por la movilidad de los miembros de la comunidad, lo que facilita la aparición de la enfermedad en grupos que no la padecen, convirtiéndolos en focos permanentes de diseminación.

Se realizaron en las comunidades Piapoco, un total de 12 gotas gruesas. Tenemos que señalar que especialmente la comunidad de Puerto Rico por estar ubicada en una zona de tránsito permanente de personas que se desplazan a la región de los ríos Uva y Guaviare, donde se observan frecuentes casos de la enfermedad, sin tratamiento y expuestos permanente al zancudo, la hacen más susceptible.

En los exámenes practicados se encontraron 4 casos positivos, 2 de ellos para falciparum y 2 para vivax, siendo los más afectados niños menores de 5 años (3 casos).

En las dos épocas comprendidas por el estudio en las comunidades Guahíbo, se efectuaron 35 exámenes de Gota gruesa, de los cuales 13 resultaron positivos, y corresponden al 37.1% distribuidos en 7 casos para falciparum y 6 para vivax, encontrándose un caso mixto. Las mujeres son las más afectadas con 8 casos.

El tratamiento de la enfermedad como tal, es deficiente y contraproducente por factores tales como la falta de educación con respecto a la enfermedad; medicamentos mal utilizados e insuficientes distribuidos por personal no idóneo, automedicación, falta de puestos de información y tratamiento cercanos. Todo esto conduce a la aparición de cepas resistentes que no responden a tratamientos convencionales.

El paludismo es un problema de salud grave en estas comunidades, y deberá ser motivo de un estudio especial, en el caso de los grupos étnicos, ya que para el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) estas son zonas altamente endémicas.

d) Infecciones urinarias

De acuerdo con lo observado para las dos épocas, en las comunidades Tunebo, los casos de infecciones urinarias tienen una incidencia signifi-

cativa especialmente en la población infantil y particularmente en las niñas; muchas de estas pasan desapercibidas y se complican con otras afecciones que obligan al desplazamiento a los centros de atención médica.

En las comunidades Guahfbo de Arauca la incidencia de infecciones urinarias es significativa y afecta fundamentalmente a la población adulta femenina. El problema que acompaña a esta patología es la indiferencia por parte de la gente, lo que frecuentemente complica su estado de salud, más aún, al ser las mujeres las más afectadas ya que sus relaciones con la sociedad occidental son más restringidas que las de los hombres.

Los resultados nos permiten suponer, que este problema en los grupos Piapoco es menos grave que en los demás grupos étnicos estudiados, pero que se le debe prestar atención, puesto que en una población tan pequeña con una incidencia del 2.7% y con condiciones ambientales que permiten su proliferación, puede convertirse en un verdadero problema de salud, mucho más si las afectadas son las mujeres.

En las comunidades Guahfbo, las infecciones urinarias se convierten en un problema serio, especialmente para la población infantil y fundamentalmente para el grupo comprendido entre 1 y 4 años, debido a la poca atención que se le presta a estas molestias y a la falta de recursos para tratarlos oportunamente.

e) Valoración nutricional

La valoración nutricional nos ha mostrado que los patrones utilizados en nuestro medio no son aplicables para estos grupos humanos; así por ejemplo, la relación peso-talla-edad, en casi todos los casos, muestra una desviación a la izquierda, de varios meses o años. Además, signos y síntomas físicos de desnutrición están presentes en algunos casos, pero no en todos los menores de 10 años. Este cuadro nos muestra la necesidad de elaborar patrones de valoración que tengan en cuenta las particularidades socio-económicas y culturales de cada una de las etnias. Para esto sería necesario la implementación de pruebas adicionales que permitan establecer pautas que orienten objetivamente programas de recuperación nutricional especialmente en el grupo de más alto riesgo.

Recursos de salud

Los recursos institucionales o del Estado en el campo de la salud son limitados y se han orientado en algunos casos a mejorar las condiciones en

que viven estas comunidades, mediante programas de letrización, utilización de molinos de viento para extracción de agua, brigadas esporádicas de salud con cobertura limitada, capacitación de voluntarios y promotores de salud, campañas de vacunación, campañas educativas, que han tropezado para su implementación con problemas ambientales, dificultades idiomáticas, subestimación de las costumbres, condicionamiento para la prestación del servicio, grandes distancias, deficientes recursos económicos y de transporte y el complejo de inferioridad del indígena frente al blanco, lo que ha impedido una relación creativa participativa y continuada.

Conclusiones

1. Sin la colaboración y participación de la comunidad hubiera sido imposible el desarrollo de las diferentes pruebas contempladas para la presente investigación, llevadas a cabo dentro de un ambiente de respeto y mantenimiento de la integridad de sus prácticas culturales.

2. Las comunidades participantes viven en condiciones geográficas, climáticas, geológicas, sociales, culturales y económicas diferentes, que hacen que el comportamiento de las enfermedades sea también diferente.

3. La ejecución de las pruebas de la investigación en los diferentes asentamientos y la vinculación de todos sus miembros, están determinadas por el tipo de relación y confianza que ellos tengan en la entidad ejecutora, obviándose en esta forma la verticalidad o imposición de las mismas.

4. Se mantiene el predominio de las infestaciones parasitarias, especialmente por uncinaria (42.07%), y áscaris, explicable en cierta forma por las condiciones ambientales y hábitos higiénicos que permiten su proliferación.

5. La distribución de la amibiasis y de la giardiasis se circunscribe principalmente en el grupo de menores de 9 años, sin mayor variación para las épocas climáticas de invierno-verano, como consecuencia de la independencia que tienen del resto de miembros de la comunidad.

6. La presencia de numerosos síntomas respiratorios, casos de tuberculosis y defunciones por esta causa, plantean la necesidad de un estudio a profundidad que identifique y controle dicha patología.

7. Las afecciones de la piel que se presentan en estas comunidades y principalmente en la población infantil, están sujetas a la severidad de los cambios climáticos y la proliferación de insectos que actúan como vectores de las mismas; por lo tanto hay que tenerlas en cuenta en cualquier programa de atención por la alta prevalencia que presentan.

8. El hecho de que las infecciones urinarias afecten principalmente a los niños y especialmente a las mujeres, muestra la necesidad de implementar acciones educativas tendientes a señalar los riesgos y complicaciones de estas afecciones a las que la comunidad no les presta mucha atención.

9. La ubicación de las comunidades en zonas señaladas por el SEM como altamente endémicas para paludismo, nos muestra la necesidad de desarrollar acciones preventivas y educativas con relación a la enfermedad, a través de los agentes y promotores de salud con el fin de evitar la automedicación deficiente, la aparición de cepas resistentes y la perpetuidad de la enfermedad.

10. La deficiente salud oral detectada en estas comunidades, señala la carencia de programas en este campo. Esta situación se ve agravada por los problemas económicos que enfrentan, cambios de hábitos alimentares y desnutrición, que requieren de acciones educativas tendientes a inculcar e implementar hábitos higiénicos tradicionales u occidentales, así como acciones curativas que corrijan el estado actual de salud oral.

11. Las condiciones generales en que viven estas comunidades sugieren que sus miembros afrontan serios problemas de ingesta calórico-proteica, que sería difícil valorar con los instrumentos utilizados en el presente estudio, pero que muestran claramente que hay deficiencias que deben ser estudiadas y reforzadas con programas de recuperación nutricional especialmente en la población pre-escolar y escolar.

12. Finalmente, consideramos que el perfil epidemiológico establecido, presenta aspectos susceptibles de ser controlados técnicamente con los recursos disponibles, tanto por las entidades estatales del ramo, como por las entidades privadas que desarrollan programas de salud en estas zonas, mediante acciones coordinadas que tengan en cuenta los aportes y sugerencias de la comunidad, sus particularidades socioeconómicas, culturales y epide-

miológicas.

Bibliografía citada

Botero, D. y M. Restrepo

1984 *Parasitosis humanas*. Medellín (Colombia): Ediciones Comparación para Investigaciones Biológicas.

Gumilla, J.

1985 *El Orinoco ilustrado: Historia Natural, Civil y Geográfica de este Gran Río*. Bogotá: Edición Limitada Carvajal S.A, Tomo I. (Primera edición: 1791).

Ministerio de Salud-INS-ASCOFAME

1983 *Estudio Nacional de Salud: Población y Morbilidad general 1977-1980*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Ucrós, H.

1984 *Manual de Patología Médica*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

MOVIMENTOS POPULARES DE SAÚDE: NOTAS PARA UM DEBATE

Elda RIZZO DE OLIVEIRA()*

O interesse da Antropologia pelo estudo de movimentos populares no Brasil exige, de imediato, algumas explicações. Tradicionalmente lidando com sociedades tribais e, mais tarde, com estudos de comunidade, com brancos e negros (Melatti, 1983; Correa, 1987 e 1988), com o campesinato, onde enfatizou os processos de expropriação nas relações cidade-campo expressos na religião, na medicina, na qualificação da força de trabalho, na família, enfim, no amplo espectro de estudos sobre culturas populares produzidos nos finais dos anos 70 e início dos anos 80 (Brandão, 1980, 1981, 1982a, 1982b, 1983a e 1983b), esta disciplina acadêmica, alargando as temáticas contidas no seu objeto de estudos chega mais próximo às periferias das grandes cidades para construir antropologicamente o outro⁽¹⁾.

(*) Professora junto ao Departamento de Antropologia, Política e Filosofia da Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" (UNESP).

(1) É interessante observar que o processo de ampliação temática da Antropologia no Brasil - abrangendo objetos como homossexualismo, equipamentos sociais (creches, postos de saúde, escolas, centros de lazer), comunidades eclesiais de base, prostituição, mulheres, várias formas de religião e de cultos mágico-religiosos como candomblé, umbanda, rituais do catolicismo popular, etc. e na saúde várias temáticas como: saúde e cultura popular, representação popular das doenças, loucura e classes sociais, medicinas comunitárias, medicinas populares e agentes populares de saúde, relação Medicina/Igreja e Estado, etc. - subordinou-se pelo menos às seguintes situações: a) a descoberta de novos temas; b) a recolocação de novas perguntas a velhos temas; c) a descoberta da possibilidade de ampliação teórica de várias heranças intelectuais recebidas (do Evolucionismo, Funcionalismo, Culturalismo, Estruturalismo, Marxismo Antropológico e da Pós-Modernidade). Se de um lado, a história nos revela um processo de complexificação do social, do outro parece também haver uma crise nos modelos explicativos das ciências sociais resultando num fenômeno de pelo menos duas faces: uma certa dispersão temática e uma maior extensão quanto aos dados produzidos sobre a realidade social: Esta situação coloca para os cientistas sociais, em particular, os antropólogos, várias questões de ordem tanto conceitual quanto política,

Quem era este outro, expropriado das formas de saber e de experiência obtidas na academia e instituído de várias tantas outras aprendidas na sua cultura, alijado do processo político e expropriado economicamente, este outro que arcava com o maior peso do avanço do capitalismo que lhe reservava apenas a posição de escória (Marx, 1974)? Poderia este outro ser analisado como sujeito político de suas lutas, ou somente como um objeto de estudo das ciências sociais? Como superar uma herança colonialista que colocava a nossa cultura como critério de referência de todas as lutas quando propomo-nos a estudar movimentos sociais que se processam em outras culturas, ultrapassando a visão de que se tratem de fenômenos irracionais, ilógicos e atrasados? Como compreender os mecanismos de produção e de reprodução das relações sociais e os processos de simbolização sobre elas (Carvalho, 1986), e construir um saber antropológico que não se situe à margem da história? Reconstruir os movimentos populares enquanto parte de processos sociais vivos que qualificam aspectos das lutas das classes subalternas quando estas lutas ocorrem na mesma sociedade que a minha? É legítimo compreender as mobilizações sociais como sendo cumpridoras de uma função integrativa (Blumer, 1962) daquilo que hoje é conhecido como processo de fragmentação social (Jameson, 1985; Santos, 1988)? Ou tais mobilizações sociais podem vir a constituir-se em movimentos sociais, ao entrarem nas lutas mais gerais envolvendo a sociedade como um todo (Gramsci 1975, 1984 e 1987)?

Esta comunicação tem por objetivo discutir vários aspectos da questão da articulação de movimentos sociais com a da saúde, tentando circunscrever a nível da teoria alguns problemas que apareceram na pesquisa que desenvolvo. A tese subjacente a esta comunicação é a de que a luta por saúde deva ser inserida no embate político entre as classes sociais, de forma a alargar o campo de conflito (Gramsci, 1984), com vistas a que possa participar da elaboração de novas políticas sociais, dentre elas, as de saúde, pressupondo, portanto, um processo vivo de participação popular, e contemplando, em um só tempo, o horizonte da cidadania na sua articulação com a diversidade social. Tentarei sinalizar algumas pistas e armadilhas que encerram o estudo da participação popular em saúde.

questões estas que não têm recebido a merecida atenção. Apesar de chegarem a conclusões por caminhos diferentes sobre isso ver: Cardoso, 1986; Cardoso de Oliveira, 1986; Carvalho, 1986 e 1987; Durham, 1986 e 1988; Macedo, 1986; Zaluar, 1986 e outros.

A saúde como questão social

Simultaneamente ao processo do alargamento das temáticas contidas no objeto de estudos da Antropologia estava sendo produzida uma densa reflexão sobre a relação saúde-Estado-sociedade. Superando o enfoque produzido pelas análises folclóricas, biomédicas, dos sanitaristas, promotores e assistentes sociais começava a discussão sobre novas formas de encarar a saúde: tratava-se de uma questão ligada à produção social das enfermidades, sua distribuição pelas classes sociais e o papel mediador do Estado. De outro modo, estudos antropológicos calcados no enfoque culturalista iniciaram um diálogo com a questão da doença, articulando-a à raça, à cultura, à marginalidade, à pobreza e à criminalidade (Pierson, 1951). Contudo, não é desta perspectiva que discuto a questão da saúde.

Nesta comunicação vou me deter mais à entrada das ciências sociais neste debate, de meados da década de 70 para frente, momento em que assinala um salto qualitativo nos trabalhos que vinham sendo desenvolvidos. A apreensão dos efeitos diretos do período denominado milagre brasileiro abriu para as ciências sociais um campo fecundo - sobretudo para as análises calcadas no materialismo histórico - para a percepção da relação processos de enfermidade-Estado-sociedade. Os efeitos do modelo de substituição de importações, as formas mais acentuadas de exploração do trabalho propiciadas pela industrialização acelerada, o processo de concentração de renda tanto na cidade como no campo e o arrocho salarial (desvalorização do salário real) impuseram formas ímpares de expropriação econômica, alijamento do poder e exclusão quanto à participação popular, contribuindo decisivamente para o aprofundamento da deterioração das condições concretas de vida da maioria da população. Tal situação favoreceu o aumento e a diversificação das doenças - mesmo com uma intensificação das práticas médicas e da laicização da caridade vindas do Estado - resultando numa real dificuldade para contê-las (Possas, 1981; Oliveira, 1983 e 1984).

Este período constitui-se numa conjuntura política decisiva para o debate sobre saúde. A internacionalização da economia nacional e a agravação da condição de subdesenvolvimento do país acirraram o interesse dos cientistas sociais sobre a questão da saúde resgatando a vitalidade de uma discussão que a coloca no centro de um debate mais amplo que versa sobre a condição de resgate da força de trabalho. Era então preciso compreender a ênfase dada pelo Estado à ação curativa, garantidora da acumulação do capital monopolista que se consolidava às custas de uma política de arrocho sa-

larial. Atuando como regulador das tensões sociais, o Estado pauta os serviços de saúde, mantendo-os no seguinte limiar: entre o não agravamento da situação de saúde (para os economicamente privilegiados e os setores médios da sociedade) e a neutralização das tensões sociais decorrentes da completa ausência destes serviços para as demais classes sociais (Possas, 1981; Costa, 1982).

O quadro sanitário brasileiro tornou-se dramático. O espectro de doenças que se funde e se alastra, que escapa ao controle das políticas oficiais de saúde testemunha a contradição existente entre a multiplicação da oferta de serviços de saúde às diferentes classes sociais e a própria proliferação das doenças. Há uma historicidade atravessando os diferentes modos de adoecer e de morrer, na medida em que o processo saúde-enfermidade é também parte de um mesmo processo social, refletindo, portanto, o tipo, a frequência e a distribuição das doenças entre as classes sociais, dado a sua inserção na estrutura de classes como também as formas de relação social que elas estabelecem no cotidiano (Possas, 1981; Laurell, 1983). Constitui-se ainda parte desta dramaticidade uma larga sobreposição de enfermidades típicas de países mais industrializados - como as doenças degenerativas (cardíacas, neoplasmas); acidentes de trabalho e doenças profissionais - com aquelas doenças de países mais periféricos (as infecto-contagiosas, parasitárias e diarréicas), as agravadas pela desnutrição, além dos elevados índices de mortalidade infantil ligados diretamente às condições de vida (Possas, 1981; Costa, 1982; Laurell, 1983; Paim, 1986).

A interpretação de tais enfermidades pelas autoridades de saúde do Brasil como reveladoras da ausência de serviços médicos guiará a formulação das políticas oficiais de saúde, e, portanto, o modo como se organizarão os serviços de saúde no país (Possas, 1981; Braga, 1986). A saúde entendida como condição fundamental para a perpetuação do capitalismo no Brasil corresponderá a uma heterogeneidade na prestação de serviços médicos às diferentes classes sociais (Possas, 1981). Complementando, ao modo como se inserem as diferentes classes sociais na estrutura social de uma sociedade desigual correspondem diferentes modos de adoecer e de morrer (Laurell, 1983).

A oferta dos serviços de saúde à população guiou-se por uma compreensão formulada numa demanda percebida como socialmente relevante (que aparece como necessidade de serviços médicos), realidade parcialmente verdadeira, mas guarda considerável distância das reais necessidades da sociedade tomada como um todo. A saúde, com efeito, constitui-se num dos

fortes mecanismos que articulavam a relação Estado-sociedade civil. É no bojo desta discussão circunscrita às formas de controle social e de atendimento parcial das reivindicações populares que devemos compreender os mecanismos de manutenção do Estado na prestação do serviço médico, e os conceitos de saúde e de enfermidade, possuidores de uma especificidade relacional. As ações do Estado em direção às classes subalternas tendem a ultrapassar os interesses da classe dominante. Aliás, é necessário que o Estado faça algum tipo de concessão às classes subalternas e setores médios da sociedade para que seja visto também como um Estado que instrumentaliza uma política de hegemonia, por oposição àquele que se fixa somente na criação de relações de lealdades institucionais - visando a formar, ainda que tenuamente, - algum tipo de consenso, fundamental para se manter enquanto aparato da sociedade. A proliferação dos serviços de saúde e sua extensão às classes subalternas não eliminam as enfermidades. Ao contrário, parece ocorrer um processo paralelo entre a proliferação dos serviços médicos e a multiplicação e diversificação das doenças (Possas, 1981; Oliveira, 1983 e 1984).

Há, assim, um paradoxo presente no modo como o modelo brasileiro de medicina se realiza, refletindo ainda interesses antagônicos também no aumento da demanda pela população, e na ampliação das formas de tutela econômica e política através dos interesses do Estado paternalista, interesses estes, entre outros, situados: a) na necessidade que os médicos tinham dos seus clientes que não podem pagar; b) na urgência com que o próprio capital precisava se reproduzir através de uma força de trabalho que não podia adoecer; c) em outros antagonismos presentes ainda nos interesses do Estado, conflitantes aos da classe trabalhadora como um todo, e opostos aos dos médicos, no tocante a sua inserção social enquanto trabalhador específico.

Disso tudo resultou uma medicina mercantilizada, privatizada, elitista e curativa. Os programas de imunização às doenças, de suplementação do leite em pó, de doação de anticoncepcionais constituem-se em práticas emergenciais e provisórias, paternalistas, não raro acompanhando as campanhas eleitorais, e com elas logo se atomizando (Possas, 1981).

Vimos em linhas muito gerais com que tipo de preocupação as ciências sociais entraram na reflexão sobre a saúde. As condições sociais de produção da prática médica, a ideologia que a sustenta, o modo como se distribuem os serviços de saúde pelas classes sociais colocaram os cientistas sociais no bojo de questões difíceis, onde ampliaram e reconotaram a

contribuição que puderam oferecer: ao ultrapassarem o nível de indagação teórica inseriram-se no da necessidade de intervenção política.

A reflexão dos cientistas sociais sobre saúde, deslocou, portanto, o foco da análise que privilegiava uma relação puramente técnica na produção da medicina (como resposta à compreensão de uma doença individualizada) para a apreensão das relações sociais de produção e de distribuição das enfermidades e das práticas médicas, o modo como a doença se instala como episódio num dado organismo (Arouca, A.M.T. 1978), bem como a convivência com diferentes padrões de morbidade numa mesma população.

Estes fatos levaram à compreensão da saúde enquanto questão social, isto é, ligada às próprias condições sociais da vida, de trabalho e de relações sociais vividas entre os grupos sociais, e da doença, como um resultado de uma determinada articulação das forças políticas e sociais (Possas, 1981; Laurell, 1983). Parece ser na constatação da ausência de um desenvolvimento social, no debate sobre cidadania que a saúde passa a ser vista como questão política, abrindo-se, então, à população como um todo, especialmente ao amplo espectro de movimentos sociais setoriais (da área da saúde), e também aos demais movimentos e mobilizações sociais de origem subalterna (Paim, 1986), por exemplo, os de bairro, a luta pela água, esgoto, canalização de valetas, invasões de terrenos, processados de norte a sul do país. Marcados por um certo redescobrimto da ação coletiva, estes movimentos favoreceram ainda uma crescente politização do cotidiano (Sader, 1988).

A constatação da proliferação de diferentes formas de participação popular coloca-nos uma questão fundamental: estaria a sociedade se tornando mais transparente, mais mobilizada e sensibilizada no que tange aos valores da justiça social, ou ocorreu uma mudança na maneira de enxergar os fatos, muitos deles sempre existentes, mas que somente agora ganham a condição de fatos novos? Ampliou-se a visibilidade dos problemas urbanos e rurais através do reconhecimento de diferentes formas de pressão (abaixo-assinados, passeatas, invasões, comissões representativas) ou estas constituem-se em fenômenos relativamente novos?

Paralelamente, ao perder de vista que o processo saúde-doença faz parte de um mesmo processo histórico social, o Estado patrocinou experiências populares na área da saúde, sobretudo através de projetos que ainda se concretizam via aparelhos ideológicos do Estado, como Prefeituras Municipais e Secretarias Estaduais de Saúde, contribuindo, dessa maneira, para incentivar formas de desmobilização popular, isto é, com oferta de serviços em

descompasso com a proposta da reivindicação popular. Uma vez mais, o Estado encaminha na saúde uma forma de controlar a sociedade, de normatizar a demanda e de realizar a laicização da caridade, reconotando, no plano ideológico, as noções de esmola e de indigente. A seguir, veremos uma das formas de realização destas experiências: a articulação da educação popular à saúde, através do projeto Medicinas Comunitárias.

Educação popular em saúde e movimentos sociais de saúde: várias interpretações para o conflito social

Da educação popular em saúde às propostas contidas nos movimentos sociais de saúde que serão discutidas a seguir, o salto não é apenas de tamanho, mas também de compreensão de como funciona a sociedade, de como expressa localmente - sobretudo nas periferias das cidades - o conflito que move as relações entre as classes sociais. Em vários momentos da prática concreta - tanto da educação popular quanto do movimento popular - as propostas se cruzam, seus conteúdos se recobrem, até dificultando para o pesquisador o horizonte de cada conjunto de relações.

1. A ARTICULAÇÃO DAS QUESTÕES DA EDUCAÇÃO POPULAR À LUTA POR SAÚDE

Profissionais de saúde (médicos, agentes de saúde, enfermeiros), juntamente com agentes da Pastoral da Saúde e estudantes de medicina abrem-se para uma experiência comunitária junto às classes subalternas, em comunidades urbanas ou rurais onde propõem uma estratégia aglutinadora de esforços através de práticas médicas que visem atenuar o quadro de doenças infecto-contagiosas apresentado por estas populações.

Num passo seguinte, o alargamento dos serviços de saúde, a integração, regionalização e simplificação da prática médica começam a constituir-se parte de um projeto denominado Medicina Comunitária, quando as prefeituras locais - às vezes articuladas às universidades e secretárias de saúde - investem em ensinamentos de práticas de puericultura, campanhas populares de saúde, doações de medicamentos, programas específicos para hipertensos, gestantes, idosos, em regras e práticas de higiene realizados através de cursos, discussões, palestras, com vistas a reparar os efeitos drásticos do processo capitalista na esfera da saúde.

O recrutamento de uma força de trabalho na própria comunidade - sobretudo entre os auxiliares de saúde - passa a integrar esta nova modalidade de

medicina pautada numa compreensão de uma dada forma de participação no processo econômico e político (Donnangelo, 1976), na medida em que ampliava a reprodução da força de trabalho menos qualificada, mais barata, e reforçava também o princípio da desigualdade na saúde pelo acesso diferencial dos serviços médicos que o Estado oferece às classes sociais.

Simultaneamente, através de alguma forma de consenso, o Estado acabava investindo na formação de uma pré-cidadania, ou segundo Guevara et al., de uma cidadania de segunda classe (Guevara et al., 1983), forçando, ainda, que a população da periferia, em contrapartida, arcasse com os custos desta experiência, na medida em que havia um incentivo para que grande parte dos recursos saísse da própria comunidade.

Todo este aceno de participação popular, de cuidado individual e comunitário com a saúde, em comunidades que se diluem e se recriam vinha ao encontro de uma proposta política da Igreja Católica junto aos setores progressistas, sobretudo entre os anos 70 e início de 80, de criar núcleos religiosos voltados à criação de resistência à conhecida opressão vinda de um governo antipopular como o brasileiro, para o que investiu na criação e no fortalecimento das organizações populares (ver CEDI, 1980).

Numa sociedade amorçada pelo extremo autoritarismo, a Igreja desdobrava-se como uma possibilidade de diálogo com as diferentes esferas do social (vejam a Pastoral da Saúde, Operária, dos Direitos Humanos, dos Marginalizados, da Periferia, etc.), através de periódicas campanhas (como a da Fraternidade, da Criança, etc.). No que tange à saúde, tal postura justificou um grande número de encontros populares, o que possibilitou, inclusive, uma certa forma de aliança com o projeto Medicinas Comunitárias, resultando na criação de uma articulação nacional dos Movimentos Populares de Saúde (MOPS) em 1981, a partir dos conhecidos Encontros Nacionais de Experiências em Medicinas Comunitárias (ENEMEC), iniciados em 1979.

Neste contexto, onde a luta por saúde começa a democratizar-se, reacende-se o debate sobre a cultura popular e as medicinas populares, também incorporado agora aos projetos da Igreja Católica. Vários intelectuais inseridos nas lutas populares defendem formas de participação popular, de resgate das religiões e medicinas populares, em nome de não sufocar as condições de resistência popular que começavam a se expressar - haja vista o sem-número de encontros populares que contemplavam e contemplam a democratização da saúde na sua relação com uma apropriação cultural - (Brandão, 1980, 1982a e 1982b; Oliveira, 1983, 1984 e 1985) e por

onde a diversidade social foi potencializada também como tentativa para que ficasse marcada sua existência para, num passo seguinte, pudesse ser amarrada à questão da defesa da cidadania.

Enquanto a participação popular em saúde articulava dois princípios, o da ampliação da cobertura médica e o da mobilização e organização popular (Bohadana, 1982), também parecia constituir-se numa faca de dois gumes. Por um lado, favorecia o participacionismo pela base, convocando à luta grandes contingentes da população excluídos até então da medicalização, e por outro, dado a inexperiência democrática, a herança autoritária de relações sociais e o quadro nosológico deteriorado - juntamente com os sinais visíveis de uma espoliação urbana - favorecia uma visão imediatista desta mesma participação. Esta forma de participação também começava a se pautar, mais tarde, pelo legado político de uma crítica dos chamados socialismos reais, sobretudo no que diz respeito às formas de totalitarismo, de ausência de liberdades individuais que serviram para justificar as lutas em saúde inseridas em qualquer modalidade de participação popular: ampliando o conceito (Paiva, 1982), mas também convertendo-se em instrumentos de controle social (Pellegrini et al., 1978; Costa, 1982).

Os projetos de participação comunitária em saúde na América Latina receberam um importante legado político e intelectual, sobretudo depois da IIª Guerra Mundial, a partir de experiências que adquiriram um caráter internacional: Plano Beveridge na Inglaterra, contendo a orientação para a formação de Ministérios de Saúde e Previdência Social e Plano Marshall nos Estados Unidos, através de investimentos diretos em países da Europa Ocidental, requerendo planejamentos racionalizadores (Guevara et al., 1983). Outro importante legado intelectual também dos Estados Unidos veio quando do investimento na formação de médicos-sanitaristas especializados no caráter preventivo das enfermidades infecto-contagiosas e doenças tropicais (tais como malária, doença de Chagas, febre amarela) e o estabelecimento de convênios com países latino-americanos para a atuação destes médicos (*ibid.*).

O projeto intervencionista da economia norte-americana no contexto internacional consolidou a necessidade de criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1945, com vistas a desenvolver estratégias de ação política voltadas à formação de uma consubstanciada opinião pública capaz de intervir na formulação de um elevado patamar de saúde das diferentes populações do mundo. A partir dos anos 50 houve uma forte adesão à compreensão de que os critérios de organização social deveriam pressupor

uma participação da comunidade na formulação e ampliação dos seus problemas locais. Já nos anos 60, esta compreensão alarga-se para incluir uma co-participação da comunidade junto ao governo como condição de assegurar o desenvolvimento econômico e social, abrindo-se, então, a que os países signatários da OMS implementassem projetos com tais orientações.

No início dos anos 60, os Estados Unidos adotam uma estratégia controladora das tensões sociais, orientada pelo serviço social destinada, sobretudo, às comunidades negras e latino-americanas que reivindicavam direitos civis e eram vistas como marginais, na ótica da teoria da marginalidade (Donnangelo, 1976). Tratava-se de consolidar um projeto político que desse continuidade à crítica do exercício de uma medicina calcada na noção de hospitalização e especialidade médica, e encontrou na Escola Médica americana a defesa dos fundamentos de uma medicina preventiva (Costa, 1982).

Neste contexto o Estado apelou a que estas comunidades sob sua tutela cooperassem na ampliação dos serviços básicos de saúde a elas destinados, com força de trabalho e ajuda material, assumindo o Estado, em contrapartida, a manutenção dos funcionários, dos técnicos, a definição das prioridades e a implementação de recursos financeiros. Esta iniciativa política do Estado veio ao encontro do próprio projeto político da Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), entidade criada em 1948, atendendo à recomendação da Organização das Nações Unidas (ONU) - que formulava para a América Latina políticas de desenvolvimento centradas na industrialização interna através da substituição de importações encontrando, no planejamento urbano e econômico, um elemento que dava racionalidade e direção à transformação social. Portanto, o projeto cepalino se colocava para a sociedade como um instrumento de combate às desigualdades sociais nas relações de troca processadas entre os países de capitalismo central e os de capitalismo periférico (Guevara et al., 1983).

Em linhas muito gerais, a proposta original de participação comunitária articulando educação em saúde também partia do temor imposto sobre os Estados Unidos de que a Revolução Cubana se estendesse para outros países (*ibid.*). Ainda que na sua superfície, se as desigualdades sociais não fossem tratadas poderiam engendrar processos revolucionários. O projeto cepalino orientou políticas de investimentos sociais em países da América Latina, condicionando os diferentes países a que produzissem estudos sobre as suas necessidades específicas para cada setor.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, extraída da Conferência

Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela OMS e UNICEF, orientou aos países signatários que quisessem alcançar um nível considerado razoável de saúde até o ano 2000 valorizarem seus curandeiros, e investirem na ampliação da cobertura médica, pois 80% da população mundial não possuía acesso a formas regulares de atendimento à saúde.

A profunda crise econômica mundial, os efeitos locais desta crise, o fracasso das propostas cepalinas de substituição de importações, e os resultados decorrentes dos processos de industrialização acelerada (Pereira, 1985) acabaram, como vimos, por produzir transformações também no quadro nosológico da população, através de uma sobreposição de enfermidades, levando a que o desenvolvimento econômico se antecipasse ao desenvolvimento social, agravando, com isso, as próprias condições sociais geradoras de enfermidades.

Por outro lado, a laicização da caridade, assumindo o Estado uma certa função do que constituía o trabalho assistencial da Igreja, paralelamente ao aprofundamento da condição de subdesenvolvimento já referido, constrói momentos de revitalização das propostas de participação comunitária, agora amplamente assumidas pelo governo federal, e retraduzidas como uma interface de uma política social, onde no que tange à questão da saúde, deuse um deslocamento da responsabilidade do Estado enquanto provedor para as comunidades, entendidas como microinstâncias (Pellegrini et al., 1978). Com esta estratégia o Estado incentiva firmemente a participação comunitária e o cuidado individual à saúde, onde as classes subalternas e as suas enfermidades não são vistas como constituindo-se nas contradições do capitalismo, mas como passíveis de uma integração social dirigida. Trata-se de uma visão que compreende a realidade fragmentadamente, porque parte do pressuposto de que a superação desta marginalidade resolve-se com a integração social destas classes, através da estratégia de uma proposta assistencialista em saúde, estratégia organizadora do sistema e dos serviços de saúde, assegurando ainda uma maior produtividade do trabalho a um custo reduzido e com uma rápida formação (Donnangelo, 1976; Pellegrini et al., 1978; Costa, 1982).

Portadoras de resultados parciais, tais estratégias possuem efeitos localizados, sua extensão é, portanto, estreita e sua dimensão superficial. Embora ao nível do discurso tentam gerar uma visão de responsabilidade social em saúde, estendendo o direito à saúde às classes subalternas - sem propor mudanças no conjunto das relações sociais - os trabalhos desta natureza facilmente acabam convertendo-se em instrumentos de controle social aliados

dos aparelhos do Estado (Pellegrini et al., 1978), local onde os mediadores - sobretudo saídos das comunidades - são assimilados como funcionários, vivendo, portanto, a ambigüidade, entre serem da comunidade e serem funcionários deste Estado. Inseridos nesta estrutura, muitas vezes sem o desejo, contribuem para que os resultados das lutas em saúde refluem e fragmentem-se.

Com raras exceções, tais trabalhos oferecidos pelo Estado constituem-se em estratégias adotadas deliberadamente para conter os embrionários focos de resistência e de controle popular, onde mediadores locais acabam utilizando o espaço institucional do posto de saúde para a finalidade de controle ideológico do Estado. Tais trabalhos reformam, modernizam, mas pouco avançam nas lutas sociais, porque não se inscrevem em dimensões mais ampliadas de relações sociais ligadas a uma ação confrontadora do real processo de gestação e de aprofundamento das desigualdades sociais com os seus efeitos dramáticos na saúde. Penso que estas estratégias de ampliação da cobertura médica possam levar a que seja localizado o conflito social não na relação social onde ele é produzido, mas em esferas da sociedade onde ele apareça como a carência do serviço médico. Por outro lado, o problema persiste se no bojo desta ampliação da cobertura médica os setores subalternos a quem esta ampliação se destina nada fizerem para confrontar-se às estratégias de hegemonia do Estado. Contudo, a existência institucional do serviço médico pode constituir-se num impulso voltado à construção da consciência sanitária, como pressuposto da criação do patamar da cidadania, momento que possibilita deslocar, novamente, o conflito social para o Estado, abrindo-se espaço para a luta hegemônica, o que pressupõe, sem dúvida, a ampliação de alianças políticas.

2. MOBILIZAÇÕES E MOVIMENTOS POPULARES DE SAÚDE

Vimos como a articulação educação popular-saúde assumida pelo Estado como forma de ampliação da cobertura médica garantiu-lhe uma estratégia de hegemonia, em que a participação popular foi incorporada como condição para a sustentação do projeto Medicinas Comunitárias, oscilando o Estado entre tornar-se permeável a algumas demandas populares - o que favorecia os mecanismos de acumulação capitalista - ou reprimir as classes subalternas - pondo em risco a sua legitimidade (Van Stralen et al., 1983).

Do lado das classes subalternas, a expansão dos serviços de saúde até elas respondia, em certa medida, a algumas das reivindicações contidas no amplo leque de mobilizações e movimentos populares de saúde, como em

Associações de Moradores, Igreja, creches, postos de saúde, clubes de mães, comissões de saúde, grupos de jovens, articulação nacional de movimentos populares de saúde, - movimentos localizados e dispersos. Tratavam-se, evidentemente, de formas desiguais de encaminhar o seu protesto político, de intervenção social, de participação nas lutas sociais - com sujeitos populares ou em articulação com lutas de profissionais da área médica -, muitas vezes ampliando as lutas sociais com vistas a superar a condição de exclusão a que estão submetidos. Neste sentido, Touraine nos chama a atenção para dois aspectos importantes nesta forma de participação popular: a tentativa de superação de uma condição de exclusão social a que estão submetidas as classes subalternas, e por outro lado, sua articulação em torno de uma espécie de consciência contestatória (Touraine, 1989).

Investindo ao nível de uma cobertura médica ampliada, o Estado contribui para alargar o campo de conflito social da sociedade civil, favorecendo um certo acúmulo de forças sociais, onde as lutas das classes subalternas podem encaminhar um projeto político entrando numa relação de disputa por hegemonia (Gramsci, 1975 e 1984). Aqui, Gramsci opõe-se a Touraine na medida em que compreende que as mobilizações sociais fixam-se apenas ao nível das reivindicações localizadas, onde suas demandas são mais facilmente pulverizadas, dispersas, porque não conseguem se somar aos movimentos sociais e acabam, assim, esvaziando-se. Ao não reivindicar como fundamental a distinção lutas localizadas e lutas políticas mais gerais, Touraine colocaria também no plano secundário a necessidade de elaboração de um projeto político para a sociedade vindo do movimento popular, do movimento histórico e do movimento geral?

Para Touraine uma mobilização social difere de um movimento social - porque a primeira se processa entre os excluídos e a segunda entre os explorados, talvez menos excluídos, porque já possuem alguma forma de consciência da sua exploração (Touraine, 1989). Assim, parece que a própria estratégia de ação na luta é diferenciada quando, por exemplo, no que tange à ampliação da cobertura médica, no primeiro caso, o mecanismo do Estado favorece uma fragmentação da luta subalterna, na medida em que dificulta através da burocracia, posterga soluções, produz ambigüidades no encaminhamento das soluções, reprime ou coopta lideranças e atribui à falta de recursos uma razão fundamental para impedir a unificação destas lutas (Van Stralen et al., 1983). E, no segundo caso, a sua estratégia parece favorecer um alargamento e fortalecimento da sociedade civil. Assim o conflito social acaba permeando as várias redes de relações sociais no bojo

da sociedade civil (Touraine, 1989), alargando o campo da disputa social - na medida em que também amplia e heterogeneiza a composição social dos próprios movimentos - abrindo-se à possibilidade a que eles possam influir nas políticas de saúde a eles destinados. Permite que influam nas formas de produção e de distribuição de outros bens e serviços coletivos ao constituírem um campo da disputa do conflito, ao localizarem o adversário, ao construírem a identidade de interesses, a partir de uma visão de totalidade.

Entendemos que a luta por saúde pressuponha uma luta pela participação nos processos de construção de novas necessidades sociais, incluindo aquelas mais diretamente ligadas à saúde. Tratam-se, portanto, de lutas políticas e históricas, como os próprios movimentos sociais, estes envolvendo em um só tempo o conjunto dos interesses da sociedade, nas forças sociais que a sustentam (Gramsci, 1975 e 1984).

Entendemos que a luta por saúde implique numa luta por construir uma nova vontade política que garanta que os mecanismos de acumulação não estejam à margem do controle popular, ou ainda, em choque com as necessidades sociais. Que seja uma luta capaz de detectar os padrões específicos de enfermidade presentes nos diversos segmentos que compõem as classes subalternas; detectar as suas condições sociais de existência no bojo das suas lutas gerais por emprego, salário, previdência, educação, alimentação, ecologia, lazer e participação popular. Daí a complexidade da questão, pois a luta por saúde envolve em um só tempo classes, instituições e projetos políticos que possuem legados históricos diferenciados.

Esta abordagem consubstancia um trabalho difícil para os pesquisadores em ciências sociais, porque as questões que a sustentam são amplas, mais do que aquelas que articulam os trabalhos sobre educação popular em saúde, impedindo ainda que as conquistas imediatas sejam tomadas como ideologia (Gramsci, 1984 e 1987) ou que elas contribuam somente para modernizar a sociedade.

Entendemos que as lutas populares em saúde devam se articular em três direções: a) numa visão internamente construída aos problemas locais, como efeitos dos problemas regionais e nacionais; b) numa visão favorecedora de uma participação dentro do aparelho de Estado, no caso, em projetos descentralizadores das práticas médicas, espaços que se abrem ao controle popular, à democratização, à equitatividade do serviço médico e à universalização da saúde; e c) numa visão que contemple o alargamento das alianças políticas, respeitando a cultura popular e as suas inúmeras formas de produzir curas.

Logicamente, trata-se de uma questão complexa. Por isso, há muitos trabalhos discutindo as questões ligadas à saúde, mas é muito raro que os pesquisadores preocupem-se em mostrar como um objeto de estudos em permanente processo de transformação constrói suas formas próprias de identidade social, suas formas próprias de exercício da diversidade - tangenciando ora mais ora menos diretamente a questão da saúde - e simultaneamente, suas formas de luta pela cidadania.

Lutas sociais em saúde: um processo aberto de participação popular

Na ótica das ciências sociais, as lutas sociais em saúde devem ser reconstruídas não como um espaço setorial de trocas e projetos, mas como um espaço no qual a consciência sanitária se constitua num germinal pela democratização de formas concretas de experiência de participação social. Tal como já se iniciou, este processo de denúncias, protestos, mobilizações e movimentos sociais, primeiramente saiu dos meios acadêmicos, depois das associações científicas como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e, por fim, no amplo espectro de movimentos sociais com reivindicações vindas dos profissionais médicos, médico-sanitários e paramédicos, e também das várias reivindicações de origem subalterna (Paim, 1986) - associações comunitárias, sindicatos, partidos, comissões de ruas, assembléias populares, postos de saúde, creches, etc.. Dependendo do seu alcance, estas reivindicações possuem ora uma ênfase educativa-comunitária ora política-participativa (Bohadana, 1982; Brandão, 1982a).

Sendo este um processo difícil, no âmago desta discussão devem ainda ser pontuadas as seguintes questões: a) se e como a entrada da Antropologia, ao tentar resgatar a dimensão cultural presente nas lutas sociais em saúde e, muitas vezes, ao privilegiar a ótica do outro, a do movimento de saúde, tem tratado fragmentada e isoladamente esta questão; b) se e como a ênfase na participação popular oculta ou subestima a questão da representatividade política; c) se e como é possível localizar nestas lutas sociais formas de construção de resistências e identidades políticas e culturais; d) se e como o modo como se vive a diversidade social oculta ou ajuda a perceber como esta diversidade se transforma em desigualdade social; e) se e como as lutas sociais em saúde apenas levam à modernização da sociedade ou se constituem num espaço de contenção da explosão social decorrente dos processos de deterioração das condições concretas de existência;

f) se e como estas lutas, quando não ultrapassam o nível imediato das reivindicações, desmantelam-se ou não; g) se e como é possível pensar em saídas sociais para as contradições constituídas em demandas dentro do próprio capitalismo; h) se e como, dado a sua fragilidade, estas lutas cederiam lugar aos mecanismos de manipulação política elaborados pelo Estado e pelos partidos políticos de modo a aumentar o poder de suas apostas sobretudo em períodos eleitorais.

Assim, a articulação saúde-movimentos sociais precisa ser abordada sob cinco perspectivas complementares: a) teorias sobre saúde; b) teorias sobre movimentos sociais; c) teorias sobre cultura; d) teorias sobre Estado e e) processos de construção do conhecimento nas ciências sociais, isto é, uma visão epistemológica. Portanto, a base conceitual desta discussão é ampla, densa e complexa, pois em um só tempo há que se qualificar o modo como se constrói um objeto em constante processo de transformação, o momento histórico que coloca os limites ao avanço de suas lutas, e o legado histórico diferencial que contempla a discussão da cidadania para cada dimensão do social (Marshall, 1967; Teixeira, 1986), além de compreender como evoluem os enfrentamentos sociais da conjuntura em questão (Gramsci, 1975, 1984 e 1987; Paim, 1986; Teixeira, 1986).

Um exemplo disto pode ser retomado do resultado das lutas sociais de meados da década de 80, onde a organização dos movimentos populares forçou o Estado, já um pouco mais debilitado, e necessitando legitimar-se perante a sociedade, a elaborar uma nova política de saúde que tentasse abrir espaço ao avanço democrático, tornando mais permeáveis as relações processadas dentro do seu interior, culminando, em 1985 com o projeto institucional denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), e agora Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), absorvendo uma certa representatividade saída dos próprios movimentos populares de saúde, e contemplando, portanto, uma diversidade de interesses (Teixeira, 1986) com vistas à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

As AIS constituíram-se numa estratégia de organização dos serviços médicos, articulando o nível municipal, o estadual e o federal, com vista a descentralizar o poder de decisão e a garantir o princípio da cidadania quanto ao acesso ao serviço médico, evitando, simultaneamente, a duplicação do atendimento entre as instituições conveniadas. Este projeto orientou-se pelos seguintes princípios: a) universalidade no atendimento médico (tanto para a cidade quanto para o campo); b) integralidade e equidade da atenção médica; c) regionalização e hierarquização dos serviços de saúde;

d) institucionalização do setor público visando o planejamento e o controle sobre o sistema de saúde, de modo a subordinar o setor filantrópico e o privado; e) permeabilidade quanto à participação e controle popular (ver NESCO, 1989).

A questão democrática é discutida no bojo de todos os movimentos sociais em saúde, que se aliam ou se antagonizam quanto aos mecanismos de solidariedade, coesão, articulação, identidade e legitimidade, ou quando pleiteiam o patamar da esfera participativa, por oposição à predominância da esfera representativa; quando aliam-se ou articulam-se com outras lutas urbanas, quando incorporam a questão cultural como dimensão importante de uma estratégia popular de luta. Há ainda movimentos de saúde vindos de setores tecnocráticos que propõem a eliminação da participação popular visando a formulação de política oficial de saúde. E há os que mobilizam a participação popular tendo como horizonte a construção de uma nova hegemonia, definida no bojo de uma nova vontade coletiva.

Por isso consideramos necessário a realização de uma pesquisa etnográfica articulando a questão da saúde às lutas sociais nas diversas gestões municipais e que sirva de instrumento de aprofundamento para uma discussão teórica, onde partindo de Gramsci discutamos se e como as classes subalternas podem construir um projeto de hegemonia, como os grupos subalternos criam suas estratégias de luta e de sobrevivência num contexto urbano-industrial, em que medida as necessidades ligadas à reprodução da força de trabalho antagonizam-se às necessidades de acumulação capitalista (Van Stralen et al., 1983), como os grupos subalternos constroem suas relações políticas, o seu universo simbólico e como participam da formulação de algumas de suas necessidades sociais. Por outro lado, devemos entender como se formam as lideranças políticas, os mecanismos de coesão social em torno dos conselhos e comissões populares de saúde, como centram sua luta numa dada visão social e local das enfermidades, como lutam pela descentralização dos serviços de saúde, pela inserção ora mais ora menos potencializada da diversidade através das suas medicinas populares, ainda que compreendam que a luta é travada também via ampliação da cobertura médica (mesmo sendo esta cobertura descentralizada constitui-se numa solução parcial); como investem na formulação de uma consciência sanitária, como articulam-se na construção de grandes momentos nacionais como foi a VIIIª Conferência Nacional de Saúde realizada em março de 1986 e deflagrada de todo um processo de participação popular direta e autônoma, articulando a saúde à questão da cidadania. Também é necessário compre-

ender como se dá o esvaziamento das lideranças políticas, a relação representatividade versus participação popular, os limites da eficiência da representatividade, e finalmente, se é possível afirmar que a existência das classes sociais não recobre todos os espaços da sociedade, cabendo aos movimentos populares a que favoreçam uma certa reposição da luta de classes.

Trata-se obviamente, de discutir como se dá a instrumentalização política da percepção da disseminação do conflito social das classes sociais para o Estado, do Estado para as relações subjetivas e na própria construção do adversário (geralmente o poder público local); trata-se, enfim, da difícil relação cidadania-diversidade social.

Considerações finais

O estudo sobre movimentos populares de saúde explicita questões de extrema complexidade teórica, questões contidas em projetos teóricos e políticos antagônicos, carregados de valores históricos que abrem confronto quanto às formas de interpretação dos problemas sociais e sua superação.

Esta dificuldade se potencializa quando o diálogo se trava com as outras lutas urbanas, com a entrada dos partidos políticos, da Igreja, das Associações de Moradores, dos projetos do planejamento urbano do município e de outras dimensões do poder. Por um lado, uma certa contemporaneidade dos fatos abre um permanente confronto de posições teóricas e políticas, muitas vezes mal formuladas, mal digeridas, mas rapidamente traduzidas em instrumentos políticos de intervenção no processo histórico-social, dado a nossa ansiedade em ver rapidamente o mundo equacionado e os intelectuais posicionados. Por outro lado, a participação popular tem sido superdimensionada ou subestimada, marcando com esta forma de apreensão o modo como construímos um objeto de estudos como este. Trata-se, evidentemente, de resgatar a dimensão de uma luta que não tem recebido a merecida atenção tanto no âmbito das ciências sociais, quanto no das pesquisas que pensam a saúde de um ponto de vista político, na medida em que os movimentos sociais em saúde têm sido apenas tangenciados, nunca analisados. Alguns pesquisadores estão entrando neste difícil debate, e ainda que com visões diferentes tentam qualificar a especificidade de uma luta por saúde que ultrapasse a visão contida em projetos de educação popular em saúde para uma que contemple uma visão de movimento social em saúde (CEDI, 1980; Jacobi & Nunes, 1981; Oliveira, 1988; Jacobi, 1989).

Devemos compreender as lutas populares como formas de resistências

políticas voltadas à criação de uma nova cultura política, como um somatório de lutas esparsas, multifacetadas, isoladas, autônomas, ou apreendê-las, de modo excludente, enquanto expressão do conflito de classes que perpassa a sociedade brasileira como um todo? Através destas lutas, cabe ou não a necessidade de se formular um projeto político para a sociedade?

O modo como produzimos e possibilitamos a apropriação cultural do conhecimento passa também pelo modo diferencial pelo qual se dá o processo de socialização e de amadurecimento político de cada um de nós, individualmente, dentro e fora do processo da pesquisa, isto é, ao nível teórico e ideológico, dentro dos limites históricos.

Por isso mesmo o recorte teórico-metodológico de uma pesquisa é também um recorte político. As questões privilegiadas para a análise teórica não traduzem apenas o potencial da teoria que as instrumentalizará, mas passam também pelo modo como cada um de nós se insere neste projeto, as relações que mantemos com o saber, com a sociedade, com a história, com a luta de classes, e particularmente, com a cultura. A própria construção do objeto nas ciências sociais passa pelo modo como construímos nossa visão do mundo, nossa visão das necessidades e pelo tipo de contribuição que somos capazes de dar neste difícil contexto.

Pesquisar um movimento popular de dentro da sua luta, conhecer as suas características e a sua dinâmica interna, os seus sujeitos, a diferenciação interna na sua base; conhecer o nível reivindicativo, reconhecer como se relacionam com os projetos da Igreja, com as organizações não governamentais que possuem presenças muitas vezes negadas pelos próprios movimentos é também compreender de que modo tais projetos comumente estão ligados a alguma forma de articulação internacional, projetos que se não as sustentam pelos menos têm dado os impulsos iniciais de tais lutas.

Pesquisar um movimento popular de dentro da sua luta permite-nos entendê-la como sendo instrumentalizada através de uma visão do mundo calcada numa experiência cotidiana e também num projeto difícil e limitado de intervenção social, na medida em que suas ações não são totalmente conscientes, articuladas e uniformes, e onde suas condições de luta são cruéis, portanto, difíceis. No entanto, apesar de oscilantes e hesitantes, muitas vezes constituem-se num processo vivo de formas de atribuir valores e significados sobre as suas condições de vida, que quando unificados contribuem para que tentem ultrapassar as condições de pré-cidadania a que os setores de classes subalternas estão submetidos.

Pesquisar um movimento popular de dentro da sua luta permite-nos en-

tender como se constroem os mecanismos de coesão, de ascensão e de confronto com o poder local e a abertura dos processos de negociação, quando existem. Permite-nos compreender as diferentes estratégias de enfrentamentos políticos na luta por melhores condições de vida e de saúde dos moradores, e como disputam juntamente com outros movimentos sociais de origem subalterna o reconhecimento de um espaço para uma participação mais efetiva na sociedade (Cardoso, 1983).

Finalizando, a própria complexidade da vida social moderna, a partir do aprofundamento da inserção dos países no contexto do capitalismo internacional, a avalassadora ação dos meios de comunicação de massa, a presença da informática - que pautam novas formas de vida e de consumo, programam os cotidianos, divulgam o legado histórico dos chamados socialismos reais, criticam as diferentes formas de exercício de totalitarismo, como a ausência de liberdades individuais, a defasagem no desenvolvimento econômico, e os conhecidos problemas de abastecimento, sobretudo alimentar - parecem propor novas formas para se abordar os movimentos sociais.

Esta constitui-se numa questão sobre a qual a literatura destaca serem ações, lutas e mobilizações - muitas vezes nominadas como movimentos sociais - articuladas sobretudo ao nível da cultura (como o desenvolvimento de formas de solidariedade vicinais, parentais, entre amigos), na luta pela resolução dos problemas cotidianos que intensificam-se ou iniciam-se no final do processo de amordaçamento da sociedade brasileira que resultou na chamada abertura política. Esta pluralidade de formas de participação popular constitui-se para vários autores brasileiros numa nova maneira de se fazer política, muitas vezes à margem (e até à revelia) dos partidos políticos e sindicatos, enfatizando aspectos conjunturais imediatos (Sader, 1988). É, contudo, muito difícil estabelecer o alcance e a consolidação das conquistas realizadas por tais mobilizações, pois parece que elas fragmentam-se, atomizam-se e refluem-se com alguma facilidade.

Penso que às ciências sociais caibam conceber os movimentos populares como atores de alguma forma de mudança, através de uma luta nos limites da participação popular voltada, no caso da saúde, a entrar na formulação de políticas de saúde e nas formas de organização dos seus serviços, buscando articular-se à construção de uma nova cultura. Penso que da parte dos movimentos populares esta luta deva travar-se nos limites da compreensão sobre os processos sociais gestadores de enfermidades e os reais alcances que asseguram os serviços médicos.

Assim, um dos espaços que se abrem aos movimentos populares de saúde é o da participação em políticas sociais, dentre elas, as de saúde, contra a privatização dos serviços médicos, forçando a que o Estado assumira uma oferta destes serviços à população, com o controle de setores organizados da sociedade civil, impedindo que os processos burocrático-administrativos centralizadores das decisões sobre saúde se fechem nos aparelhos de Estado. Devem, ao contrário, os movimentos populares lutar para torná-los mais permeáveis ao avanço democrático, com vistas a desenvolver a cidadania entre todos os setores da sociedade. Este constituiu-se no fulcro dos debates realizados durante a VIIIª Conferência Nacional de Saúde (ver Possas, 1986 e Teixeira, 1986).

Por isso, dentro desta visão, cabe aos movimentos sociais com clareza definir: a) que tipo de política de saúde podem propor, em cima de que tipo de compreensão do que seja saúde e enfermidade (saúde como cidadania e dever do Estado, com controle popular, com ampliação ou não dos serviços de saúde, com alargamento ou não do campo de conflito social?), reduzindo o fosso que existe entre o Estado e a sociedade civil, podendo inclusive organizar as necessidades da cultura enfatizando as regionalizações, municipalizações, etc. Em outras palavras, significa mostrar como é possível avançar na construção de uma nova vontade coletiva; b) com que forma de organização dos serviços de saúde: modelo permeável à organização dos trabalhadores, Previdência social, Ministério da Saúde e empresa médica? ou representatividade dos trabalhadores, empresa médica, seguro social e saúde pública? ou Serviço Nacional de Saúde com ou sem iniciativa privada? ou, enfim, modelo descentralizado convivendo com a iniciativa privada (ver Arouca, A.S.S. 1983)?

Referências bibliográficas

Arouca, A.M.T.

1978 "Análise dos Determinantes das Condições de Saúde da População Brasileira". In: R. Guimarães (Org.), *Saúde e Medicina no Brasil: Contribuições para um Debate*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 147-154.

Arouca, A.S.S.

1983 "Tendências da Assistência Médica na América Latina". *Revista da Administração Pública* (Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas) 17(3): 8-21.

Blumer, H.

1962 "Movimentos sociais". In: L. Mac Lung (Org.), *Princípios de Sociologia*. São Paulo: Herder, pp. 245-270.

Bohadana, E.

1982 "Experiências de Participação Popular nas Ações de Saúde". In: I. Picalluca (Org.), *Saúde e Trabalho no Brasil*. Petrópolis: IBASE/VOZES, pp. 107-127.

Braga, J.C. e S. Goes

1980 *Saúde e Previdência*. São Paulo: CEBES/HUCITEC.

Brandão, C.R.

1980 *Os Deuses do Povo*. São Paulo: Brasiliense.

1981 *Sacerdotes de Viola*. Petrópolis: Vozes.

1982a "Saúde Popular e Educação Popular". In: C.R. Brandão (Org.), *Lutar com a Palavra*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 119-137.

1982b "A Celebração da Consciência", In: C.R. Brandão (Org.), *Lutar com a Palavra*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 140-158.

1983a *Casa de Escola*. Campinas: Papirus.

1983b *O Ardil da Ordem*. Campinas: Papirus.

Cardoso, R.C.L.

1983 "Movimentos Sociais: Balanço Crítico". In: M.H.T. Almeida (Org.), *Sociedade e Política no Brasil Pós-64*. São Paulo: Brasiliense, pp. 215-239.

1986 "As Aventuras de Antropólogos em Campo ou Como Escapar das Armadilhas do Método". In: R.C.L. Cardoso (Org.), *A Aventura Antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 95-106.

Cardoso de Oliveira, R.

1986 "O que é isso que chamamos de Antropologia Brasileira?". *Anuário Antropológico/85* (Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro) pp. 227-246.

Carvalho, E.A.

1986 *Marxismo Antropológico e a Produção das Relações Sociais*. São Paulo: EDUC (Textos em Ciências Sociais).

1987 "Descrição e Interpretação. A Antropologia de Florestan Fernandes". In: M.A. D'Incao (Org.), *O Saber Militante*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 73-84.

Centro Ecumênico de Documentação e Informação (CEDI)

1980 *O Meio grito: Estudo Sobre as Condições e Direitos Associados ao Problema de Saúde*. Rio de Janeiro: CEDI (nº 3).

Correa, M.

1987 *História da Antropologia no Brasil (1930-1960)*. Campinas e São Paulo: Vertice-UNICAMP.

1988 "Traficantes do Excêntrico: os Antropólogos no Brasil dos anos 30 aos anos 60". *Revista Brasileira das Ciências Sociais* 3(6):79-98.

Costa, N.R.

1982 "A Politização da Saúde". In: V. Paiva (Org.), *Perspectivas e Dilemas da Educação Popular*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 305-314.

Donnângelo, M.C.F.

1976 "Medicina Comunitária: Política Médica - Política Social". In: M.C.F. Donnângelo e L. Pereira (Org.), *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, pp. 75-94.

Durham, E.R.

1986 "A pesquisa antropológica com populações urbanas: problemas e perspectivas". In R.C.L. Cardoso (Org.), *A Aventura Antropológica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 17-38.

1988 "A sociedade vista da periferia". In: L. Kowaric (Org.), *As Lutas Sociais e a Cidade - São Paulo: Passado e Presente*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 169-206.

Gramsci, A.

1975 "Appunti sulla storia delle classi subalterne". In: A. Gramsci, *Il Risorgimento*. Torino: Editori Riuniti, pp. 241-277.

1984 "O Moderno Príncipe". In: A. Gramsci, *Maquiavel, A Política e O Estado Moderno*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira (5a. edição), pp. 3-102.

1987 "Alguns Temas da Questão Meridional". In: A. Gramsci, *A Questão Meridional*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 135-165.

Guevara, C.M.S. et al.

1983 "Participação comunitária". *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas) 17(3):87-99..

Jacobi, P. R. e R. Nunes

1981 "Movimentos por melhores condições de saúde. Zona Leste de São Paulo: A Secretaria da Saúde e o Povo". Trabalho apresentado no 5º. Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Ciências Sociais (ANPOCS), Friburgo (outubro).

Jacobi, P.R.

1989 *Movimentos Sociais e Políticas Públicas*. São Paulo: Cortez.

Jameson, F.

1985 "Pós-Modernidade e Sociedade de Consumo". *Novos Estudos CEBRAP* (São Paulo) 12:17-26.

Laurell, A.C.

1983 "A Saúde-Doença como Processo Social". In: E.D. Nunes (Org.), *Medicina Social: Aspectos Históricos e Teóricos*. São Paulo: Global, pp. 133-158.

Macedo, C.C.

1986 *Tempo de Gênese*. São Paulo: Brasiliense.

Marshall, T.H.

1967 *Cidadania, Classe Social e Status*. Rio de Janeiro: Zahar.

Marx, K.

1974 *O Dezoito Brumário de Luís Bonaparte*. São Paulo: Abril Cultural (Coleção os Pensadores, vol. XXXV), pp. 329-410.

Melatti, J.C.

1983 *Antropologia no Brasil: um roteiro*. Brasília: Universidade de Brasília (Série Antropologia nº 38).

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO)
1989 *Espaço para a Saúde* (Curitiba) ano 1, nº 0.

Oliveira, E.R.

1983 *Doença, Cura e Benzedura: um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas*. Dissertação de mestrado IFCH/UNICAMP, 2. vol.

1984 *O que é Medicina Popular*. São Paulo: Brasiliense.

1985 *O que é Benzeção*. São Paulo: Brasiliense.

1988 "The Popular Movement for Health and the Church's Participation in Boqueirão". *Mission Studies, Journal of the IAMS* (Hamburg) V(1-9):49-63.

Paim, J.S.

1986 "Direito à Saúde. Cidadania e Estado". Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília (mimeo).

Paiva, V.

1982 "Introdução". In: V. Paiva (Org.), *Perspectivas e Dilemas da Educação Popular*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 16-60.

Pellegrini, A. et al.

1978 "A Medicina Comunitária, a Questão Urbana e a Marginalidade". In: R. Guimarães (Org.), *Saúde e Medicina no Brasil: Contribuições para um Debate*. Rio de Janeiro: Graal, pp. 207-224.

Pereira, L.C.B.

1985 "As Duas Crises na América latina". *Novos Estudos CEBRAP* (São Paulo) 12:27-30.

Pierson, D.

1951 *Cruz das Almas. A Brazilian Village*. Washington: Smithsonian Institute.

Possas, C.A.

1981 *Saúde e Trabalho: A Crise da Previdência*. Rio de Janeiro: Graal.

1986 "Reorganização do Sistema de Saúde. Elementos para o Debate da Reforma Sanitária Brasileira - Descentralização e Democratização do

Sistema de Saúde". Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília (mimeo).

Sader, E.

1988 "Movimentos sociais". In: E. Sader, *Quando os Novos Personagens Entraram em Cena: Experiências e Lutas de Trabalhadores da Grande São Paulo 1970-1980*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, pp. 197-310.

Santos, B.S.

1988 "Um Discurso Sobre as Ciências na Transição Para uma Ciência Pós-Moderna". *Revista Estudos Avançados (USP)* 2(2):46-71.

Teixeira, S.M.F.

1986 "Cidadania, Direitos Sociais e Estado". Trabalho apresentado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília (mimeo).

Touraine, A.

1989 "Existem movimentos urbanos?". In: A. Touraine, *Palavra e Sangue*. Campinas/São Paulo: UNICAMP-Trajatória Cultural, pp. 269-290.

Van Stralen, C.J. et al.

1983 "Movimentos Sociais Urbanos e a Democratização dos Serviços de Saúde". *Revista de Administração Pública* (Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas) 17(3):38-60.

Zaluar, A.

1986 *A Máquina e a Revolta*. São Paulo: Brasiliense.

ETNOBOTÂNICA E FARMACOLOGIA

INTRODUÇÃO

*José Maria de SOUZA**

Dentro do **Encontro de Medicinas Tradicionais e Política de Saúde na Amazônia**, que alcançou grande sucesso e teve repercussão nacional e internacional, tivemos o simpósio **Etnobotânica e farmacologia**, que contou com a presença de pesquisadores da mais elevada expressão e que muito contribuíram para o sucesso deste Simpósio. Devemos ressaltar ainda a participação de jovens pesquisadores e de estudantes bolsistas do CNPq que também demonstraram ser possível desenvolver trabalhos de pesquisa sem grande sofisticação de técnica e equipamentos.

Do ponto de vista da farmacologia e uso terapêutico de plantas medicinais é importante assinalar que entre nós, os profissionais da saúde, ainda tem grande resistência em aceitar o emprego de plantas na terapia humana, sobretudo os profissionais da área médica. Esta resistência é mais forte ainda quando o fitoterápico não tem sua produção realizada por um laboratório de tradição em pesquisa científica e isto tanto é verdade que temos pelo menos dois produtos que são extratos de plantas e que vêm sendo largamente usados pelos médicos especialistas em suas prescrições: a) *Politrol* - extrato da planta *Pygeum africanum* com indicação em distúrbios prostáticos, e comercializado pelo laboratório Millet Roux, de origem francesa; b) *Tanakan* - extrato da planta *Ginkgo biloba* com indicação em distúrbios vasculares e comercializado pelo laboratório Knoll, de origem alemã.

(*) Professor Adjunto de Farmacodinâmica do Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Pará.

Por outro lado temos um produto bastante antigo e de uso generalizado no Brasil e mesmo no exterior sob a forma de automedicação já que os médicos negam-se a prescrevê-lo porque o laboratório que o produz não tem tradição em pesquisa científica. Estamos nos referindo ao *Dissolpedra* cuja base é um conjunto de extratos de plantas: Leria nutans, Phyllanthus niruri, Persea gratissima e Panicum spectabile, indicado para litíase urinária e outros distúrbios do aparelho urinário e cuja comercialização é feita pelo laboratório Ibifam, de origem local.

Como vemos há possibilidades de instalar-se um programa de fitoterapia no País já que o povo é receptivo e a resistência dos profissionais da saúde pode ser vencida com a implantação de programas de pesquisa com plantas medicinais, sobretudo nas Universidades, que tem a chance de ir desde a toxicologia básica até a farmacologia clínica em seres humanos. Aliás a Secretaria de Educação do Estado do Pará, através de sua titular, criou um programa denominado "Plantas para a saúde" e que está dando os primeiros passos na tentativa de chegar ao objetivo final que é o uso de plantas medicinais pela população como alternativa segura e eficaz na cura de muitos males que nos afligem e que são rotineiramente atendidos e diagnosticados pelos médicos do sistema de saúde e que convenientemente treinados poderiam exercer a fitoterapia cientificamente.

Em nosso Estado contamos ainda com o trabalho da Faculdade de Ciências Agrárias do Pará, onde o Prof. José Maria Albuquerque há muitos anos se dedica ao estudo das plantas medicinais, as quais conhece muito bem e as tem difundido através de cursos, trabalhos e livros publicados.

A coordenação deste Simpósio deseja agradecer a todos os que colaboraram para seu sucesso - pesquisadores, profissionais da saúde e estudantes, e de um modo especial ao Professor Elisaldo Carlini que fez um esforço extraordinário para participar da abertura do Encontro, com interessantíssima palestra sobre farmacologia de plantas medicinais que tem sido, entre outros assuntos, objetivo de seu incessante labor de professor e pesquisador de renome internacional.

ESTUDO FARMACOBOTÂNICO DA QUASSIA AMARA L.

Ediberto NUNES()*

*Ana Maria Cristina de MELLO MENDES(**)*

*José Maria de SOUZA(***)*

Ítalo Amin GONÇALVES()*

Introdução

As plantas medicinais, de um modo geral, vêm despertando interesse científico, devido a sua baixa toxicidade e custo⁽¹⁾. Em virtude da necessidade de se adquirir melhores informações sobre a espécie vegetal, no que se refere aos estudos morfológicos, usos terapêuticos e à distribuição geográfica, realizamos o presente trabalho.

Quassia amara L., vulgarmente conhecida como Falsa Quina, pertence à família Simarubaceae, e é uma planta nativa das Guianas até o Maranhão e cultivada em inúmeros estados do Brasil. Contém um princípio ativo amargo, a “quassina”, que a torna muito empregada na medicina para combater as diarréias, anemia e outras moléstias do estômago (Corrêa, 1974).

(*) Estudantes do curso de Farmácia-Bioquímica, Universidade Federal do Pará.

(**) Professor Adjunto de Botânica, Universidade Federal do Pará.

(***) Professor Adjunto de Farmacodinâmica do Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Pará.

(1) Os autores agradecem ao Professor José Maria de Souza, pelo auxílio na escolha do objetivo deste trabalho, a Dra. Irenice Alves Rodrigues, funcionária da EMBRAPA-Pará, pela identificação botânica da espécie e a FADESP, pelo suporte financeiro na ilustração fotográfica.

Vários estudos e testes realizados com este vegetal no ramo da entomologia indicam ação inseticida das folhas (Almeida & Rodrigues, 1986) e flores (Corrêa, 1974).

Material e método

1. PROCEDÊNCIA DO MATERIAL

O material botânico estudado foi coletado no município de Marituba (Belém - PA), no dia 29 de março de 1989. Foram retirados vários ramos, tanto do ápice como da base da planta, os quais posteriormente foram utilizados nos estudos morfológicos e anatômicos, bem como a confecção da excicata.

2. PREPARAÇÃO DA EXCICATA

Com a finalidade de deixar registro no herbário do Departamento de Biologia do Centro de Ciências Biológicas (Universidade Federal do Pará), foi montada a excicata da espécie em estudo. O ramo com folhas foi submetido ao processo de secagem, em uma estufa a uma temperatura de 50°C., convenientemente prensado e posteriormente fixado em uma cartolina de tamanho padronizado nas posições dorsal e ventral. A excicata encontra-se conservada e identificada no herbário segundo padrões já utilizados. Servirá como amostra para identificação de novos exemplares.

3. ESTUDO DA MORFOLOGIA INTERNA (ANATOMIA) DA FOLHA

Com auxílio de gilete, efetuamos cortes na lâmina foliar, na forma de pequenos quadrados, sempre atingindo a nervura principal, desde a base do limbo até seu ápice. Colocamos cada quadrado entre dois pequenos pedaços de isopor e com gilete efetuamos cortes transversais, adicionando-os a seguir em uma placa de petri contendo solução de hipoclorito de sódio a 10%, durante dez minutos, resultando na descoloração do material vegetal. Efetuamos lavagem dos cortes em água destilada e os montamos sobre lâmina, adicionamos uma gota de sofranina sobre a preparação e cobrimos as mesmas com lamínula. Observamos ao microscópio marca Zeiss, e analisamos anatomicamente a folha nas objetivas de 10X e 40X.

Para o estudo das epidermes superior e inferior colocamos pequenos quadrados de lâmina foliar em placas de petri contendo solução aquosa de ácido crômico e ácido nítrico a 10% durante uma hora, sendo que os cortes

submersos na solução foram separados, respectivamente em regiões (base, meio e ápice) de folhas jovens e folhas adultas. Após separação total das epidermes, montamos o material em lâmina e lamínula; adicionamos uma gota de sofranina e observamos ao microscópio óptico marca Zeiss. Após análise dos materiais, conduzimos as lâminas a um microscópio adaptado com máquina fotográfica, e efetuamos as fotografias das mesmas.

4. ESTUDO DA MORFOLOGIA EXTERNA DO VEGETAL

Para a análise e descrição da morfologia externa dos órgãos vegetais, realizamos separadamente o estudo de cada órgão, de acordo com um roteiro utilizado durante aulas das disciplinas Botânica I e II, iniciando pela raiz, seguindo-se ao caule e finalmente as folhas. Não foi possível estudar os órgãos reprodutivos pois não obtivemos material fértil.

5. USOS TERAPÊUTICOS, PARTES USADAS E FORMAS DE PREPARO

Foram obtidas informações referentes ao uso, forma de preparo e partes utilizadas da planta, por meio de um levantamento realizado na comunidade de Belém, em diversos bairros e segundo um questionário previamente elaborado.

Resultados

1. ANÁLISE DA FOLHA EM CORTE TRANSVERSAL

Observando ao microscópio a nervura principal das folhas e folíolos, identificamos:

Epiderme uniestratificada, com células dispostas compactamente e com uma cutícula característica, tanto na face dorsal como na face ventral. Abaixo da epiderme observa-se colênquima característico e na porção central da nervura identifica-se um parênquima com células ricas em cloroplastos.

Os tecidos condutores distribuem-se aproximadamente como um círculo no parênquima e nas células próximas aos elementos de transporte do xilema, nota-se nitidamente que suas paredes são lignificadas como de fibras esclerenquimáticas, as quais parecem estar dispostas radialmente na nervura.

Analisando os bordos laterais do limbo foliar identifica-se um mesófilo, cuja parênquima paliçádica é uniestratificada e rico em cloroplastos. O

parênquima lacunoso parece ocupar a maior parte do mesófilo e está atravessado por células que lembram escleritos colunares.

O mesófilo está situado entre as epidermes da face dorsal e da face ventral, as quais como na nervura central, são uniestratificadas e revestidas pela cutícula.

Identificamos tricomas esparsos no tecido de revestimento.

2. ANÁLISE DA FOLHA EM VISTA FRONTAL

Analisando a epiderme da folha, identificamos a presença de inúmeros estômatos, provavelmente anomocítico havendo a necessidade de fazer o estudo da ontogênese da folha, para confirmar a existência apenas deste tipo de estômato na face inferior, os quais pelas características apresentadas não apresentam células anexas de forma diferente das células comuns. Ao redor dos estômatos nota-se a presença de células epidérmicas comuns, de forma irregular, lembrando as peças de um jogo de quebra-cabeça. No citoplasma das células identifica-se muitas estruturas celulares como pequenas granulações e entre as células não existem espaços intercelulares.

A epiderme da face dorsal aparentemente não apresenta estômatos, mas somente células comuns.

Evidencia-se nervuras reticuladas que formam um emaranhado e que resultam de ramificação de Nervura principal.

3. MORFOLOGIA DOS ÓRGÃOS ESTUDADOS

a) *Folha* - composição: composta imparipinada

consistência: membranácea

filotaxia: alternas

nervação: reticulada (pinada)

ápice: acuminado

base: aguda

margem: lisa

pecíolo: alado

estípulas: ausentes

indumento: liso

b) *Caule* - tipo: tronco

ramificação: monopodial

forma: cilíndrica

estruturas especiais: ausentes

- c) *raiz* - sistema: radicular provavelmente heterorriza uma vez que o caule é um tronco.
tipo: normal
adventíceas: ausentes

4. LEVANTAMENTO REALIZADO NA COMUNIDADE DE BELÉM REFERENTE AOS:

a) *Usos terapêutico*-Essa planta é utilizada como: febrífugo, abortivo, anti-caspa, anti-malárico e nos males intestinais.

b) *Partes usadas* - Folhas
Casca

c) *Forma de preparo e modo de usar*- Da folha: chá e infusão; usamos cerca de 10 a 20 g das folhas secas ou frescas, para um litro de água; no caso de aborto toma-se um copo de chá ou infuso em jejum, geralmente à noite. Em geral toma-se uma xícara de chá ou infuso três vezes ao dia.

- Da casca: chá; usamos cerca de 20g para um litro de água. Em geral toma-se uma xícara de chá três vezes ao dia.

Discussão

A família Simarubaceae foi descrita por Metcalfe & Chalk (1957). Abrange inúmeros gêneros, inclusive o gênero *Quassia*, objetivo de nossa pesquisa.

De acordo com nossas observações, a nervura principal da folha e folíolos apresentam características semelhantes às aquelas indicadas por Metcalfe & Chalk (*op. cit.*), pois a epiderme uniestratificada, o parênquima central e o colênquima subepidérmico nos possibilitam confirmar os trabalhos de pesquisa realizados pelos autores supracitados.

Embora não tenha sido possível estudar a anatomia do caule, principalmente com relação à distribuição dos tecidos condutores, ao analisarmos os resultados obtidos, verificamos que coincidentemente, na nervura principal os tecidos de condução estão arrançados de maneira semelhante àquela observada por Metcalfe & Chalk (*op. cit.*) quando analisaram caules jovens de espécies dos gêneros *Ailanthus*, *Côdellia*, *Castela*, *Picramnia* e *Quassia*. Nestas espécies o xilema e o floema formam cilindros estreitos tal como na nervura principal da *Quassia*.

Metcalf & Chalk (*op. cit.*) descreveram a folha de espécies da família Simarubaceae como: dorsoventral, hipostomática e com mesófilo atravessado por idioblastos. Em acordo com estas observações, a folha de Quassia amara também apresenta as mesmas características. Por outro lado, o estudo anatômico das folhas de muitos gêneros da família Simarubaceae mostrou que elas possuem glandulas secretoras de várias substâncias na epiderme, tais como o açúcar para o caso de Ailanthus altissima. Porém, a exudação não parece estar correlacionada com a ação inseticida.

Através de observações microscópicas do tecido epidérmico da folha de Quassia amara, não identificamos tricomas secretores semelhantes àquelas identificadas por Metcalf & Chalk (*op. cit.*).

De acordo com estes dois autores vários gêneros de Simarubaceae apresentam nectários extra-florais, porém em outros, estas estruturas estão ausentes, o que pode ser constatado na análise da folha por nós realizada.

Com relação aos usos terapêuticos, as partes da planta usadas em enfermidades são: as folhas e as cascas. No entanto, Record & Hess (1943), citados por Metcalf & Chalk (*op. cit.*), afirmam que quantidades limitadas de Simaruba amara A. foram exportadas do Brasil e que a madeira é usada facilmente para cobertura de casa, além de que parecem ser resistentes ao ataque de insetos.

Por outro lado, o levantamento que realizamos na comunidade de Belém mostrou-nos que a planta é utilizada para males intestinais e como antimalárico. No entanto, Metcalf & Chalk (*op. cit.*) citam que os fragmentos de Quassia possuem propriedades tônicas e anti-helmínticas e que este material é também usado na preparação de inseticidas.

Desconhecemos informações bibliográficas sobre as características morfológicas externas para discutirmos tais observações. Porém, de acordo com Metcalf & Chaik (*op. cit.*) existem poucos caracteres anatômicos comuns a todos os gêneros da família Simarubaceae, o que certamente ocorre também com os caracteres morfológicos externos. Tais observações são confirmadas por vários autores, os quais acham que as observações supracitadas contribuem para afirmar-se que a família não é natural, mas consiste de grupos, os quais são relativamente uniformes.

Conclusões

Após análise dos resultados obtidos concluímos que:

1. Trata-se de um vegetal cujas folhas compostas imparipinadas apresentam características anatômicas pelas quais podemos afirmar que trata-se de folhas do tipo dorsoventral hipostomática e com estômatos anamocíticos.

2. Trata-se de uma planta de hábito de crescimento lenhosa num período de tempo relativamente curto e hábito de comportamento independente.

3. A folha e a casca desta planta são muito utilizadas pela comunidade de Belém (PA) com fins terapêuticos na forma de chá, para diversas doenças como: malária, má digestão, febre e caspa.

4. Sugerimos a continuação dos estudos iniciados com o presente trabalho de conclusão do curso, abrangendo a ontogênese da espécie para confirmarmos as observações por nós realizadas, uma vez que estudos mais aprofundados necessitam de tempo e equipamento sofisticado, aos quais nem sempre é possível termos acesso.

5. Sentimos a necessidade superar todas as dificuldades para que uma espécie tão interessante e importante, conforme observamos na realização da revisão bibliográfica, possa ser utilizada convenientemente.

6. Atualmente sabe-se, através de pesquisas, que a droga é tóxica para os insetos, e esperamos que num futuro bem próximo sejam feitos testes químicos e farmacológicos referentes à toxicidade e ação terapêutica, e que sejam exploradas outras espécies de plantas medicinais nativas da região.

7. A revisão bibliográfica mostrou que a inexistência de estudo farmacognóstico sobre a espécie Quassia amara e a disseminação do seu uso como anti-malárico revelam a extraordinária importância do presente trabalho.

Referências bibliográficas

Almeida, M.M.B. e M.G. Rodrigues

1986 "Planta inseticida ("Quassia amara L") para o controle do gafanhoto Ceutropidacris collaris, Corthopteras acredide)", comunicação apresentada

no Xº Congresso brasileiro de Entomologia, Rio de Janeiro (26-31 de janeiro).

Corrêa, M.P.

1974 *Dicionário das plantas úteis do Brasil*. Rio de Janeiro: Gráfica Brasileira, vol. V.

Metcalf, C.R. e L. Chalk

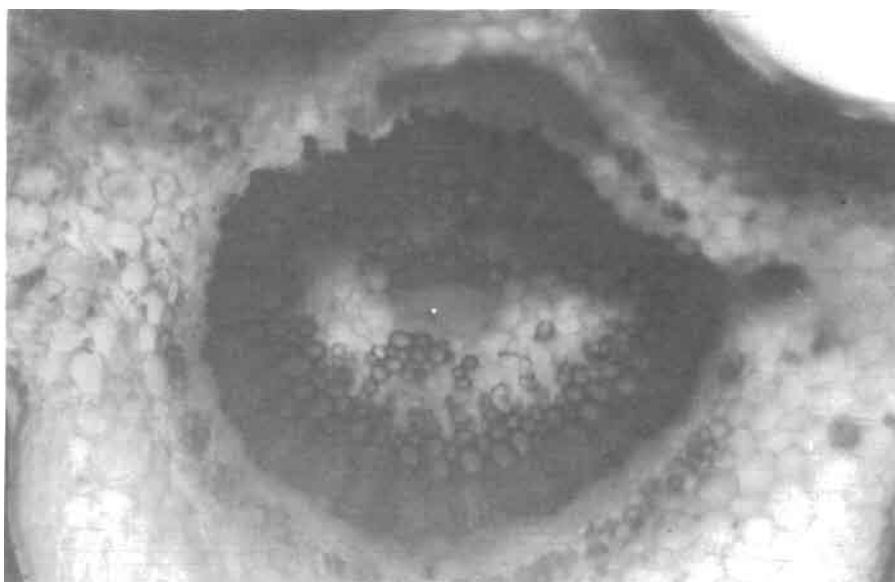
1957 *Anatomy of the dicotyledons*. Oxford: Clarendon Press, vol. I.

Record, S.J. e R.W. Hess

1943 *Timbers of the New World*. New Haven: Yale University Press.



Observação da planta no viveiro (caule do tipo tronco)



Espécie Quassia amara L. Corte transversal do limbo. Tecidos condutores distribuídos de maneira semelhante a um círculo (objetiva 10)

TOXICOLOGIA BÁSICA DE PLANTAS ANTIMALÁRICAS EM ANIMAIS DE LABORATÓRIO

Antônio Jorge A. SOUZA()*

*José Maria de SOUZA(**)*

Antelmo S. FERREIRA()*

Introdução

É comum o uso popular de fragmentos de casca de Aspidosperma Sp. “carapanaúba” (Apocynaceae) e folhas de Passiflora quadrangularis “maracujá-melão” (Passifloraceae) no tratamento de diversas enfermidades, inclusive a malária. Tais plantas são geralmente utilizadas sob a forma de “chás”.

Metodologia

A metodologia aplicada à determinação da dose padrão da carapanaúba e maracujá-melão foi a mesma. Partiu-se 5g de carapanaúba (um fragmento de casca) e 4 g de maracujá-melão (3 folhas), e sobre tais drogas verteu-se 500 ml de água quente e cobriu-se com papel alumínio o sistema, para que o mesmo entrasse em equilíbrio térmico com o ambiente. Após este procedimento tomou-se uma alíquota de 25 ml de cada extrato e evaporou-se o solvente até obtenção de um resíduo seco e sólido que para a

(*) Alunos do curso de Farmácia, Universidade Federal do Pará.

(**) Professor Adjunto de Farmacodinâmica do Departamento de Farmácia, Universidade Federal do Pará.

carapanaúba foi de 0,0191 g e para o maracujá-melão de 0,1382 g; portanto se um indivíduo de 60Kg ingere 200 ml de extrato, teoricamente ele absorve uma dose de 2,5 mg/Kg de carapanaúba e 18,4 mg/Kg de maracujá-melão de acordo com os seguintes cálculos:

Carapanaúba

25 ml _____ 0,0191 g

200 ml _____ X = 0,1528 g

Considerando indivíduo de 60 Kg

$$\frac{0,1528}{60} = 2,5 \text{ mg/Kg}$$

60

Maracujá-melão

25 ml _____ 0,1382 g

200 ml _____ X = 1,1056

Considerando indivíduo de 60 Kg

$$\frac{1,1056}{60} = 18,4 \text{ mg/Kg}$$

60

1. TESTE AGUDO DOS EXTRATOS PRODUZIDOS COM ASPIDOSPERMA Sp. E PASSIFLORA QUADRANGULARIS

As doses para o teste agudo da carapanaúba nos animais foram de 2,5 mg/Kg, 25 mg/Kg e 50 mg/Kg, ou seja, dose padrão (A), 10 vezes a dose padrão (B) e 20 vezes a dose padrão (C) respectivamente. A administração da dose foi feita por gavagem, os volumes aplicados eram proporcionais ao peso dos mesmos e as concentrações dos infusos correspondiam a 0,25 mg/ml, 2,5 mg/ml e 5 mg/ml respectivas às doses A, B e C.

A seguir os animais eram observados (juntamente com animais controle que recebiam salina) às 2 horas, 6 horas e 24 horas após ingestão do infuso pelos camundongos albinos.

Quanto ao teste do maracujá-melão, foram tratados com as doses de 18,4 mg/Kg, 184 mg/Kg e 368 mg/Kg, ou seja, a dose padrão, 10 vezes a dose padrão e 20 vezes a dose padrão respectivamente, as quais foram administradas por gavagem.

2. TESTE CRÔNICO PRODUZIDO COM ASPIDOSPERMA SP. E PASSIFLORA QUADRANGULARIS

Para o teste crônico das drogas, tratou-se por 40 dias 40 animais (camundongos agrupados em número de cinco) com extratos aquosos de carapanaúba e maracujá-melão na dose padrão, extratos estes que eram renovados nas mamadeiras a cada dois dias.

Uma vez estabelecida a ordem dos animais nos seus respectivos grupos e identificados adequadamente, fez-se o controle de pesos dos mesmos, além de serem efetuadas observações clínico-toxicológicas que eram comparadas com as dos respectivos controles.

O material para exames hematológicos e bioquímicos foi coletado através da decapitação dos animais. Após o sacrifício, as vísceras eram retiradas para exames histo-patológicos.

Resultados

O teste agudo feito com extrato aquoso de maracujá-melão, na dose padrão (18,4 mg/Kg) não mostrou nenhum efeito de intoxicação, ao passo que na dose 10 vezes maior a dose padrão (184 mg/Kg), 70% dos animais apresentaram-se deprimidos e na dose 20 vezes maior a dose padrão (368 mg/Kg) 87% dos camundongos apresentam a referida reação como mostra a Tabela 1.

Segundo dados mostrados na Tabela 2, verificou-se que a carapanaúba nas doses agudas não apresentou efeito tóxico, quando comparados os animais tratados com os controles, sendo todos os animais mantidos nas mesmas condições de temperatura, ambiente e alimentação.

No teste crônico a Tabela 3 assim como a Tabela 4 mostram que os pesos variam em torno de médias aproximadas, tanto dos animais tratados pelo extrato quanto dos animais prestados ao controle, o que se considera dentro do padrão normal.

Os resultados das observações clínico-toxicológicas (Tabelas 5 e 6), dos exames hematológicos (Tabelas 7 e 8) e exames bioquímicos (Tabelas 9 e 10), além de exames histopatológicos, vêm reforçar a idéia de que as drogas na dose padrão não são tóxicas, apesar de que para exames hematológicos e bioquímicos a coleta do material foi feita através da decapitação dos animais formando um pool de sangue o que favorece a hemólise, sendo essa a explicação para a diferença na média de hemoglobina do grupo tratado para o grupo controle.

Comentários e conclusões

A carapanaúba, ou melhor, o gênero *Aspidosperma*, apresenta uma quantidade muito grande de princípios ativos já detectados (ver Rauffauf, 1970) e talvez seja essa a explicação encontrada para o uso extensivo desta planta não só como antimalárica, mas também no tratamento de amebíase, diabete e na cicatrização de ferimentos (Rabelo et al., s.d.).

Levantamentos bibliográficos comprovam a presença de triterpenos glicosados (Orsini, 1986) na *Passiflora quadrangularis*. Também é

importante relatar a suspeita da presença de saponinas nesta espécie de vegetal, pois ao fazer o teste recomendado comprovou-se a formação de uma grande quantidade de espuma, que permaneceu por quase uma hora.

De uma maneira geral pode-se concluir que ambas as drogas não ocasionam efeitos tóxicos aos animais tratados na dose padrão, entretanto deve ressaltar-se as condições oferecidas no biotério por não serem ideais. Mas os resultados devem ser considerados, pois foi adotada uma metodologia de comparação entre os animais tratados com as drogas com animais controle da mesma espécie.

Assim, não pode-se proibir uma população de utilizar determinados "chás", pois estes já fazem parte de uma cultura que vem sendo passada através dos tempos; deve-se estimular o uso, porém de maneira coerente baseada em dados científicos, para evitar uma ingestão de alta dosagem, suficiente para intoxicar uma pessoa.

Referências bibliográficas

Orsini, F. et al.

1986 "Quadranguloside, a cycloartane triterpene glycoside from Passiflora quadrangularis". *Phytochemistry* 25(1):191-194.

Rabelo, M.F., E. Alcantara, G. Barroso, R.J.F. Reis e E.L. Franco
s.d. *Plantas usadas na medicina caseira em Abaetetuba*. Belém: Universidade Federal do Pará (Trabalho de conclusão de curso).

Rauffauf, R.F.

1970 *Handbook of Alkaloids an Alkaloid - Contraining Plants*. New York: John Wiley and Sons.

Tabela I. Respostas obtidas em camundongos agrupados em gaiolas com cinco animais de peso médio 35g, aos quais foram administradas doses de 18,4 mg/Kg (dose padrão), 184,0 mg/Kg (10 vezes a dose padrão) e 368 mg/Kg (20 vezes a dose padrão)

dose efeitos	mg/Kg	18,4	184,0	368	3,6*
Passividade		0	70	87	0
Excitação		0	0	0	0
Piolereção		0	0	0	0
Vômito		0	0	0	0
PTP**		0	0	0	0
Convulsões		0	0	0	0
Morte		0	0	0	0

* Coluna onde foram agrupados os animais controle em que foram administrado salina 0,9%

** Paralisia do trem posterior

Tabela 2. Respostas obtidas em camundongos agrupados em gaiolas com cinco animais de peso médio 35g aos quais foi administrado carapanaúba em dose de 2,5 mg/Kg (padrão), 25 mg/Kg (10 vezes a dose padrão) e 50 mg/Kg (20 vezes a dose padrão).

dose efeitos	mg/Kg	2,5	25	50	3,6*
Passividade		0	0	0	0
Excitação		0	0	0	0
Piloereção		0	0	0	0
Vômito		0	0	0	0
Diarréia		0	0	0	0
PTP**		0	0	0	0
Convulsões		0	0	0	0
Morte		0	0	0	0

* Coluna onde foram agrupados os animais controle em que foram administrado salina 0,9%

** Paralisia do trem posterior.

Tabela 3. Média das médias do peso dos animais (camundongos) tratados com P. quadrangularis “maracujá-melão” registrados a cada quatro dias:

data da coleta	peso dos animais							
	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle	
29/12/1989 a								
01/01/1990	30.9	31.2	22.7	13.6	34.2	31.7	28.8	24.3
02/01 a 05/01	31.4	34.3	23.1	19.3	33.4	32.6	27.0	26.3
05/01 a 09/01	32.25	32.95	23.7	20.25	35.2	32.85	26.6	26.2
10/01 a 13/01	32.25	33.65	22.95	23.3	35.5	35.95	26.95	29.15
14/01 a 17/01	34.9	34.2	25.85	24.85	36.75	34.4	28.5	29.6
18/01 a 21/01	32.35	32.85	26.45	25.4	35.75	34.35	28.2	32.25
22/01 a 25/01	30.25	32.5	27.0	26	34.2	33.25	28.15	33.1
26/01 a 29/01	31.8	33.2	28.45	28.55	35.85	35.30	28.15	35.7
30/01 a 02/02	33.9	34.25	31.15	33.2	36.35	36.55	32.05	38.3
03/02 a 06/02	36.0	35.25	35.65	31.4	38.25	37.4	30.8	35.75
07/02 a 10/02	41.7	36	42.1	31.0	39.8	38.0	31.6	34.6

Tabela 4. Média das médias dos pesos dos animais (camundongos) tratados com Aspidosperma Sp. “carapanaúba” registrados a cada quatro dias:

data da coleta	peso dos animais							
	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle	
29/12/1989 a								
01/01/1990	31.4	31.2	31.9	31.7	34.4	24.3	28	13.6
02/01 a 05/01	31.3	34.3	33.1	32.6	33.5	26.3	32	19.3
06/01 a 09/01	33.66	32.95	33.75	32.85	33.1	26.2	30.2	20.25
10/01 a 13/01	34.3	33.65	34.35	35.95	35.75	29.15	31.05	23.3

Tabela 4. (continuação) Média das médias dos pesos dos animais (camundongos) tratados com *Aspidosperma* Sp. “carapanaúba” registrados a cada quatro dias:

data da coleta coleta	peso dos animais							
	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle	
14/01 a 17/01	36.45	34.2	35.4	34.4	36.5	29.6	35.15	24.85
18/01 a 21/01	34.45	32.85	35.1	34.35	36.55	32.25	31.95	25.4
22/01 a 25/01	34.25	32.5	33.6	33.25	35.0	33.1	33.55	26
26/01 a 29/01	35.8	33.2	35.75	35.3	35.35	35.7	37.3	28.55
30/01 a 02/02	35.7	34.25	36.25	36.55	38.45	38.3	35.5	33.2
03/02 a 06/02	36.3	35.25	36.0	37.4	38.1	35.75	33.7	31.4
07/02 a 10/02	37.0	36.0	38.10	38.0	39.2	34.6	33.7	31.0

Tabela 5. Parâmetros toxicológicos observados durante os 40 dias nos animais tratados com *P. quadrangularis*:

parâmetros	grupos							
	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle	
Coportamento	0	0	0	0	0	0	0	0
Motilidade	0	0	0	0	0	0	0	0
Apetite	0	0	0	0	0	0	0	0
Vômito	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarréia	0	0	0	0	0	0	0	0
Salivação	0	0	0	0	0	0	0	0
Pele/Pêlo	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	0	0	0	0	0	0	0	0
Morte	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Papelatas de registro de análises de parâmetros toxicológicos.

Tabela 6. Parâmetros toxicológicos observados durante os 40 dias nos animais tratados com Aspidosperma sp.

grupos								
parâmetros	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle	
Coportamento	0	0	0	0	0	0	0	0
Motilidade	0	0	0	0	0	0	0	0
Apetite	0	0	0	0	0	0	0	0
Vômito	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarréia	0	0	0	0	0	0	0	0
Salivação	0	0	0	0	0	0	0	0
Pele/Pêlo	0	0	0	0	0	0	0	0
Hemorragia	0	0	0	0	0	0	0	0
Morte	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabela 7. Resultados dos exames Hematológicos dos grupos tratados com *P. quadrangularis* comparados com os respectivos controles.

animais parâmetros	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle		Médias dos grupos tratados	Médias dos grupos controle
hematócrito (%)	46	49	48	52	43	47	40	51	44,25	49,75
hemácias/mm ³	9.010.000	9.480.000	9.330.000	9.630.000	8.060.000	9.470.000	7.130.000	9.380.000	8.382.500	9.490.000
leucócitos/mm ³	4.500	3.350	3.900	5.450	5.700	2.600	4.200	5.300	4.575	4.775
hemoglobinometria (g/dl)	13	13,5	13	13	12,5	13	12	14	12,62	13,36

Tabela 8. Resultados dos exames Hematológicos dos grupos tratados com Aspidosperma Sp. comparados com os respectivos controles.

animais parâmetros	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle		Médias dos grupos tratados	Médias dos grupos controle
hematócrito (%)	44	49	34	47	48	51	46	52	43	49,75
hemácias/mm ³	7.590.000	9.480.000	6.380.000	9.470.000	9.180.000	9.380.000	8.910.000	9.630.000	8.015.000	9.490.000
leucócitos/mm ³	5.150	3.350	3.700	2.600	3.200	5.300	4.950	5.450	4.250	4.175
hemoglobinometria (g/dl)	13	13,5	10,5	13	13	14	13	13	12,38	13,38

Tabela 9. Resultados dos exames Bioquímicos dos grupos tratados com *P. quadrangularis* comparados com os resultados do controle.

animais parâmetros	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle		Médias dos grupos - tratados	Médias dos grupos controle
colesterol	179	172	152	296	184	160	160	237	168,75	216,25
TGP	41	43	44	233	46	35	47	43	45,5	38,5
TGO	396	429	480	531	492	460	452	431	455	462,75
gama GT	59	31	39	13	14	28	13	18	31,25	22,5
T bili D I	4,55	2,57	5,48	8,68	3,55	2,85	3,10	8,60	4,17	5,68
	3,60	1,99	4,24	6,66	2,39	2,39	2,73	6,72	3,36	4,44
	0,95	0,58	1,24	2,02	0,66	0,46	0,37	1,92	0,80	1,24
uréia	63	56	69	71	63	58	55	65	62,5	62,5
creatinina	2,1	1,9	2,1	2,6	1,7	1,4	1,9	2,1	1,98	2
ácido úrico	9,2	9,0	8,7	9,1	8,8	9,2	9,7	9,3	9,15	9,15

Tabela 10. Resultados dos exames Bioquímicos dos grupos tratados com Aspidosperma Sp. comparados com os resultados do controle.

animais parâmetros	G-1 Controle		G-2 Controle		G-3 Controle		G-4 Controle		Médias dos grupos tratados	Médias dos grupos controle
colesterol	164	172	187	296	215	160	182	237	187	216,25
T G P	45	43	47	233	26	35	47	43	41,25	38,5
T G O	555	429	684	531	598	460	405	431	560,5	462,75
gama GT	6	31	27	13	21	28	49	18	25,75	22,5
T	4,88	2,57	5,41	8,08	2,72	2,85	3,65	8,44	4,16	5,68
bili D	3,70	1,99	4,32	6,66	2,10	2,39	2,88	6,72	3,25	4,44
I	1,80	0,58	1,09	2,02	0,62	0,46	0,77	1,92	0,91	1,24
uréia	106	56	75	71	63	58	65	65	51	62,5
creatinina	3,0	1,9	1,9	2,6	1,8	1,4	1,8	2,1	2,10	2
ácido úrico	8,1	9,0	9,9	9,1	7,9	9,2	9,4	9,3	8,80	9,15

PLANTAS MEDICINAIS MAIS CONHECIDAS NA COMUNIDADE PREVIDENCIÁRIA E A REALIDADE QUANTO AO SEU USO

Zenaide da SILVA TEIXEIRA()*
Maria Silvana BATISTA ALMEIDA()*
Maria Elizabete de CASTRO RASSY()*
Esmeralda TEIXEIRA ALVES()*

Introdução

O conhecimento do homem sobre os efeitos benéficos das plantas levou à utilização das mesmas na cura de doenças e mal-estares⁽¹⁾. Estudos mostram que desde a pré-história o homem procurou aproveitar os princípios ativos existentes nos vegetais, embora de modo totalmente empírico ou instintivo baseado na descoberta ao acaso, visto que o uso de plantas medici-

(*) Enfermeiras do INAMPS, Belém.

(1) Gostaríamos de agradecer Maria Tita Portal Sacramento, Enfermeira do INAMPS e Professora da Escola de Enfermagem "Magalhães Barata" pelas orientações e o incentivo constante; Maria Cristina Oliveira de Castro, Médico Toco-ginecologista do INAMPS, pelas sugestões; Edêmia da Silva Teixeira, Bibliotecária do Hospital Adventista de Belém, pela normalização do trabalho; Jucineide Cardoso da Silva e Marlene da Silva Teixeira, Pedagogas, pelas informações metodológicas; Rinaldo Freitas Neves, Médico Anestesiologista do INAMPS, pelas indicações bibliográficas; Raimundo Gonzaga da Silva e Henrique Gadelha da Silva, Agentes de Coletas do IBGE, pelas orientações estatísticas; Flávio Jorge Mota Marreiro, Advogado e Docente de Língua Portuguesa, pela revisão deste trabalho. Por fim, a todos os Previdenciários, nossos alvos de informações, que nos passaram suas experiências, e a todas as pessoas involuntariamente deixadas de serem mencionadas, gostaríamos de dar o nosso profundo e sincero agradecimento.

nais está ligado às práticas religiosas, à mitologia e à história em várias nações. Podendo ser considerada precursora da Medicina e da Química Orgânica, pois existem registros de uma ciência há milênios antes de Cristo que já poderia ser considerada Medicina, porém até hoje não conseguiram decifrar todos os nomes das drogas egípcias, mas demonstram várias receitas médicas em que as plantas entravam em mistura com outras substâncias, havendo uma afirmação de que os egípcios conheciam pelo menos um terço de todos os remédios registrados nos livros farmacológicos modernos (Sampaio, 1966).

Na Antigüidade a Medicina esteve estreitamente dependente da Botânica. Na Idade Média começou-se a elaboração de elixires da longa vida; e no século XX, com a descoberta do antibiótico, isto é com o desenvolvimento cada vez maior de remédios a base de drogas sintéticas, estendeu-se o seu consumo abundantemente. Assim, as plantas medicinais, de certo modo, caíram no esquecimento e foram substituídas (Sampaio, *op. cit.*).

Nas últimas décadas as classes médicas e entidades afins voltaram-se outra vez para o uso das plantas medicinais como forma de medicina alternativa e de baixo custo. "Em 1978, na 31ª Assembléia da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi assinado um documento recomendando a seus países membros a estudarem as plantas em busca do barateamento da medicina, porém o que se ressalta não é apenas os custos que a medicina caseira traz como vantagem, e sim que as plantas medicinais agem no organismo por meio de um complexo de substâncias biológicas ativas ou aparentemente inativas. Muitas dessas substâncias aparentemente inativas retardam ou aceleram a absorção de substâncias ativas pelo tecido. Essas substâncias provocam, também, mudança nos efeitos dos compostos biológicos ativos das plantas medicinais. Foi descoberto nos últimos anos que muitas plantas, além de substâncias ativas primárias, contêm uma série de outros compostos biológicos, alguns dos quais reagem na biossíntese das proteínas. Isso explica o porquê dos efeitos dos produtos químicos extraídos delas" (Cunha & Nobrega, 1981).

De acordo com Balbach, "O organismo humano, em geral, sabe defender-se contra a doença, repelindo os inimigos causadores da mesma. Não devemos por isso subestimar sua força de resistência natural, procurando erroneamente reforçá-la com drogas medicamentosas, enfraquecendo ou diminuindo sua resistência" (1970).

Justificativas da pesquisa

Através de nossa experiência como acadêmicas de enfermagem na rede pública observamos a corrida da população carente às entidades de saúde, na ânsia de recuperar sua saúde, o que significa sair com remédios nas mãos, quando muitas vezes seus problemas de saúde poderiam ser resolvidos em suas próprias casas, privando-os de fazerem parte de enormes filas. E isso constatávamos em nossas visitas domiciliares, pois a maioria dispunha de recursos ao alcance das mãos. Verificou-se que era uma questão de esclarecimento por parte da equipe de saúde. Tendo esta oportunidade surgida, não hesitamos e não necessitamos em recorrer à população e evidenciar suas experiências quanto à medicina caseira, sobrepujada por campanhas de "slogans" convincentes de farmacos sintéticos.

Estabelecemos então como objetivos de nossa pesquisa: a) questionar o conhecimento e uso de plantas medicinais pela população com a qual trabalhávamos na ocasião (previdenciários do PAM-INAMPS-512-432 Umarizal-Belém PA); b) despertar entre enfermeiros, estudantes de enfermagem e outros profissionais de saúde a utilização e indicação terapêutica e divulgar os resultados às entidades afins, fornecendo subsídios às pesquisas futuras quanto às plantas medicinais.

Fizemos uma pesquisa exploratória que nos forneceu subsídios para a seleção de variáveis de estudos e objeto de pesquisa, realizada através de conversas com a população em questão, inquirindo-a quanto ao conhecimento de receitas caseiras, das quais catalogamos um total de 68 plantas; escolhemos as 10 mais utilizadas para nosso estudo. Paralelamente buscávamos nas revisões bibliográficas dados a fim de identificar as plantas escolhidas, fornecendo-nos os nomes botânicos, as sinonimias, suas descrições e o uso terapêutico. Havendo também consultas a técnicos para troca de idéias, sugestões sobre metodologia, normalização e orientações específicas sobre o assunto, além de indicações bibliográficas.

Com as informações disponíveis estabelecemos o formulário estruturado nas entrevistas, pesquisas exploratórias e revisões bibliográficas assegurando, assim, adequação entre instrumento e objeto de pesquisa (ver apêndice 3).

A coleta de dados foi feita no Posto de Assistência Médica do INAMPS-512-432 Umarizal, com clientes de diversas clínicas, através de uma amostragem de 300 pessoas: os segurados foram consultados, enquanto aguardavam o atendimento, pelas estagiárias de habilitação de Enfermagem em

Saúde Pública, no período de 20 de setembro a 10 de outubro de 1986.

O estudo dos dados coletados foi relevante e conseqüencial ao tema, detendo-nos na abordagem descritiva e analítica.

Análise dos resultados

Os resultados serão apresentados de forma descritiva em consonância com as variáveis estudadas, parte a qual fundamenta-se a pesquisa, denotando a situação da população entrevistada quanto ao conhecimento e utilização das plantas selecionadas, traçando paralelo estatístico.

Entrevistamos 300 pessoas, sendo que 28 destas não fazem uso de plantas medicinais; ou seja, as referências das plantas em estudo foram respondidas basicamente por 272 pessoas, as quais poderiam informar quantas ações terapêuticas soubessem das plantas em questão.

Tabela 1. Demonstrativo de 300 pessoas quanto à idade, utilização, sexo e grau de instrução em relação ao uso de plantas e indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Grau de instrução	Faixa etária - Utilização - %							
	15	24	25	34	35	44	+ 44	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Analfabeto	M							2
	F			1		0.3		2
1º Grau Incompleto	M	1	0.3	1		1		2
	F	5	1	5	0.3	10		13
1º Grau Completo	M	0.3		0.3				1
	F	2		4		5		5
2º Grau Incompleto	M			0.3				0.3
	F	2	1	2	1	1		1
2º Grau Completo	M	1	0.3	1	1			0.3
	F	4	1	5	1	4		3

Tabela 1. (continuação)

Grau de instrução	Faixa etária - Utilização - %							
	15	24	25	34	35	44	+ 44	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
3º Grau Incompleto	M 0.3		1					
	F ₃		0.3		0.3		1	
3º Grau Completo	M				0.3			
	F 0.3		1	1	0.3			

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

Pelo exposto na Tabela 1 verifica-se que a população feminina é que mais utiliza plantas medicinais como recurso terapêutico, destacando-se 34% com 1º Grau incompleto, das quais 13% com idade acima dos 44 anos; e 17% com 2º Grau completo, com concentração na idade de 25 a 34 anos. Observa-se que a população masculina utiliza poucas plantas medicinais e os que as utilizam estão na faixa etária acima dos 44 anos, sendo 2% com 1º Grau incompleto e 2% de analfabetos.

As pessoas entrevistadas, com escolaridade superior ao 2º Grau, utilizam pouco estes recursos naturais e o maior número de pessoas que não utilizam o método em questão concentram-se na faixa etária de 15 a 25 anos.

Tabela 2. Demonstrativo do conhecimento e utilização das 10 plantas em estudo por 272 pessoas entrevistadas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Plantas	Conhecimento e utilização - %		
	Conheço e utilizo	Conheço e não utilizo	Não conheço
Andiroba	97	2	1
Abacateiro	74	26	-
Amor crescido	63	23	14
Açaizeiro	35	64	0.36
Arruda	67	31	2

Tabela 2. (continuação)

Plantas	Conhecimento e utilização - %		
	Conheço e utilizo	Conheço e não utilizo	Não conheço
Amendoeira da Índia	37	45	18
Chicória	49	49	2
Erva-de-Jabuti	47	32	21
Gengibre	73	25	2
Limoeiro	98	2	-

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

A Tabela 2 demonstra que dentre as 10 plantas estudadas, a de maior conhecimento e utilização pela população previdenciária é o limoeiro, pois 100% dos entrevistados a respeito desta planta a conheciam e apenas 2% não a utilizavam, seguindo-se a andiroba que 97% conhecem e utilizam, 2% que a conhecem, porém não utilizam, e 1% que não a conhece.

A planta de menor utilização na cura de doenças foi o açazeiro pois apenas 35% a utilizam; porém, quanto ao conhecimento, apenas uma (1) pessoa (0,36% da amostra inicial) diz não conhecê-la; contudo, esta pessoa não era natural da região. A planta de menor conhecimento foi a erva-de-jabuti que 21% afirmaram não conhecer.

Tabela 3. Demonstrativo de 393 referências à Andiroba quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Andiroba (<i>Carapa guianensis</i> Aubl.)					
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas			
		Inflamação da garganta	Obstrução nasal	Cefaléia	Outros
Chá	Folha	1			
	Caule			1	
	Casca				1

Tabela 3. (continuação)

Andiroba (<i>Carapa guianensis</i> Aubl.)					
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas			
		Inflamação da garganta	Obstrução nasal	Cefaléia	Outros
Xarope	Folha				1
	Semente	2			3
Ungüento	Semente	59	16	2	58
Cataplasma	Folha				1
Banhos	Casca				1
Azeite	Semente	96	8	2	141

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras

Na Tabela 3 demonstra-se que a andoriba (*Carapa guianensis* Aubl.) é um produto natural muito difundido entre a população estudada, tendo 206 citações para seu uso em diversas patologias, sinais e sintomas de doença como reumatismo, edemas, hematomas, gripes, dores reumáticas; dentre estes, 141 a usam em forma de azeite extraído da semente; vêm em seguida 158 utilizações da andiroba nas inflamações da garganta, sendo que 96 pessoas a usam em forma de azeite extraído da semente e 59 em forma de unguento extraído da semente. Seu uso em obstrução nasal e cefaléia prevalece na forma de unguento extraído da semente. Verificamos assim que a forma mais utilizada é o azeite extraído da semente que totaliza 247 referências, seguido da forma de unguento também extraído da semente (135), formalizando assim ser a semente a parte mais utilizada desta planta. Não obtivemos nenhuma citação para as formas de gargarejo, inalação e suco.

Balbach (1916) cita a “andoriba como vermífugo e febrífugo (decocto das cascas e das folhas) e contra as afecções crônicas da pele”; Cruz (1978) indica essa planta para “combater a febre e os vermes intestinais

(cozimento das cascas), o óleo usado para debelar os edemas nas pernas e nas erisipelas” enquanto que Corrêa (1984) a considera como “antidiarréico, vermífugo, febrífugo, [e a indica para] tétano, hepatite, paraplegia”.

A andiroba é uma grande árvore silvestre brasileira que se encontra principalmente no Amazonas e no Pará, bem como nas Guianas. Suas folhas compõem-se de vários folículos alongados, sem pêlos, terminados em ponta e coriáceos; as flores são pequenas, amareladas. Os frutos se dispõem em cachos pequenos, assemelhando-se a nozes e as amêndoas são esbranquiçadas e oleosas, duras e ligeiramente cor-de-rosa. Esses frutos são arredondados, de natureza lenhosa na parte externa. Em alguns Estados do Norte, sobretudo no Pará, é comum extrair-se das amêndoas um óleo grosso e bem amargo que serve para iluminação, fazer sabão, preservar os móveis dos bichos que costumam atacá-los, bem como passar no corpo a fim de defendê-lo contra picadas de insetos. Trata-se de um azeite precioso que representa uma verdadeira riqueza em virtude de suas inúmeras aplicações. A casca contém um princípio ativo denominado de carapina.

A Tabela 4 mostra que para o abacateiro (*Persea gratissima*), segundo a nossa entrevista, a forma mais comum de utilização é o chá feito da folha, onde 95 responderam usar para anemia, 47 para doenças renais, 43 para indicações diversas como: doenças hepáticas, cólicas abdominais, dores reumáticas, anasarca e otite; 20 responderam usar para hepatite e apenas 2 para erisipela. Quanto ao chá feito da semente, 17 responderam usar para doenças renais, 13 para anemia, 7 para indicações diversas, já citadas, e 5 usam também para hepatite.

Tabela 4. Demonstrativo de 259 referências ao Abacateiro, quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Belém PA - 1986

		Abacateiro (<i>Persea gratissima</i>)				
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas				
		Hepatite	Anemia	Erisipela	Doenças renais	Outros
Chá	Raiz	1			1	

Tabela 4. (continuação)

		Abacateiro (<i>Persea gratissima</i>)				
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas				
		Hepatite	Anemia	Erisipela	Doenças renais	Outros
	Folha	20	95	2	47	43
	Semente	5	13		17	7
	Casca				1	1
Cataplasma	Folha		1			
Suco	Semente	1			1	1
	Fruto				1	

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

O abacateiro, nas formas de cataplasma e suco, é pouco utilizado (5 referências) e obtivemos nenhuma referência de seu uso nas formas de xarope, unguento, gargarejo, inalação, banho e azeite.

De acordo com Balbach (1979) o abacateiro é usado para perturbações digestivas, constipação intestinal, flatulências, abscessos estomacais, reumatismo, gota, afecção dos rins, do fígado e da pele. O azeite extraído da polpa de seu fruto serve para reumatismo, alopecia e seborréia. As folhas frescas mastigadas servem para afecções da boca, estomatites, azias, supurações e para fortalecer as gengivas e os dentes; também o chá de folha serve para acalmar as nevralgias e cefaléia, e é indicado para afecções de garganta, bronquite, catarro, doenças dos rins, tosse e rouquidão. A casca amiuçada ainda, segundo o mesmo autor, é boa para combater vermes intestinais. Enfim, o caroço tostado e moído bem fino combate a diarreia e disenteria. Cruz (1978) diz que o abacateiro é usado como diurético, emenagogo, carminativo, quando preparado como infusão de folhas. As folhas, bem como os caroços, empregam-se também contra as diarreias, disenterias e doenças das vias urinárias. Para Schneider (1984) o abacateiro é usado para: constipação intestinal, flatulência, perturbações digestivas,

gota, reumatismo, afecções dos rins, da pele, do fígado; é um vermífugo, diurético, combate hemorragias, diarreia, e é indicado para bronquite, afecções da garganta, astenia, dispepsia, atonia, rouquidão e tosse. Por fim, Corrêa (1984) cita o abacateiro para combater a calvície.

O abacateiro é uma planta popularíssima por quase toda a extensão do território brasileiro, muito bem aclimatada entre nós, sendo de vegetação espontânea em vários lugares. A árvore é de porte médio e às vezes espalhando ramagem abundante, com casca pardacenta, folhas oblongas, brilhantes e alternas, flores em cachos, amareladas e de fraco aroma. O fruto tem 12 a 18 cm de comprimento, tendo a forma de uma pêra, sendo de um verde amarelado; é de consistência delicada e a massa é de substância compacta, macia, esverdeada e pouco doce, tendo ao centro um núcleo ou caroço como costuma-se dizer na linguagem popular, o qual contém um suco leitoso, tem a polpa impregnada de água, açúcar, materiais graxos, oleosos e contém igualmente esterina, margarina, ácido málico, amido, glicose e ácido acético. Quanto a sua origem não tem nada definido.

A Tabela 5 mostra que a forma mais comum de utilização do amor crescido (Portulaca pilosa L.) é o chá feito da folha, onde 80 entrevistados disseram usar para doenças hepáticas, enquanto que 12 usam para indicações diversas (traumatismo, alopecia, erisipela, dores renais, dor epigástrica e hepática), 8 para leucorréia, 6 para diarreia, 2 para cicatrização. A seguir vem o chá feito da raiz, onde 14 responderam usar para doenças hepáticas, 5 para indicações diversas, já citadas, 4 para diarreias. Na forma de unguento da folha 18 pessoas disseram usar para cicatrização. Na forma de cataplasma feito da folha, 17 responderam usar para cicatrização e 10 em indicações diversas. As demais partes pouco são referidas. Na forma de suco, extraído da folha (forma de maior utilização), 10 pessoas responderam usar em patologias diversas e 4 para cicatrização. Na forma de banho feito da folha, o maior número de indicações foi em patologias diversas (6 respostas). Por fim, o amor crescido não é utilizado nas formas de xarope, gargarejo, inalação e azeite.

Disso podemos concluir que o amor crescido é uma planta ainda pouco conhecida e utilizada em nosso meio. Balbach (1970) diz que ele serve para diarreia e disenteria.

Tabela 5. Demonstrativo de 216 referências ao Amor crescido, quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432- Belém PA - 1986

		Amor crescido (<i>Portulaca pilosa</i> L.)				
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas				
		Doenças hepáticas	Cicatrização	Leucorréia	Diarréia	Outros
Chá	Raiz	14	1	2	4	5
	Folha	80	2	8	6	12
	Caule	1	1	1		2
Ungüento	Folha		18			
Cataplasma	Raiz		1			3
	Folha		17			10
	Caule					2
Suco	Raiz		1			2
	Folha	1	4			10
	Caule					1
Banhos	Folha					6
	Caule					1

Fonte: Formulários aplicados pelas autora.

Amor crescido é uma planta herbácea, tipo alecrim, de caules numerosos, ramosos de até 15 cm de altura, folhas planas, obtusolanceoladas, carnosas, um pouco áspera com pêlos tão abundantes e compridos que revestem toda a planta; as flores são amareladas, grandes, solitárias, terminais. O fruto tem a forma de uma capsula obovóide, contendo uma semente preta com pontuações granuladas.

A Tabela 6 demonstra que a forma de maior utilização do açazeiro (Euterpe oleracea) é a de chá feito de raiz: 49 entrevistados utilizam para diarreia, 15 para hemorragia uterina e 9 para indicações diversas como: diabete, anemia, coqueluche, feridas e leucorréia. Na forma de chá feito com a semente, 5 usam para hepatite e 2 para hemorragia uterina. A forma de chá feito do caule e do fruto é pouco utilizada. Sob a forma de suco extraído do fruto 9 utilizam para sintomatologias diversas, já citadas, e 4 para diarreia, enquanto que na forma de suco extraído do caule 2 referiram usar para patologias diversas. O suco extraído da raiz é pouco utilizado. O uso desta planta na forma de cataplasma foi citado somente uma vez e desconhecido nas formas de xarope, unguento, gargarejo e inalação. Observamos que sabe-se muito pouco a respeito da utilização terapêutica

Tabela 6. Demonstrativo de 107 referências ao Açazeiro, quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Açazeiro (<u>Euterpe oleracea</u>)					
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas			
		Hepatite	Hemorragia uterina	Diarreia	Outros
Chá	Raiz	1	15	49	9
	Folha				1
	Caule	5	2	1	
	Semente				
	Fruto			1	
Cataplasma	Folha				1
Suco	Raiz	1	1		
	Semente			4	1
	Caule				2
	Fruto			4	9

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras

do açazeiro, apesar de ser uma planta bastante conhecida na nossa flora. Berg (1982) diz que o açazeiro é antidiarréico.

O açazeiro é uma delicada palmeira de estipe elevado e esguio, terminando por uma coroa de folhas pinatissectas. Originária da Região Amazônica, é muito cultivada em virtude do sabor de seus frutos, dos quais se faz um macerado de cor vinhosa, com certa densidade, apresentando a consistência de borra. Esse prato é muito apreciado na região onde é conhecido como açaf. A bebida é geralmente tomada com açúcar, com farinha d'água ou farinha de tapioca. O açazeiro, forma majestosa touceira, produz também um saboroso palmito que vem sendo industrializado nos últimos anos. Deve-se dizer que o açaf é um alimento muito rico em ferro, constituindo-se num elemento precioso na alimentação dos habitantes da Amazônia. O açazeiro também é conhecido como palmitero e juçara.

Tabela 7. Demonstrativo de 245 referências à Arruda quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Arruda (<i>Ruta graveolens</i> L.)						
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas				
		Convulsão	Dores reumáticas	Calmante	Verminose	Outros
Chá	Raiz		1	3		2
	Folha	23	21	7	13	54
	Caule					5
Ungüento	Folha	2	11			19
	Semente		1			1
Inalação	Folha			1		3
Cataplasma	Raiz		1			
	Folha		10			10
	Caule		1			1

Tabela 7. (continuação)

Arruda (<i>Ruta graveolens</i> L.)						
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas				
		Convulsão	Dores reumáticas	Calmante	Verminose	Outros
Suco	Raiz		1			
	Folha	2	4	2	3	23
	Caule	1				1
Banho	Folha		1	1		16

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

A Tabela 7 demonstra as referências terapêuticas atribuídas para arruda (*Ruta graveolens* L.): num total de 245 indicações, 135 o foram para diversas alterações orgânicas, sendo que 54 pessoas usam em forma de chá, 23 em forma de suco da folha e 19 em forma de unguento da folha. Sua indicação para dores reumáticas também é significativa: 52 responderam usar, sendo 21 na forma de chá da folha, 10 na forma de cataplasma da folha; 28 pessoas referiram usar a planta para convulsão em forma de chá, suco e unguento, 16 para verminose (em forma de chá e suco) e 14 como calmante (em forma de chá, unguento, inalação, suco e banho). A forma mais utilizada foi a de chá (129 respostas), sendo a folha a parte da planta mais usada. Não obtivemos referências para as formas de xarope, gargarejo e azeite. Não encontramos nenhuma citação bibliográfica para seu uso terapêutico.

Muito cultivada nos jardins essa planta cresce até um metro mais ou menos de altura, tem folhas alternas, pencioladas, carnudas, glaucas; as flores são pequenas, verde-amareladas, agudas; a carola tem de 4 a 5 lóbos salientes e rugosos, abrindo-se superior e interiormente em 4 ou 5 valvas. No interior de cada lóbo há uma semente reniforme, rugosa, pardacente.

É conhecida também como: arruda fedorenta, arruda domesticada, arruda de jardins e arruda-de-cheiro- forte.

Na Tabela 8 observa-se que a amendoeira da Índia (*Terminalia catappa*) é

mais utilizada pela população sob a forma de azeite extraído da semente, com 33 pessoas usando-a para cicatrização e indicações diversas e 12 para obstrução nasal. A forma de chá extraído da folha, 10 pessoas utilizam-na para anemia, 8 para indicações diversas; o chá do fruto é pouco usado. A forma de unguento extraído da semente, 8 pessoas utilizam-na para patologias diversas, em pequena proporção para cicatrização e obstrução nasal e outras patologias.

Tabela 8. Demonstrativo de 111 referências da Amendoeira da Índia, quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

		Amendoeira da Índia (<i>Terminália catappa</i>)			
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas			
		Obstrução nasal	Anemia	Cicatrização	Outros
Chá	Folha		10		8
	Fruto		1		
Xarope	Semente				1
Ungüento	Semente	1		1	8
	Fruto	1			1
Cataplasma	Fruto				1
Azeite	Semente	12		33	33

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

Nas formas de xarope e/ou cataplasma do fruto a planta é pouco utilizada enquanto que as formas de gargarejo, inalação, suco e banho não foram mencionadas. Pelo que se retrata a amendoeira é mais utilizada para cicatrização de feridas e também para diversas patologias.

Segundo Corrêa (1984) o óleo extraído da semente da amêndoa é purgativo, calmante de tosse violento, coqueluche e gripe. Sabões, pastas

diversas extraídas da amendoeira, fazem desaparecer as manchas vermelhas da pele, odor fétido dos pés e das axilas.

É uma árvore regular com até 12 metros de altura, com casca parda, pouco espessa e bastante rugosa, folhas alternas, elíptico-lanceoladas, simples cerradas e com germinados, aparecendo antes das folhas; o fruto é duplo, esverdeado, com a casca sulcada contendo uma semente.

Originária da África, é uma planta bastante comum nos pomares dos Estados do Sul do Brasil. A amendoeira da Índia é também conhecida como Castanhola, Chapéu de Sol e Amendoeira do Japão.

Tabela 9. Demonstrativo de 157 referências à Chicória quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Chicória (<i>Chicorium entybus</i>)					
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas			
		Diarréia	Aborto	Cólica	Outros
Chá	Raiz	12	4	11	41
	Folha	4	3	7	50
	Semente			1	
Xarope	Raiz				4
	Folha				4
Ungüento	Raiz				1
	Folha				2
Cataplasma	Raiz				1
	Folha			1	3
Suco	Raiz				1
	Folha				4
Banho	Raiz				1
	Folha				2

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

Na Tabela 9 observamos que a chicória (*Chicorium entybus*) é uma planta bastante utilizada pelos entrevistados: sobre 157 indicações terapêuticas, 114 o foram para diversas ações medicinais como: evolução do trabalho do parto, cefaléia, insônia, amenorréia, verminose, tosse e anemia, prevalecendo as formas de chás (41 usam na forma de chá da raiz e 50 da folha); nas formas de xarope, unguento, cataplasma, sucos e banhos, 20 pessoas disseram usar para cólica, sendo 11 em forma de chá da raiz. Para diarreia obtivemos 16 indicações e 7 para aborto, todas em forma de chás; as formas de gargarejo, inalação e azeite não foram citadas.

Morgan (1979) indica essa planta como “depurativa, laxante e para transtornos hepáticos”; Cruz (1978) a cita nas “afecções do estômago, perturbações do fígado e dos rins e constipação intestinal” enquanto que Corrêa (1984) a indica por “icterícia, antidiarréico”.

É uma planta vivaz, de até 30 a 50 cm de altura, que se ramifica copiosamente, com ramos esparramados. As folhas inferiores são pecioladas, divididas em lóbulos mais ou menos agudos, de bordos sinuosos, as superiores carecem de pecíolo e com base envolvendo a haste, possuem bordos inferiores. As inflorescências, quando chega ao meio-dia, estão abertas. Formam estrelas azuis de 3 a 4 cm de diâmetro; os frutos têm de 2 a 3cm de comprimento.

Utilizam-se as folhas e as inflorescências, que são coletadas quando a planta está em flor, bem como a raiz, que se arranca após o florescimento da planta.

As folhas e a raiz são amargas, tônicas, depurativas e um pouco laxante.

Na Tabela 10 observa-se que a erva-de-jabuti (*Peperomia pellucida*) é muito utilizada pela população em estudo. A forma de utilização mais comum é a de chá feito da folha : obtivemos 65 indicações para hipertensão e 44 para patologias diversas como dores renais, frieiras, hepatite, diarreia, dores abdominais; na forma de chá feito da raiz obtivemos 23 indicações para patologias diversas e 21 para hipertensão; quanto ao chá feito do caule 3 pessoas disseram usar-no para patologias diversas; por fim somente uma pessoa diz usar o chá da semente. Nas formas de unguento, cataplasma, suco da folha e banho da raiz a planta é pouco utilizada pela população, enquanto que as formas de xarope, gargarejo, inalação e azeite nem sequer foram citadas pelas pessoas entrevistadas. Pelo demonstrativo, nota-se que a erva-de-jabuti é muito utilizada nos casos de hipertensão e outras patologias, onde a população busca através desta planta seu

tratamento, devido ser de fácil germinação e adquirida com facilidade.

Balbach (1916) diz que esta planta emprega-se para diarreias e disenterias, enquanto que segundo Berg (1982) ela é diurética, emenagoga, sendo

Tabela 10. Demonstrativo de 170 referências à Erva-de-Jabuti, quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Erva-de-Jabuti (<i>Peperomia pellucida</i>)			
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas	
		Hipertensão	Outros
Chá	Raiz	21	23
	Folha	65	44
	Semente	1	
	Caule		3
Ungüento	Folha		2
Cataplasma	Folha		3
Suco	Folha		4
Banhos	Raiz		1
	Folha		3

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

indicada também para doenças de fígado, impaludismo e úlceras.

É uma planta suculenta ruderal, comum nos lugares encharcados, com folhas cordiformes; inflorescência em espiga com flores brancas, frutos pequenos; as folhas são procuradas pelos jabutis, daí o seu nome.

A Tabela 11 mostra que a forma mais utilizada do gengibre (*Zingiber officinalis* L.) é a do chá extraído da raiz. 62 pessoas utilizam-na para patologias diversas como: gripe, doenças cardíacas, tosse, câimbra, dores

renais, dores epigástricas, inflamação da garganta, sinusite, constipação intestinal, cólica menstrual, hipertensão, nervosismo, hipotensão, sarampo e anemia, enquanto que 31 a citaram para dores reumáticas e em menor proporção para convulsão; o chá feito da folha é raramente utilizado. Na forma de unguento feito da raiz, 65 pessoas utilizam-na para dores reumáticas, 12 para patologias diversas e algumas para convulsão.

Tabela 11. Demonstrativo de 253 referências ao Gengibre quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal - Belém PA - 1986

Gengibre (<i>Zingiber officinalis</i> L.)				
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas		
		Convulsão	Dores	Outros
Chá	Raiz	3	31	62
	Folha		3	3
Xarope	Raiz			31
Ungüento	Raiz	1	65	12
Gargarejo	Raiz			3
Inalação	Raiz			2
Cataplasma	Raiz		11	2
	Folha		2	
Suco	Raiz		2	17
Banho	Raiz		2	1

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

Na forma de xarope feito da raiz somente 31 pessoas utilizam-na para

patologias diversas. Sob a forma de suco extraído da raiz, 17 utilizam para patologias diversas e em pequena proporção para dores reumáticas. Na forma de cataplasma, feito da raiz, 11 pessoas utilizam para patologias diversas. As formas de gargarejo, inalação, banhos são poucos utilizadas pela população entrevistada. Nas formas de cataplasma e azeite não houve nenhuma citação. Pelo que se pode concluir, o gengibre é muito utilizado para dores reumáticas e traumatismo, sendo a raiz a parte da planta mais utilizada pela população.

Segundo Balbach (1916 e 1970) o gengibre é muito usado em dispepsias, atonia do estômago, cólicas, flatulência, catarro crônico, rouquidão, bronquite e asma. Exteriormente, ele é administrado em fricção nas dores reumáticas e nas polineurites. De acordo com Cruz (1978) o gengibre é excitante, combate as dispepsias, inapetências e as cólicas produzidas pelo acúmulo de gases no estômago e nos intestinos. O chá feito com o gengibre é um remédio popular em nosso país para debelar as doenças das vias respiratórias, como: tosse, bronquite, resfriado, catarro crônico, asma e rouquidão.

É uma planta herbácea, com folhas lacioladas, invaginantes, flores amareladas em espigas; fruto cápsula trilocular com sementes em cada loja, rizoma carnudo, branco ou amarelado por dentro e picante.

É também conhecida como mangarataia.

Tabela 12. Demonstrativo de 401 referências ao Limoeiro quanto à forma, parte utilizada e suas indicações terapêuticas - População INAMPS - PAM 512 - 432 - Umarizal- Belém PA - 1986

		Limoeiro (<i>Citrus limonum</i>)					
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas					
		Hepatite	Doenças cardíacas	Tosse	Cefaléia	Resfriado	Outros
Chá	Raiz					3	
	Folha		3	11	2	35	2
	Semente	1					
	Fruto			19	1	85	8
	Flores		1				

Tabela 12. (continuação)

		Limoeiro (<i>Citrus limonum</i>)				
Forma utilizada	Parte utilizada	Indicações terapêuticas				
		Hepatite	Doenças cardíacas	Tosse	Cefaléia	Resfriado
Casca			6	1	29	4
Xarope	Folha		2			
	Fruto		31		10	6
	Casca				1	
Ungüento	Raiz				1	
	Folha					2
	Fruto		2		1	5
	Casca					1
Gargarejo	Fruto		1			
Inalação	Folha				1	
Suco	Raiz				1	
	Folha		1		5	1
	Fruto	1	9	1	75	11
	Casca				2	
Banhos	Folha				8	5
	Fruto				5	1

Fonte: Formulários aplicados pelas autoras.

Na Tabela 12 podemos ver que das 401 pessoas que responderam conhecer e utilizar o limoeiro (*Citrus limonum*) 262 utilizam-no na cura de resfriado, sendo 85 em forma de chá do fruto, 75 em forma de suco do fruto, 35 em forma de chá da casca, observando-se grande utilização das formas de chás, como debeladoras de resfriado e outras patologias. Outras utilizações significativas foram para combater a tosse, com 85 respostas das quais

31 em forma de xarope da folha do fruto, 19 para chá do fruto, 11 para chá da folha e 9 para suco do fruto. 46 pessoas utilizam o limoeiro para patologias diversas, inflamação da garganta, prurido generalizado, hipertermia, traumatismo, conjuntivite, leucorréia e anticoncepcional. Sob as formas de suco do fruto e chá do fruto, 85 pessoas utilizam para cefaléia; nas formas de chá, 4 nas doenças cardíacas e 2 para hepatite. Concluimos que o limoeiro pode ser utilizado em quase todas as formas, não havendo citações apenas nas formas de cataplasma e azeite, sendo de fácil aquisição pela população.

Balbach (1970) indica essa planta para acidez da boca, do estômago, adenite, adiposidade, afonia, amenorréia, amigdalite, analgesia, angina pectoris, apendicite, apoplexia, asma, astenia, avitaminose, beriberi, poliúria, pústulas, reumatismo, rouquidão, sífilis, sinusite e vômito. O mesmo autor, em 1979, a cita também para “hipertermia, impaludismo, asma, enxaqueca, gastroenterite, diminui a inflamação da mucosa, e atenua as náuseas, as enfermidades do fígado, dores reumáticas, escorbuto, manchas cutâneas, hipertensão, litíase hepática e renal, diabete, diarréia, disenteria, angina, cirrose hepática”. Prossegue ele que “as limonadas não só abrandam o calor, acalmam a sede, refrescam o organismo, estimulam os rins, limpam os intestinos” e que é “anti-séptico (fermentação do estômago e intestinos) e [indicado] para lactentes, escorbuto, as estomatites e a piorréia, previne e cura a gripe”. Cruz (1978) cita que as “folhas em fusão, empregam-se contra gases do estômago e dos intestinos, [em] certas afecções hepáticas e nas toses e bronquite”. Por fim, Schneider (1984) diz que esta planta “combate os bacilos diftéricos, aplicando o suco diariamente na mucosa nasal e bucal”.

O limoeiro é uma árvore de 4 a 5 metros de elevação com caule ramoso; os ramos são cheios de espinhos nas partes mais delgadas, as folhas alternas de pecíolo alongado, oblongas, acuminadas, planas lúzentes, verdes ou verde amareladas, inteiras ou serradas, correadas, corriláceas, as flores numerosas, dispostas em cachos auxiliares e terminais, brancas por dentro e ligeiramente vermelho-violáceas por fora. O cálice é curto, espesso e monófilo de 5 sépalas. A corola tem 5 pétalas alongadas, quase elípticas. O fruto é um herpécio ovóide, amarelado, quando maduro, terminado superiormente por um mamilo cônico. Há uma variedade de limões: o limão galego e o limão-cravo, todo são bons para a cura de enfermidades.

Referências bibliográficas

Balbach, A.

1916 *A Flora Nacional da Medicina Doméstica*. São Paulo: MVP.

1970 *As Plantas Curam*. São Paulo: MVP.

1979 *As Frutas na Medicina Doméstica*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Berg, M.E. van den

1982 *Plantas Medicinais na Amazônia. Contribuição ao seu conhecimento sistemático*. Belém: CNPq/PTU/MPEG.

Corrêa, P.M.

1984 *Dicionário das plantas úteis no Brasil*. Rio de Janeiro: Gráfica Brasileira, vol. 1-3.

Cruz, G.L.

1978 *Dicionário das plantas úteis do Brasil*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Cunha, N.F.L. e S.M. Nóbrega

1981 "Ervas, uma Terapêutica no Campo da Enfermagem". *Revista Brasileira de Enfermagem* 34(314):269-313.

Morgan, R.

1979 *Enciclopédia das Ervas e Plantas Medicinais*. São Paulo: Hemus.

Sampaio, V.R.C.

1966 *Aspectos Culturais a respeito de 9 Plantas Medicinais em relação a Algumas Doenças Infantis*. São Paulo: USP.

Schneider, E.

1984 *A Cura e a Saúde Pelos Alimentos*. São Paulo: Santo André.

Apêndices

1. Formas de utilização das plantas medicinais em estudo

1. CHÁ

De várias maneiras se prepara um chá, a saber:

a) *Como tisana*: Põe-se água a ferver e, quando estiver fervendo, acrescentar ervas; tapar de novo, deixar ferver mais uns 5 minutos e tirar do fogo. Deixar repousar alguns minutos bem tapado e coar.

b) *por infusão*: Despejar água fervendo sobre ervas numa vasilha e deixar repousar bem tapado, durante uns 10 minutos. Para esta preparação são mais apropriadas as folhas. Os talos e raízes também podem preparar-se por infusão, mas devem ser picados bem fino e ficar em repouso, depois de se deitar água fervendo em cima uns 20 ou 30 minutos.

c) *Por decocção*: Deitar as ervas numa vasilha e verter água fria em cima. A duração do cozimento pode variar entre 5 a 30 minutos, dependendo da qualidade das ervas empregadas. Para as flores e partes tenras basta cozer 5 a 10 minutos. Para as partes duras, como sejam, raízes, casca, talos, picar em pedacinhos e cozinhar 15 a 30 minutos. Tirar a vasilha do fogo e conservar tapada durante alguns minutos mais; depois coar.

d) *Por maceração*: Põem-se de molho as ervas em água fria durante 10 a 20 horas; folhas, flores e partes tenras ficam de molho de 10 a 40 horas; talos, cascas e raízes, picados, de 16 a 18 horas e talos, cascas e raízes duras, picados, de 22 a 24 horas. Coar.

O método de maceração oferece a vantagem de que os sais minerais e as vitaminas das ervas são aproveitados.

2. XAROPE

Feito de substâncias vegetais ou minerais com porção de açúcar necessária para saturá-lo. É um medicamento líquido pegajoso.

3. UNGÜENTO

Tomar diversas ervas frescas e triturá-las, misturadas, com um pilão. O suco que se obtém é misturado à gordura vegetal de côco ou amendoim ou à manteiga fresca; aquecer sobre o fogo até derreter. A isto pode-se

acrescentar um pouco de cera de abelha, para formar um unguento mais espesso.

4. INALAÇÃO

Pôr ervas medicinais em água, numa vasilha, a ferver. Quando levantar a fervura, aproveita-se o vapor, aspirando-o por meio de um funil de cartolina previamente improvisado. O cuidado que se deve ter é não escaldar porque o bafo da fervura é muito quente.

5. CATAPLASMA

As cataplasmas se empregam de várias maneiras, a saber:

a) *Ervas frescas*, ao natural, podem aplicar-se diretamente à parte dolorida, inchada ou ferida.

b) *Ervas secas* em saquinhos, frias ou quentes, conforme o caso:

c) *Em forma de pasta*: socar as plantas, formando uma papa que se coloca sobre o lugar dolorido, diretamente ou entre dois panos. Quando não se tem ervas frescas para este fim podem-se usar também ervas secas. Neste caso deitar água fervendo em cima das ervas numa vasilha, tanto quanto necessária para formar uma pasta.

6. SUCO

O suco se obtém triturando as ervas com um pilão ou moendo-as na máquina de moer carne. Passar em seguida por um coador. Os sucos se preparam no próprio momento em que se tomam, nunca se espremem com antecedência.

7. BANHOS

Pela palavra “banho” referimo-nos aos banhos quentes, frios, de assento, de tronco, vitais, semicúpios, pedilúvios e de vapor. A dosagem normal é de 500 a 1000 gramas de ervas para um balde d’água (30 a 60 gramas de ervas para 1 litro de água). Coser as ervas durante 20 a 40 minutos, coar e deitar o decocto na água que vai ser usada para o banho.

8. AZEITE

É o óleo extraído dos vegetais. Ao azeite se pode misturar folhas, sementes e flores de ervas medicinais. Tapar bem a garrafa que contenha a

mistura e expôr diariamente ao sol durante uns dias. Coar depois.

2. Termos que classificam as plantas de acordo com as suas propriedades medicinais

- *Adstringentes*: Quando contraem os tecidos, combatendo diversas moléstias inflamatórias da boca, garganta, intestinos e órgãos genitais.

- *Calmantes ou Sedativos*: Quando exercem função calmante sobre o sistema.

- *Carminativos*: Quando combatem as flatulências (gases) estomacais e intestinais.

- *Depurativos*: Quando purificam o sangue e limpam os humores.

- *Diuréticos*: Quando aumentam a urinação.

- *Emenagogos*: Quando provocam ou estabelecem a menstruação, exercendo ação benéfica sobre os órgãos femininos.

- *Eméticos*: Quando provocam vômitos, como às vezes é necessário provocá-los em casos de embaraços no estômago, intoxicações, etc.

- *Emolientes*: Quando em qualquer parte do corpo abrandam o tecido endurecido por abscessos, úlceras, inflamações, contusões, etc.

- *Estimulantes*: Quando aumentam as energias das funções vitais exercendo ação unificante sobre órgãos e normalizando seu funcionamento.

- *Estomacais*: Quando combatem os mal-estares do estômago.

- *Expectorante ou Peitorais*: Quando exercem ação especial sobre as vias respiratórias, ajudando a expulsão do catarro dos canais bronquiais.

- *Febrífugos ou antipiréticos*: Quando combatem a febre.

- *Hemostáticos*: Quando combatem as hemorragias.

- *Purgativas, laxativas, drásticas, cetárticas*: Quando provocam ou aceleram as evacuações.

- *Tônicas*: Quando fortificam o organismo, combatem o raquitismo, a debilidade geral, a anemia, a fraqueza pulmonar, etc.

- *Sudoríficas ou dioforéticas*: Quando provocam a transpiração ou suadouro.

- *Vermífugos ou antihelmínticos*: Quando combatem as lombrigas.

- *Vulnerárias*: Quando são próprias para curar feridas.

3. Formulário

Nome:

Sexo:

Idade: Grau de instrução:

Analfabeto ()

1º Grau incompleto ()

1º Grau completo ()

2º Grau incompleto ()

2º Grau completo ()

3º Grau incompleto ()

3º Grau completo ()

Você utiliza plantas na cura de doenças?

sim ()

não ()

Plantas	Para que serve	Forma utilizada	Parte utilizada
---------	----------------	-----------------	-----------------

1. Andiroba

() Conhece e utiliza	() Inflamação da garganta	() Chá	() Raiz
() Conhece e não utiliza	() Obstrução nasal	() Xarope	() Folha
() Não conhece	() Cefaléia	() Ungüento	() Semente
	() Outros:	() Gargarejo	() Caule
		() Inalação	() Fruto
		() Cataplasma	() Flores
		() Suco	() Casca

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |
| 2. Abacateiro | | | |
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Erisipela | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Doenças Renais | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |
| 3. Amor crescido | | | |
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Doença hepática | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| | | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Cicatrização | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Leucorréia | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |
| 4. Açaizeiro | | | |
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| | <input type="checkbox"/> Hemorragia uterina | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Leucorréia | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

5. Arruda

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Dores reumáticas | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Calmante | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Verminose | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

6. Amendoeira da Índia

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Obstrução nasal | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Cicatrização | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| | | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

7. Chicória

- | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Diarréia | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Cólica | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| | | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

8. Erva-de-Jabuti

- | | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Aborto | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| | | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

9. Gengibre

- | | | | |
|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Convulsão | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Dores reumáticas | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| | | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

10. Limoeiro

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Conhece e utiliza | <input type="checkbox"/> Hepatite | <input type="checkbox"/> Chá | <input type="checkbox"/> Raiz |
| <input type="checkbox"/> Conhece e não utiliza | <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas | <input type="checkbox"/> Xarope | <input type="checkbox"/> Folha |
| <input type="checkbox"/> Não conhece | <input type="checkbox"/> Tosse | <input type="checkbox"/> Ungüento | <input type="checkbox"/> Semente |
| | <input type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Gargarejo | <input type="checkbox"/> Caule |
| | <input type="checkbox"/> Resfriado | <input type="checkbox"/> Inalação | <input type="checkbox"/> Fruto |
| | <input type="checkbox"/> Outros: | <input type="checkbox"/> Cataplasma | <input type="checkbox"/> Flores |
| | | <input type="checkbox"/> Suco | <input type="checkbox"/> Casca |
| | | <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Outros |
| | | <input type="checkbox"/> Azeite | |

FITOTERAPIA: UMA ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NATURAL DO AMAPÁ

Maria Alice RAMALHO de OLIVEIRA TENÓRIO()*

*Maria Elisabeth van den BERG (**)*

Ordoenha FURTADO de MENEZES()*

Pedro SALLES()*

Introdução

A utilização de plantas medicinais na prevenção e cura de moléstias condicionada a um processo de experimentação que vem se desenvolvendo desde os tempos mais remotos, constitui a base da Fitoterapia. Esta vem sendo retomada pela medicina, que procura aproveitar as suas práticas, dando-lhes um respaldo científico, integrando-as num conjunto de princípios que visam - mais do que curar algumas doenças - restituir o homem à vida natural.

A literatura sobre o assunto abrange as mais diversas apresentações que cobrem várias décadas (principalmente de 30 até o presente) e incluem obras dirigidas a aspectos farmacológicos, farmacognósticos e toxicológicos, como em Coimbra (1958), Hoehne (1978) e Panizza et al., (1981); outras com enfoque taxonômico ou com esclarecimentos sobre a identificação científica de espécies nativas como em Silva et al. (1977) e

(*) Pesquisadores do Museu de Plantas Medicinais Waldemiro Gomes (WOG), Macapá (AP).

(**) Pesquisadora Titular do Departamento de Botânica do Museu Paraense Emilio Goeldi.

Berg (1982) ou ainda, abordando métodos fitoterápicos ou de cultivo como em Coimbra (1958), Grau (1980), Murayama (1980), Camargo (1981), Gerbe (1981), Ibar (1981), Guardia et al. (1988) e Herwing (s.d.).

Em termos de publicações mais ou menos populares ou de difusão há um vasto leque de trabalhos mais ou menos extensos abordando, de modo genérico, o uso e preparo de plantas medicinais, muitas de origem européia ou oriental e só encontradas no sul do país, como em Balmé (1978), Conceição (1980), Leibold (1978), Moreira (1982), Morgan (1982), e Jordão (1986). Ainda nesta linha do que sugerimos denominar "extensão cultural fitoterápica" encontram-se livros, livretos, revistas, cartilhas e "folders" de orientação sobre práticas medicinais e fitoterápicas destinadas a suprir deficiências dos programas de saúde pública e geralmente editadas por organizações religiosas (Igrejas católicas e protestantes, espíritas, umbandistas, etc.) ou órgãos governamentais de assistência como, por exemplo, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), sendo os mais difundidos as obras da AKAP (1985), de Balbach (1976 e 1986), LBA-MPAS (1987) e Mensageiro (1987). Fitoterápicos conhecidos desde a Idade Média na Europa e conhecidos em todo Brasil são citados em livros de cunho esotérico como o de Paracelso (1976).

O conjunto dessas informações, embora interessante, não atende à realidade amapaense pela divergência de nomenclatura e de espécies utilizadas necessitando uma pesquisa específica, objetivo do presente trabalho⁽¹⁾.

No Estado do Amapá, a prática da Fitoterapia constitui-se num vasto patrimônio natural e cultural onde a população, formada por vários segmentos étnicos como negros, índios, brancos e caboclos - convivendo num ecossistema típico - desenvolveu processos de cura baseados no uso de plantas medicinais, incorporando-os aos seus valores, formando tradições.

É preciso lembrar que a Fitoterapia não se constitui numa terapia fácil, pois requer paciência, conhecimento de suas regras, total colaboração por parte do usuário e, inclusive, mudanças de alguns hábitos perniciosos para que se consigam bons resultados e credibilidade quanto a sua eficácia.

Vale salientar que as investigações científicas no campo da Fitoterapia subsidiam o desenvolvimento de programas de saúde atendendo às peculiaridades da Amazônia.

(1) Projeto desenvolvido com apoio da Secretaria de Planejamento e Coordenação do Governo do Amapá.

Os Fundamentos da Fitoterapia

“A Organização Mundial da Saúde, na reunião de 23 de maio de 1978 reconheceu a importância das plantas medicinais e das preparações galênicas na cura do organismo e recomendou a difusão, a nível mundial, dos conhecimentos necessários para o seu uso” (Omella Castellano, Fitopreparadora, comunicação pessoal).

Ao analisarmos a constituição química orgânica dos vegetais e animais, torna-se fácil entender a importância das plantas medicinais na cura e prevenção de doenças, pois constatamos que suas estruturas são similares e, mais ainda, que todos os alimentos provêm das plantas ou de substâncias delas derivadas, visto que na cadeia alimentar os vegetais, com a propriedade de síntese de substâncias, são os únicos produtores.

A célula vegetal sintetiza substâncias complexas e fundamentais para o homem, utilizando substâncias químicas simples e fontes de energias naturais, caracterizando a planta como um laboratório químico único e natural. Os agentes da planta responsáveis pelos efeitos terapêuticos no corpo humano, e que em vários órgãos estimulam, equilibram e atuam sobre o seu estado geral, são chamados “princípios ativos”. Existem ainda outras substâncias produzidas pelas plantas que, agindo conjuntamente, integram seu metabolismo, tais como óleos essenciais, enzimas, amidos, gomas, pigmentos, sais minerais, ceras, etc. e que servem como veiculantes oferecendo maior disponibilidade de seus princípios ativos.

Se por um lado - na medicina ocidental - o fármaco sintético ou semi-sintético produzido em laboratório (isolado o princípio ativo de seu contexto) tem, além da ação benéfica e específica, dois efeitos: o terapêutico e o iatrogênico, por outro lado - na medicina tradicional - a Fitoterapia utiliza a planta integralmente ou as suas preparações galênicas: os métodos terapêuticos desta linha medicinal estimulam a resistência do organismo por processos naturais, auxiliando-o assim a lutar contra a doença.

Porém, a utilização da Fitoterapia no tratamento e prevenção de desequilíbrios orgânicos só é válida e segura quando são adotadas normas e procedimentos corretos, evitando a improvisação. O acompanhamento do tratamento através de médico ou especialista fornece uma avaliação da resposta terapêutica do organismo.

Manuseio de plantas medicinais

Através dos esclarecimentos de normas e procedimentos adotados pela Fitoterapia é que se conseguem a preservação e garantia da eficácia dos seus princípios ativos. Os cuidados com a seleção, coleta, reposição e preservação de espécies, anotação de dados em campo, secagem, conservação, padronização de cortes, armazenagem, etiquetagem, validade e, no caso do cultivo para uso em fitoterápicos (através de viveiros ou hortos), as observações de solo, consorciação de espécies, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das espécies cultivadas e observações e providências para evitar as fitopatologias. Para a consecução dos objetivos e finalidades propostos pela Fitoterapia, é imprescindível a prática da Etnobotanica com o conhecimento da teoria antropológica e biológica e os métodos da pesquisa de campo.

“O maior problema com que se defronta qualquer investigador -inclusive antropológicos experimentados - ao lidarem com outras culturas é impor, inadvertidamente, suas próprias idéias e categorias culturais a seus “informantes” ou “consultores culturais”. Formas não verbais de comunicação - tais como reações de descrença, desgosto ou reprovação - prejudicam ou limitam a aquisição de dados por parte do pesquisador. É essencial estabelecer o tom necessário a um relacionamento compartilhado entre iguais, ao invés de uma doação de informações a um índio, tido com menos dotado intelectualmente. Este é o maior pecado de um verdadeiro cientista (...). Nenhum etnobiólogo sério sugeriu que se deva abandonar os conceitos científicos ocidentais no estudo de uma ciência não ocidental. O que se exige é o abandono dos conceitos etnocêntricos de superioridade frente ao saber indígena, a fim de que se possa registrar, com acuidade, os conceitos biológicos de outras culturas e, com isso, desenvolver idéias e hipóteses que enriqueçam nosso próprio conhecimento.(...) Do ponto de vista filosófico, a etnobiologia serve de mediador entre as diferentes culturas, como uma disciplina dedicada à compreensão e respeito mútuo entre os povos” (Posey 1986:23, 25).

Controle de qualidade

1. SELEÇÃO DOS TIPOS DE PLANTAS

Antes de sair em busca de plantas, é importante a troca de informações. Muitas destas informações não são encontradas nos livros. O conhecimento e as habilidades são desenvolvidas por pessoas para servir às pessoas. O raizeiro, herborizador e a benzedeira talvez estejam dispostos a mostrar seu conhecimento. Alguns terão dúvidas por sentirem-se ameaçados. Deve-se tentar convencê-los de que o seu conhecimento não será usado para competir com eles. As reuniões comunitárias são muito úteis, principalmente com a experiência dos mais idosos. Portanto, é importante respeitar a cultura e as tradições dos locais visitados para poder receber o mesmo tratamento e bons resultados de pesquisa.

A partir daí, as plantas seleccionadas precisam ser vistas no seu habitat natural. É um passo importante para a identificação destas plantas. As espécies medicinais são próprias de cada tipo de vegetação. É necessário ver neste fato as influências climáticas, constituição do terreno e outras causas que vão dar às plantas, caracteres e propriedades distintos.

2. COLETA DAS PARTES MEDICINAIS DAS PLANTAS

Para coletar é preciso saber primeiro quais as partes das plantas que serão utilizadas, com cuidado para não prejudicá-las; e, caso seja utilizada a planta inteira, fazer a devida preparação.

a) Coleta das folhas

Devem ser coletadas na época que adquirirem maior vigor, quando começam a apontar os órgãos reprodutores, pois se a coleta for feita mais tarde, os princípios ativos virão para tais órgãos em detrimento das folhas.

b) Coleta das flores

As flores devem ser coletadas antes que a corola se abra completamente, pois assim seu odor é menos forte, sua cor mais pálida e o ovário já fecundado teve tempo de absorver todos os princípios ativos.

c) Coleta dos frutos

Os frutos devem ser coletados no início de sua maturação, pelo acúmulo de princípios ativos que contém nesta época.

d) Coleta de raízes

As raízes devem ser coletadas no início do verão, quando alimentam novos brotos, elaborando maior quantidade de princípios ativos; ou no fim do verão, pois os princípios ativos dos órgãos de reprodução que caíram, retornam normalmente às raízes.

e) Coleta das entrecascas

As entrecascas devem ser coletadas na plenitude da idade da planta ou antes da floração. Não se deve confundir a primeira casca com o súber (parte mais externa do caule, composta por células mortas que servem de proteção à planta contra fungos e parasitas); o súber deve ser eliminado antes da secagem, raspando-o até a completa limpeza para evitar a contaminação do material.

f) Coleta das sementes

As sementes utilizadas para fins terapêuticos devem ser coletadas maduras, quando é maior a concentração de seus princípios ativos.

É muito importante também escolher o tempo de coleta. É preferível que seja de manhã ou no fim da tarde e em dias secos. Nunca colher plantas em dias de chuva ou durante ventos fortes - os mecanismos de defesa naturais da planta inibem a liberação de seus princípios ativos, em condições ambientais desfavoráveis.

3. ANOTAÇÕES DE DADOS EM CAMPO

É importante, ao se fazer uma coleta, anotar os principais dados de cada espécie coletada, através de uma pequena etiqueta, conforme o exemplo:

Nome Vulgar:

Nome Científico:

Família:

Procedência:

Parte coletada:

Habitat:

Valor Terapêutico:

Coletor:

Identificador:

Data da Coleta:

4. SECAGEM DAS PLANTAS

Imediatamente após a coleta das plantas, é necessário preocupar-se em conservá-las, pois nem sempre encontram-se determinadas espécies de plantas durante todo o ano ou se tem a oportunidade de coleta freqüente. Por isso, o processo de secagem e conservação é de extrema importância. O procedimento mais usado e de mais fácil acesso é a dessecação, que tem por objetivo extrair a água que o vegetal possui, evitando assim a ação de fungos e bolores nocivos.

Mesmo depois da secagem, as plantas conservam inalterados os seus princípios ativos, desde que haja um procedimento correto, como descreve-se a seguir:

- Lavar em água corrente as plantas coletadas para retirar impurezas como poeira ou terra;
- Separar as diversas partes das plantas coletadas, tais como folhas, flores, frutos, entrecascas, raízes etc.;
- Espalhar a planta coletada em tabuleiros de madeira forrados com papel; pode-se usar folhas grandes como as da bananeira (nunca usar jornais pois a tinta usada na impressão, quando molhada, libera cobre que mistura-se à planta tornando-a nociva);
- Colocar as plantas já espalhadas nos tabuleiros em local arejado e sem umidade, protegido da incidência direta da luz solar, cujos raios actínicos modificam as propriedades terapêuticas das plantas, reduzindo bastante seus efeitos;
- Todos os dias revirar as plantas para que se tenha uma secagem por igual. Aproveitar esta operação para ir retirando qualquer material que se apresente com fungos ou bolores, evitando assim uma contaminação geral. Em laboratório, utilizam-se desumidificadores de ar (aparelhos que retiram a umidade do ambiente fechado), pois o maior problema da etapa da secagem se dá pelo fato da umidade ambiental contribuir para a formação de fungos e bolores que provocam putrefação e contaminação do material medicinal, passando assim a ser nocivo à saúde.

5. PADRONIZAÇÃO DE CORTES

Para uma melhor conservação e posterior armazenagem, as plantas desidratadas ou secas devem ser cortadas de acordo com cada parte da planta, obedecendo a um padrão, conforme explicação a seguir:

- Plantas inteiras devem ser cortadas em pedaços;
- Entrecascas e folhas são cortadas em tiras finas;

- Raízes e rizomas são cortados em fatias finas;
- Frutos, flores e sementes devem ser picados em tamanhos menores.

A moagem, trituração ou redução de partículas só devem ser feitas no ato da utilização, na preparação de fitoterápicos ou em tratamentos para a utilização em pequeno espaço de tempo (dez a quinze dias), pois tal procedimento facilita a liberação dos princípios ativos, para uso imediato.

6. ARMAZENAGEM

Depois que as plantas passarem pelos processos de secagem e padronização de cortes, elas devem ser armazenadas em recipientes esterilizados, bem secos, de cor escura (podem ser de vidro de plástico resistente), ao abrigo da luz solar direta, fontes de calor e umidade, bem fechados; tais cuidados evitarão a putrefação, contaminação e perda de eficácia da planta.

7. ETIQUETAGEM

É necessário que se identifique, através de uma etiqueta bem visível em cada recipiente, o nome da planta nele contido, a data inicial de armazenagem (obedecidos os processos de secagem e padronização de cortes), a procedência (local da coleta), dados científicos, valor terapêutico - para isso pode-se utilizar o modelo da etiqueta de anotações de campo, descrita anteriormente.

As plantas desidratadas têm que ser renovadas a cada ano pois, após este período, o teor de seus princípios ativos tende a exaurir-se, ficando sem nenhuma valor terapêutico.

Para evitar desperdícios, retirar do recipiente de armazenagem apenas a quantidade necessária para redução maior (moagem ou trituração) no preparo de fitoterápicos, tendo em vista o tempo que o tratamento será efetuado. É importante conservar os recipientes contendo plantas fora de alcance de crianças ou leigos. Muitas plantas tomadas em doses exageradas e sem o preparo adequado, resultam em graves problemas de intoxicação (mesmo sendo medicinais).

Preparação de fitoterápicos

Existem várias maneiras de se obter fitoterápicos sob as mais diversas formas, tais como chás, xaropes, cataplasmas, compressas, inalações,

fomentações, gargarejos, unguentos, pomadas, etc.

Geralmente, as plantas são utilizadas após os processos de secagem e armazenagem. Para um melhor rendimento, estas plantas têm que ser reduzidas a pequenas partículas para que os solventes possam rapidamente extrair os princípios ativos. Na prática caseira, utiliza-se para tal redução liquidificadores, moadores de café ou ainda pilões de porcelana ou de pedra, menos os de madeira (a madeira do pilão pode misturar-se com o material, modificando sua ação terapêutica). Em laboratório, utiliza-se moinhos próprios sempre esterilizados a cada uso, devido à quantidade e diversidade apreciáveis de plantas diariamente preparadas para consumo popular e pesquisas. É importante lembrar que a planta moída ou triturada libera mais rápido seus princípios ativos. Logo, o correto é - em um pequeno intervalo de tempo - fazer o devido uso da mesma.

Outro cuidado importante é quanto à proporção planta/solvente. Em laboratório a pesagem da planta é feita através de balança de precisão e a medida do solvente, através de proveta graduada. Mas, para preparo caseiro, a cultura popular possui um "padrão" de uso considerado de relativa utilidade indicado a seguir:

Quanto à planta - Medida Caseira/Pesagem em Gramas:

- Uma colher das de sopa de planta fresca triturada corresponde a 8/10 gramas.
- Uma colher das de sopa de planta seca triturada corresponde a 3/5 gramas.

As variações em gramas são devido às diferentes partes da planta a serem pesadas: folhas, flores, frutos, sementes, entrecasas e raízes que têm densidade variada.

Quanto ao solvente - Medida caseira e Medida em Milímetros:

- Uma colher das de café corresponde a 2ml.
- Uma colher das de sopa corresponde a 15 ml.
- Uma xícara das de café corresponde a 50ml.
- Uma xícara das de café corresponde a 120 ml.

O solvente (parte líquida) que extrairá os princípios ativos pode ser: líquido (como a água), viscoso (como o mel) ou pastoso (como resina).

Conhecendo-se a analogia ou equivalência das medidas caseiras em relação às laboratoriais, parte-se finalmente para a proporção planta/solvente que, de acordo com o tipo de medicamento, tem sua variação própria.

Preparações fitoterápicas mais importantes

São inúmeras as preparações fitoterápicas. A seguir, serão exemplificadas as mais comuns no Amapá:

1. CHÁS

São considerados os fitoterápicos mais tradicionais e os mais usados. Neles, os princípios ativos das plantas - frescas ou secas - são extraídos através da água.

No preparo de chás, em geral, existem algumas normas a serem adotadas para que haja uma completa extração dos princípios ativos e devida eficácia:

- Nunca usar panelas ou utensílios de metal, e sim os de barro, louça, vidro, ágata ou esmaltados;
- Adoçar os chás com açúcar. É preferível tomá-los ao natural, mas no caso de adoçá-los, usar o mel de abelha que também é medicinal (emoliente, odorífico, laxante, suave e depurativo);
- Não se deve guardar chás prontos por mais de vinte e quatro horas, pois eles tendem a fermentar, causando problemas gástricos e intestinais;
- Após o período de tratamento (em geral de dez a quinze dias) é bom variar a espécie medicinal usada por outra de valor terapêutico semelhante, pois a mesma planta depois de um longo tempo de uso pode ter efeito curativo diminuído.

Os chás só produzem efeitos terapêuticos apreciáveis se tomados com regularidade, dosagem correta e em horários certos, observando-se sempre a ação medicinal das plantas utilizadas e o metabolismo orgânico do usuário, conforme exemplificação a seguir:

- No desjejum: chás que agem como depurativos, diuréticos e vermífugos;
- Duas horas antes e duas horas depois das principais refeições: chás que agem como anti-reumáticos, hepatoprotetores, neurotônicos, anti-piréticos e anti-tussígenos;
- Meia hora antes das principais refeições: chás tônicos e antiácidos;
- Após as principais refeições: chás digestivos e antifermentativos;
- Antes de deitar: chás sedativos, calmantes e laxativos.

Quanto à quantidade a ser ingerida diariamente, varia de três colheres de café a um litro, de acordo com a idade.

De acordo com a espécie da planta e parte utilizada, os chás são prepara-

dos de várias maneiras como Tisana, Infusão, Decocção e Maceração, conforme explicações a seguir:

a) *Tisana*: põe-se a água a ferver. Quando estiver fervendo, acrescenta-se as ervas trituradas. Tapa-se o recipiente; se forem ervas frescas deixa-se em fervura por três minutos, se as ervas foram secas deixa-se em fervura por cinco minutos. Retira-se do fogo, deixando em repouso por alguns minutos. Filtra-se, utilizando papel de filtro, algodão ou pano esterilizado e está pronta a tisana, própria para ervas medicinais não odoríficas e até arbustivas.

b) *Infusão*: ferve-se a água na porção certa. Coloca-se as ervas trituradas no recipiente próprio, despejando a água fervendo em cima. Tapar e deixar em repouso por dez minutos. Filtra-se, utilizando papel de filtro, algodão ou pano esterilizado e está pronta a infusão, própria para ervas aromáticas que perdem seus princípios ativos (na maioria voláteis) quando submetidas à fervura. A infusão deve ser tomada logo após a sua preparação, por isso recomenda-se que seja feita em pequenas doses.

c) *Maceração*: põe-se as plantas de molho em água fria. O tempo de maceração vai depender da parte da planta a ser usada: folhas e flores trituradas - de 10 a 12 horas; entrecascas trituradas - de 16 a 18 horas; raízes, frutos e sementes picados - de 22 a 24 horas. Em seguida, filtra-se, utilizando papel de filtro, algodão ou pano esterilizado e está pronta a maceração, que deve ser tomada imediatamente após o preparo. É própria para todos os tipos de plantas medicinais e oferece a vantagem do aproveitamento total dos sais minerais e vitaminas das plantas.

d) *Decocção*: coloca-se as plantas num recipiente próprio despejando-se água fria em cima. A seguir, leva-se ao fogo. O tempo de duração do cozimento varia de acordo com a parte da planta a ser utilizada: entrecascas é de 10 a 15 minutos; raízes, frutos e sementes é de 20 a 30 minutos, dependendo da dureza de cada planta. Tira-se do fogo para que esfrie. Filtra-se, utilizando papel de filtro, algodão ou pano esterilizado e está pronta a decocção, a forma de chá mais comum, própria para plantas cujas partes só liberem seus princípios ativos quando submetidas por um tempo maior ao calor, através da ebulição.

2. XAROPES

É outro exemplo de preparação fitoterápica muito usado pela população amapaense. Os efeitos terapêuticos das plantas que entram em sua composição são peitorais, emolientes, expectorantes. São medicamentos líquidos, viscosos, que se preparam misturando certos decoctos com açúcar e mel, em proporções iguais. O xarope estraga facilmente por causa do açúcar que se transforma em substrato para os germes. Para conservar o xarope, utilizar objetos limpos e secos (vidro, rolha e outros objetos). Colocar o xarope, ainda quente, em vidros esterilizados, enchendo até o topo. Põe-se depois uma rolha bem apertada. É recomendável para a conservação do xarope, já que se fica abrindo o vidro, a adição do benzoato de sódio que é conservante químico, usando meia colher das de chá do pó (benzoato de sódio) para cada xícara das de chá de xarope. Não se use o xarope se no mesmo aparecerem grumos verdes ou brancos (bolor) ou se adquirir mau cheiro.

A posologia ou modo de usar o xarope é, em geral, para adultos: uma colher das de sopa, três vezes ao dia; para crianças de um a cinco anos: uma colher das de chá; e para crianças menores de um ano: uma colher de café, três vezes ao dia.

3. CATAPLASMAS

Os cataplasmas trazem um efeito calmante sobre os inchaços, nevralgias, furúnculos etc. São empregados de vários modos: ervas frescas e ao natural que são aplicadas diretamente à parte dolorida, inchada ou ferida; ervas secas que podem ser frias ou quentes, conforme o caso, usadas para câimbras, nevralgias e dores de ouvido; ervas frescas em forma de pasta que prepara-se pilando as plantas formando uma pasta, coloca-se no local dolorido diretamente ou entre dois panos limpos. Quando não se tem ervas frescas pode-se usar secas, bastando para isso colocar água fervendo em cima, batendo o suficiente até formar uma pasta.

4. COMPRESSAS

Usa-se para este fim, panos limpos e finos. Cozinha-se a planta em dose mais fortes. Filtra-se em pano limpo. Em seguida, mergulha-se o pano fino da compressa na preparação, espreme-se, aplicando em seguida sobre a parte dolorida.

5. GARGAREJOS

Prepara-se um chá por decocção de ervas medicinais próprias para este fim. Filtra-se em pano limpo. Faz-se o gargarejo três a quatro vezes ao dia: a primeira vez pela manhã ao levantar-se e a última vez, à noite ao deitar-se. É usado para pigarro e irritações na garganta.

6. INALAÇÕES

Coloca-se as ervas medicinais em água numa vasilha para ferver; se forem ervas frescas ferve-se três minutos; se forem ervas secas, ferve-se cinco minutos (em concentrações maiores que para uso interno). Após o tempo de fervura, aproveitá-se o vapor aspirando-o através de um funil de papel (a preparação deve ser retirada do fogo e colocada numa tigela). São muito usadas nos casos de sinusite, gripe e asma. Devem ser feitas pela manhã ao levantar-se e à noite ao deitar-se.

7. CLISTERS OU LAVAGENS

Prepara-se um chá por decocção de plantas medicinais. Filtra-se muito bem para que não apresente resíduos e, através de uma ducha própria esterilizada, introduz-se a preparação fitoterápica na vagina, ânus ou uretra, conforme o problema a ser tratado. Recomendamos que tal preparação seja feita sob orientação médica.

8. FOMENTAÇÕES

Utiliza-se óleos ou azeites medicinais como a andiroba para fricções externas, massageando suavemente a área dolorida ou inchada por três a cinco minutos. Pode juntar-se ao azeite, a cânfora e cabacinha picadas. Tal preparação é usada nas inflamações da garganta, distensões e contusões musculares. Pode ser usada duas a três vezes ao dia (principalmente à noite, ao deitar).

9. BANHOS

Muitas plantas medicinais são usadas com bons resultados sob a forma de banhos como os de cabeça, de tronco e de assento. O uso interno de medicamentos acompanhados de banhos apresenta, em muitos casos, um efeito rápido em determinadas doenças. A proporção é de 30 a 40 gramas de plantas para um litro de água. Prepara-se o decocto, filtra-se em pano limpo e está pronto para a utilização. Recomenda-se, de acordo com o problema apresentado, banhos pela manhã ao levantar-se, ou pela noite ao

deitar-se. Os banhos dão bons resultados para gripes e resfriados (de cabeça), problemas uterinos, prisão de ventre, dismenorréias (de tronco) e para hemorróidas, corrimentos pruridos anais e vaginais (de assento).

Fórmulas caseiras

Com a prática e convivência, em meio comunitário num ambiente que apresenta uma grande variedade de espécies medicinais, longe dos programas tradicionais de saúde por falta de acesso e escassos recursos financeiros, há um crescente registro das mais variadas fórmulas medicamentosas caseiras, além das já tradicionais conhecidas. Tais fórmulas são catalogadas utilizando-se os métodos da etnobotânica e a seguir sofrem uma triagem, analisando-se passo a passo a sua elaboração, os possíveis erros de manipulação, já que a comunicação humana, principalmente a oral - a mais usada neste caso - sofre alterações naturais observadas na cadeia de informantes de geração a geração.

Desta grande variedade de preparos caseiros, destacaram-se alguns descritos a seguir, tanto pela frequência que são utilizadas como pelos resultados mais satisfatórios:

1. PREPARAÇÃO CASEIRA FORTIFICANTE PARA EXPELIR SECREÇÕES PULMONARES

- a) *Ingredientes:*
- Mastruz (planta inteira)
 - Leite condensado

b) *Modo de Preparo:*

- Triturar o mastruz (fresco) com uma tesoura limpa. Colocar no liquidificador ou pilão (uma mão bem cheia do triturado com duas colheres de água morna). Bater bem;

- Espremer o sumo, filtrar através de um pano limpo;

- Colocar para cada colher de sumo, duas (2) colheres de leite condensado. Misturar bem. Conservar na geladeira.

c) *Modo de usar:*

- Crianças: dar duas (2) colheres das de café pela manhã, e duas (2) colheres de sopa à noite ao deitar;

- Adultos: dar uma xícara das de café pela manhã, em jejum, e uma (1) colher das de sopa após o almoço e após o jantar.

2. XAROPE DE EUCALÍPTO E JUTAÍ:

a) *Ingredientes:* - 10 gramas de jutaf
- 10 gramas de folhas secas de eucalípto, bem

trituradas

- 10 gramas de carucaá, bem trituradas
- Meio litro de água
- Meio copo de açúcar
- 01 copo e meio de mel
- 03 raminhos de hortelãzinha

b) *Modo de preparo:* - Triturar o jutaf. Colocar na panela de esmalte com meio litro de água. Pôr para ferver durante 15 minutos (fogo brando), tampado;

- Acrescentar, em seguida, bem trituradas, as folhas de eucalípto e as folhas de carucaá. Deixar ferver mais três minutos;

- Filtrar em pano limpo, espremendo bem;

- Voltar para fogo, colocando meio copo de açúcar.

Ferver mais 5 minutos, colocando depois de 3 minutos, três (3) raminhos de hortelãzinha;

- Depois filtrar novamente, espremendo bem. Logo após, acrescentar o mel de abelha. Bater bem, e encher logo os vidros (esterilizados);

- Pôr os rótulos com o nome da preparação e data de fabricação;

- Observar se o xarope não apresenta pequenos pontos esverdeados ou esbranquiçados, ou ainda mau cheiro. Caso isto ocorra, não utilizar mais o remédio. Preparar outro.

c) *Modo de usar:* - Crianças: 01 colher das de sopa, acrescentando na hora duas gotas de limão, três vezes ao dia.

- Adultos: 02 colheres das de sopa, acrescentando três gotas de limão, na hora, três vezes ao dia.

3. CLISTERS OU LAVAGENS VAGINAIS

a) *Indicação:* - Prurido vaginal, infecções vaginais e uterinas.

b) *Ingredientes:* - 10 gramas (uma mão cheia aproximadamente) de barbatimão do cerrado, seco e triturado;

- 10 gramas (uma mão cheia aproximadamente) de verônica do igapó, seco e triturado;
- 10 gramas (uma mão cheia aproximadamente) de caroço de abacate, seco e triturado.

c) Modo de Preparo * À tarde:

- Colocar as plantas em 1 litro e meio de água numa vasilha de esmalte;
 - Levar ao fogo e deixar ferver durante 15 minutos.
- Deixar esfriar.

*** À noite:**

- Filtrar o preparado em pano esterilizado. Encher um copo com o preparado e reservar; em seguida, encher a ducha esterilizada com o restante do preparado;
- Deitar colocando em baixo dos quadris, um travesseiro (proteja com toalha). Introduzir a ducha vaginal delicadamente. Comprimir a ducha para a entrada de líquido de forma suave, evitando assim traumatizar a mucosa interna;
- Aguardar um minuto. Em seguida assentar-se em um bacio para eliminação total do líquido e limpeza do útero (enxugar-se com toalha esterilizada);
- Finalmente, tomar o preparado (reservado anteriormente no copo);
- Fazer o clister em dias alternados;
- Suspender durante a menstruação, recomeçando logo após;
- Não usar em hipótese alguma em casos de gravidez.

4. TRATAMENTO PARA SINUSITE

- a) Ingredientes:**
- Eucálpto: folhas
 - Buchinha: sementes

b) Modo de Preparo e Uso (antes de deitar):

- Triturar cinco (5) folhas de eucálpto (com tesoura). Colocar em um (1) litro de água. Deixar ferver por três (3) minutos. Acrescentar em seguida 1/4 (um quarto) da semente de buchinha. Retirar do fogo e, de imediato, pôr numa tigela para inalar os vapores através de

um (1) litro de papel, até esfriar;

- Não usar comidas ou bebidas quentes ou geladas.

5. TRATAMENTO PARA PROBLEMAS DE PELE E/OU COURO CABELUDO

a) *Indicações:* - Pequenas erupções cutâneas e do couro cabeludo, ferimentos e pruridos provocados por picada de insetos, frieiras, etc.

b) *Ingredientes:* - Soapex (sabonete): usar conforme a indicação da bula;
- Permanganato de potássio: diluir uma pitada de permanganato e uma pitada de sal num litro de água fervida, fria. Assear a área afetada, após o uso do Soapex, antes de deitar, diariamente;

- Barbatimão: colocar um (1) pacote de barbatimão num litro de água. Deixar ferver por 15 minutos. Deixar esfriar e filtrar em pano limpo. Assear a área afetada após o uso do permanganato, antes de deitar, diariamente;

- Vitamina A: um (1) vidro: tomar conforme indicação da bula.

c) *Observações:* - Não comer nada “remoso”, ovo e carne de galinha.

6. COMO PREPARAR BANHOS AROMÁTICOS

a) *Indicações:* - Gripes, resfriados, bronquites, dores de cabeça, febres, etc.

b) *Ingredientes:* - 10 folhas secas trituradas de eucáipto
- 10 folhas frescas trituradas de limoeiro ou laranjeira
- 02 folhas trituradas de vindicá
- 01 ramo de manjeriçã
- 01 ramo de esturaque
- 01 ramo de japana
- 01 ramo de alfavaca

c) *Modo de Preparo* * À noite:

- Triturar com tesoura limpa todas as plantas utilizadas;
- Colocar o material triturado em dois litros de água, numa vasilha de preferência esmaltada;

- Pôr no fogo. Deixar ferver durante três minutos

(tampado);

- Logo em seguida colocar o recipiente com o material destampado no local de dormir do paciente (longe do acesso de crianças, para evitar acidentes de queimaduras).

* Pela manhã:

- Filtrar o preparado em pano limpo espremendo bem o sumo das plantas;

- Banhar o paciente massageando a cabeça, peito e costas, fazendo com que o mesmo inale profundamente o preparado (o banho não deve ultrapassar cinco minutos);

- Enxugar bem o paciente. Fazer fomentação com uma mistura de Vick e álcool no peito, costas e planta dos pés;

- Resguardar as partes fomentadas (com camiseta e meias) pelo menos dez minutos;

- À tardinha fazer um a sseio com uma toalha limpa e macia, umedecida em uma mistura de água e álcool na proporção de um litro de água para duas colheres de álcool, se persistir a febre;

- Quando o paciente for dormir, massagear suavemente a garganta com uma mistura de óleo de andiroba (100 ml.), duas cânforas picadas durante cinco minutos em temperatura ambiente, se apresentar inflamação na garganta.

7. REMÉDIO PARA ASMA

a) *Ingredientes:* - 05 limões grandes

- 01 ovo inteiro

- 01 copo de conhaque branco

- Mel de abelha (o suficiente para adoçar)

b) *Modo de Preparar:* - Espremer os limões, colocar em uma vasilha de vidro e colocar o ovo com casca e tudo. Deixar em repouso durante três (3) dias. Após os três dias bater no liquidificador o ovo, o suco dos limões, o copo de conhaque e adoçar com mel de abelha. Coar em um pano bem limpo e conservar o xarope na geladeira.

c) *Modo de Usar:*- Crianças: 01 colher das de sopa, três vezes ao dia;

Adultos: 01 cálice, três vezes ao dia.

8. UNGÜENTOS PARA MASSAGENS EXTERNAS

a) *Indicações:* - Reumatismo, artrite, torceduras, dores musculares.

b) *Ingredientes:*

- 3 xícaras de óleo de côco
- 1 xícara de alho triturado
- 1 xícara de gengibre triturado
- 1 xícara de pimenta malagueta (ou outro tipo de pimenta) amassada.

c) *Modo de Preparo:* - Aquecer o óleo de côco. Depois acrescentar o alho, o gengibre e a pimenta malagueta. Deixar a mistura no fogo baixo por 5 a 10 minutos, em seguida retirar do fogo para esfriar.

d) *Modo de Usar:* - Fazer aplicações externas no local dolorido com massagens.

9. INFUSÃO DE ALECRIM:

a) *Indicações:* - Irritações dos olhos, conjuntivites.

b) *Ingredientes:*

- Um (1) punhado de folhas frescas de alecrim (ou camomila, erva de Santa Luzia, jasmim) trituradas;
- Um (1) copo de água.

c) *Modo de Preparo:* - Colocar o triturado num copo. Despejar por cima um copo de água fervente. Tampar e deixar em repouso por aproximadamente 15 minutos. Filtrar em pano esterilizado e deixar esfriar.

d) *Modo de Usar:* - Colocar 2 ou 3 gotas em cada olho de 3 em 3 horas.

10. XAROPE DE TAMARINDO, GENGIBRE E LIMÃO

a) *Indicações:* - Tosse, expectorante.

b) *Ingredientes:*

- 3 punhados de folhas de tamarindo, trituradas
- 1 pedaço de gengibre (o rizoma) de mais ou menos 10 cm., cortados em rodelas finas;
- 2 copos de água;

- 1 copo de açúcar mascavo (ou açúcar grosso).

c) *Modo de Preparo:* - Colocar as folhas de tamarindo no fundo de uma panela (de barro ou esmalte). Em seguida, cobrir com as rodela de gengibre.

- Acrescentar os dois (2) copos de água. Ferver tudo por 30 minutos ou até que fique somente um copo de líquido;

- Filtrar em um pano esterilizado. Acrescentar ao copo o líquido filtrado, meio copo de açúcar;

- Ferver o líquido misturado com o açúcar até um xarope grosso;

- Deixar esfriar e acrescentar o suco de 1 a 3 limões e acondicionar em recipiente conforme as instruções já mencionadas.

d) *Modo de Usar:* - Crianças: 01 colher de chá, de 4 em 4 horas

- Adultos: 01 colher das de sobremesa, de 4 em 4 horas.

Os riscos de toxidez das plantas

O uso indevido de plantas medicinais pode provocar acidentes de toxidez leves, graves e até letais. É importante observar-se, porém, que nem sempre uma planta é totalmente tóxica, ocorrendo geralmente toxidez por uso inadequado de plantas, já que estas mesmas plantas, se utilizadas adequadamente, podem trazer grandes benefícios terapêuticos ao organismo humano em desequilíbrio orgânico. Em contrapartida, a utilização de plantas medicinais inadequadamente pode provocar sérios acidentes de toxidez. Assim, o conhecimento e a manipulação correta das drogas vegetais têm parâmetros a serem seguidos para evitar resultados desagradáveis.

O princípio tóxico pode ocorrer em todas as partes da planta; ou concentra-se em um órgão, principalmente na semente. O látex de certas plantas e os ráfides (cristais aciculares de oxalato de cálcio) agem provocando irritação da mucosa da pele e o mesmo acontecendo com os pêlos urticantes. Há, ainda, plantas responsáveis por acidentes alérgicos, provocando asma, bronquite, rinite, urticária e dermatite. A intoxicação aguda por planta costuma manifestar-se por distúrbios digestivos, como

náusea, vômitos, cólica abdominal e diarreia. Neste particular, destaca-se a intoxicação por mamona, na qual os vômitos e as evacuações sangüinolentas são tão violentas que podem conduzir a um quadro de desidratação grave. Durante a evolução da intoxicação pode haver insuficiência renal aguda, devido à ação lesiva do componente tóxico sobre os rins. Distúrbios cardiovasculares como taquicardia, alterações do ritmo cardíaco, pulso irregular, além de queda da pressão arterial, seguida de colapso cardiovascular, podem ocorrer em intoxicações por plantas.

Convém esclarecer ainda que as crianças, as maiores vítimas desse tipo de intoxicação, devem ser educadas no sentido de apreciar as plantas sem tocar, nem mastigar ou ingerir qualquer uma de suas partes, que podem ser tóxicas ou causar irritação muitas vezes grave. Essas plantas, quando cultivadas em casa, devem ser mantidas fora do alcance de crianças menores; ou melhor, deve-se, neste caso, fazer uma seleção das plantas, a fim de evitar acidentes tóxicos.

A pessoa intoxicada, depois de certo tempo, costuma apresentar distúrbios gastrointestinais como vômito, cólica abdominal e diarreia. Uma vez constatado que a intoxicação foi devida à ingestão de planta, sem perda de tempo tomar as seguintes providências:

- Como primeiro socorro, se possível fazer a pessoa vomitar, quando o vômito não for espontâneo. Para isso, a pessoa deve tomar bastante água e depois introduzir o dedo na sua "garganta". A ingestão de água morna ou ligeiramente salgada também são medidas provocadoras de vômito;
- Evitar a aspiração do material vomitado pelo paciente;
- Dar água, aos goles e com frequência, para evitar desidratação quando o vômito e a diarreia persistirem. Isto costuma acontecer na intoxicação por mamona;
- No caso da intoxicação pela planta "comigo-ninguém-pode", para aliviar a irritação gástrica aconselha-se dar leite. A irritação da boca e da faringe pode ser tratada com anti-inflamatórios locais como Malvona, Garsenyl ou similares. O contato desta planta e o látex da coramina e oficial-de-sala com os olhos provoca intensa irritação que pode ser tratada, lavando bem os olhos com água corrente e aplicando-se compressas de água boricada;
- A irritação da pele determinada pelo látex de muitas plantas pode ser tratada com pomadas a base de corticosteróides, lavando-se previamente a região afetada com água boricada;
- A intoxicação por certas plantas, como mandioca-brava, coramina, arruda, buchinha e mamona, exige cuidados médicos de urgência;

- A pessoa deve ser levada ao Pronto Socorro mais próximo e sempre junto com a planta responsável pela intoxicação. Isto é importante porque é a identificação da planta que vai orientar o tratamento. Este tratamento varia de acordo com o comportamento tóxico mas sempre obedecendo a certas normas gerais como: esvaziamento do estômago que consiste em medidas provocadoras do vômito quando este não for espontâneo e lavagem gástrica com sonda para retirar o que resta dos fragmentos vegetais; inativação do componente tóxico, importante quando se trata de intoxicação por plantas com glicosídeos cianogênicos; tratamento geral, que é comum a todos os tipos de intoxicação, consistindo em: cuidados gerais, tratamento de sustentação; tratamento sintomático. Os cuidados gerais referem-se ao controle da respiração, pulso, pressão arterial, temperatura e diurese.

O tratamento de sustentação faz-se sempre com a correção dos distúrbios hidreletrolítico e calórico, administrando solução glicofisiológica em quantidade suficiente para manter as condições basais e repôr o líquido perdido devido ao vômito, à diarreia e diurese.

Em se tratando de intoxicação por mamona, quando o vômito e a diarreia costumam ser intensos e persistentes, o restabelecimento do balanço hidreletrolítico dever ser feito, como medida de urgência, administrando solução glicofisiológica.

Embora a maioria das pessoas intoxicadas por plantas não apresentam sintomas que exijam internação, há casos de intoxicação grave e até mortal, principalmente em crianças.

O prognóstico da intoxicação por plantas depende de vários fatores como: idade do paciente, sensibilidade pessoal, natureza e dose de planta ingerida e atendimento médico de urgência e especializado.

Hortos medicinais comunitários

A importância que as plantas exercem na vida humana está presente através dos vários papéis que elas desempenham como: alimento, sombra, matéria-prima, ornamento, purificação do ar (reciclagem), lazer, cultivo comercial ou passa tempo; e, principalmente sua ação terapêutica.

Cultivar uma planta significa dispensar-lhe cuidados, zelar por seu desenvolvimento, sua conservação e pelo ambiente onde vive. Para se aproveitar o máximo das qualidades biológicas das plantas, é necessário cultivá-las de modo natural, tentando reproduzir as condições que a própria natureza apresenta, seja no campo, no quintal, no jardim ou dentro da casa.

Durante emergências, é necessário ter uma fonte de plantas medicinais à mão. É aí que um horto comunitário torna-se útil. Baseados nas necessidades da comunidade, decide-se o que plantar. As primeiras plantas devem ser de sua própria região. Mais tarde, pode-se arranjar de outras localidades.

Um horto comunitário também pode ser um centro de pesquisa. Deve estar num local onde as pessoas podem se reunir para trocar idéias e experiências. Aos poucos, todos aprendem as formas de propagar ou cultivar as plantas medicinais. O horto não precisa estar limitado a plantas medicinais. Muitas árvores frutíferas, verduras e legumes de alto valor nutritivo também são medicinais - por serem preventivas. Elas devem ser incluídas no horto.

Nas reuniões comunitárias, é bom trocar experiências e informações. Como várias famílias têm três hortos no fundo do quintal, todos têm alguma informação para dar.

Muitas plantas medicinais são silvestres e crescem sozinhas. Enquanto colhe-se plantas, observa-se o local onde a planta cresce melhor: Cresce na sombra ou no sol? O solo é arenoso ou argiloso? A planta cresce melhor em local úmido? Onde, geralmente, encontramos esta planta? Ou só cresce nas florestas?

Vale salientar ainda, o valor econômico do uso das drogas orgânicas, naturais, na farmacopéia, já que muitas vezes é mais vantajoso (economicamente) extrair as substâncias das plantas do que produzi-las sinteticamente. Além disso - e o mais importante - é que tais substâncias naturais são mais saudáveis, de melhor qualidade, menos perigosas, e mais assimiláveis pelo organismo que aquelas de origem química, daí a necessidade de se ampliar bastante as plantações já existentes.

Para se cultivar as plantas é também necessário possuir algumas noções básicas sobre os vegetais (os estágios de seu crescimento - da semente à maturação - incluindo os elementos de propagação e as técnicas de cultivo), a fim de se compreender como elas se desenvolvem e como suas exigências mudam à medida que amadurecem.

A semeadura é um meio barato e seguro de se propagar um grande número de plantas e utilizando um espaço relativamente pequeno. A multiplicação das plantas por meio das sementes acontece através do método de reprodução vegetal sexuada, enquanto que outros meios de propagação são vegetativos e consistem em se remover parte de uma planta madura para formar uma nova.

Quando a planta se origina da semente, antes de plantar, precisa-se quebrar um pouco as sementes de casca dura. Para fazer isto, esfrega-se as sementes na lixa ou corta-se uma pontinha. Não devemos esfregar com muita força pois a semente pode ficar danificada. Outras plantas precisam ser amolecidas. Para isso, derramamos sobre elas água quente e deixamos as sementes de molho durante 12 a 24 horas.

A maioria das plantas pode ser plantada diretamente no solo. Outras, como as verduras, primeiro devem ser plantadas em copinhos de plástico, vasos ou caixas para produzir as mudas. Isto protege as plantas novas dos insetos e pássaros. Quando estão suficientemente fortes, podem ser transplantadas. Não devem ser plantadas perto demais uma da outra.

No caso de plantas sem sementes ou de difícil germinação, pode-se usar outros métodos vegetativos de propagação através de:

- *Esporos*: As Pteridophytas (samambaias, avencas) não produzem flores nem sementes, mas desenvolvem esporos sob as folhas. Germinam em solo úmido e às vezes na água.

- *Mudas de Hastes*: Pedços de hastes, talos, caules podem ser cortados e induzidos a produzir raízes. Plantas assim originadas serão idênticas à planta-mãe. Existem vários tipos dessas mudas que são feitas em épocas diferentes durante a fase de crescimento.

- *Bulbos*: São caules modificados providos de escamas que se recobrem umas a outras parcial ou totalmente. Propagam-se de forma natural por divisão e alguns produzem bulbilho nas axilas das folhas ao longo do caule. As escamas nos bulbos escamosos podem ser destacadas ou plantadas (exemplo: cebola).

- *Tubérculos*: São caules subterrâneos dilatados que possuem botões e podem ser cortados em pedços e introduzidos a formar raízes (exemplo: batata, alho).

- *Rizomas*: São caules que crescem no sentido horizontal, sobre ou logo abaixo da superfície do solo, podendo ser divididos e replantados.

- *Estolões*: São brotamentos laterais emitidos do centro da planta como meio natural da propagação. Têm geralmente um botão capaz de emitir raízes e crescer individualmente. Um estolão produz muitas plantas ao longo de seu crescimento.

- *Plântulas*: Algumas plantas produzem miniaturas de si mesmas ao longo de suas folhas ou de suas nervuras em caso de folhas largas.

- *Divisão*: Plantas que formam touceiras com muitas brotações e raízes. Podem ser divididas em cada pedço replantado para formar uma nova

planta;

- *Mergulhia*: Hastes são induzidas a formar raízes enquanto ainda atadas à planta-mãe. Estas hastes podem ser enterradas no solo, ou, quando não são flexíveis, a reprodução é feita expondo-as ao ar livre (alporquia) através de um corte parcial em sua casca.

- *Mudas de Raízes*: Algumas plantas têm raízes capazes de desenvolver folhas e broto quando cortadas em comprimento conveniente, guardadas e transplantadas após o desenvolvimento das brotações e das raízes.

- *Raízes Tuberosas*: Diferentes dos tubérculos, essas raízes não possuem botões. Elas podem ser divididas, mas cada pedaço precisa de uma gema da parte central da planta para se propagar.

- *Enxertia*: A produção é feita com uma gema ou pedaço de haste ou galho. Uma planta selecionada, de bom florescimento ou frutificação, é enxertada num caule de outra planta da mesma espécie, que tem um bom sistema radicular ou vigor e resistência. As duas plantas são induzidas a crescerem juntas de modo a formar uma planta sadia e com as características desejadas.

Através da semente (reprodução sexuada) e métodos vegetativos (reprodução assexuada) pode-se realizar a propagação de plantas para obtenção de mudas que irão compor os hortos medicinais. A vantagem da propagação vegetativa consiste em ser uma reprodução onde a planta nova possua idêntica característica da planta-mãe. Através da semente, o que ocorre normalmente é uma variação genética, ou seja, o princípio envolvido é a capacidade de regeneração de algumas células das plantas.

Uma prática vantajosa na construção de Hortos Medicinais é a consorciação de plantas, que é o oposto à monocultura (que consiste em se cultivar uma única espécie em uma grande área). Na consorciação costuma-se intercalar duas ou mais variedades vegetais para melhor aproveitamento do espaço de plantio, além de preservar e aumentar a fertilidade do solo, desde que seja bem planejada e praticada dentro de princípios agrícolas saudáveis.

Quando se associa plantas diferentes num mesmo espaço torna-se necessário, antes de mais nada, selecionar espécies que se completam. Para isso, as necessidades (água, ar, luz e nutrientes) de uma planta devem ser diferentes de outra espécie cultivada ao lado. Isso acarreta um uso mais racional do solo, embora mais intensivo. Com esse processo a terra ficará mais protegida pelas folhagens das plantas associadas que dividirão o

espaço aéreo entre si, evitando ainda a insolação direta e, conseqüentemente, estimulando a proliferação e atividade intensa dos microorganismos do solo, responsáveis pela fertilidade. Além disso, com maior ocupação do solo pelas plantas, as ervas daninhas não terão espaço para se desenvolver.

Deve-se evitar o cultivo de espécies concorrentes, associando-se plantas com raízes superficiais, tolerantes à sombra, que crescerão bem entre filas de espécies altas com raízes profundas. As primeiras retiram nutrientes somente da camada superior do solo e se beneficiam da sombra das outras. Com essa associação, essas espécies exploram a terra em camadas diferentes não sendo portanto concorrentes.

Plantas medicinais mais utilizadas no Amapá

A seguir será dada uma pequena amostra, para conhecimento e exemplificação de Plantas Medicinais usadas no Estado do Amapá e que fazem parte do acervo e cadastro do Museu de Plantas Medicinais Waldemiro de Oliveira Gomes:

Alecrim

Nome Científico: Rosmarinus officinalis L.

Família: Labiatae

Parte Usada: hastes, folhas e flores

Valor Terapêutico: Externamente entra na composição de banhos aromáticos de cabeça para o combate de resfriados, gripes ou bronquites. Internamente, sob a forma de chás por infusão, tem ação tônica, excitante e digestiva.

Alecrim d'Angola

Nome Científico: Vitex agnus-castus L.

Família: Verbenaceae

Parte Usada: hastes, folhas e flores

Valor Terapêutico: Externamente entra na composição de banhos aromáticos de cabeça. Internamente, sob a forma de chás por infusão para o tratamento de resfriados, gripes e bronquites.

Alface

Nome Científico: Lactuca sativa L.

Família: Compositae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente sob a forma de chás por decocção no tratamento da insônia.

Alfavaca

Nome Científico: Ocimum gratissimum L.

Família: Labiatae

Parte Usada: hastes, folhas e flores

Valor Terapêutico: Externamente entra na composição de banhos aromáticos de cabeça para o tratamento de resfriados, gripes e bronquites. Internamente o chá por infusão tem ação diurética e estimulante.

Alfazema

Nome Científico: Lavandula officinalis L.

Família: Labiatae

Parte Usada: sumidades florais

Valor Terapêutico: Externamente entra na composição de banhos aromáticos de cabeça no tratamento de resfriados, gripes e bronquites. Internamente sob a forma de chás por infusão no tratamento de cólicas intestinais infantís, espasmos e neurose gástrica.

Algodão

Nome Científico: Gossipium herbaceum L.

Família: Malvaceae

Parte Usada: folhas e flores

Valor Terapêutico: Internamente o chá de folhas por decocção no tratamento de distúrbios circulatórios e o chá por decocção das flores entra na composição de xaropes no tratamento de tosses com secreção catarral.

Alho

Nome Científico: Allium sativum L.

Família: Liliaceae

Parte Usada: bulbo

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão ou por maceração no tratamento de verminose, gripes, hipertensão, insônia e equilíbrio de colesterol.

Amapá

Nome Científico: Parahancornia amapa (Hub.) Ducke

Família: Apocynaceae

Parte Usada: látex

Valor Terapêutico: Externamente é usado em golpes e feridas, como cicatrizante e nas contusões na forma de emplastos como resolutivo. Internamente é indicado no tratamento de asma, bronquites e debilidade física, ingerindo-se uma colher de chá misturado em partes iguais ao mel de abelha, de 3 em 3 horas.

Amor crescido

Nome Científico: Portulaca pilosa L.

Família: Portulacaceae

Parte Usada: raízes, hastes e folhas

Valor Terapêutico: Externamente o sumo fresco juntamente com o sumo fresco de Japana (Eupatorium triplinerve) e a mucilagem da Babosa (Aloe succotrina Lam.) são utilizados em massagens no couro cabeludo como tônico capilar. Internamente o chá por decocção é emenagogo, diurético e reparador de células hepáticas.

Anador

Nome Científico: Plectranthus barbatus Andr.

Família: Labiatae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão no tratamento de dores em geral.

Anauerá

Nome Científico: Lycania macrophylla Benth.

Família: Chrysobalanaceae

Parte Usada: entrecasca do caule

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção no tratamento de amebíase e hemorróidas.

Andiroba

Nome Científico: Carapa guianensis Aubl.

Família: Meliaceae

Parte Usada: entrecasca do caule, óleo da semente.

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção ou maceração das entrecascas do caule é febrífugo e antelmíntico. Externamente o óleo extraído das sementes puro ou misturado com outros produtos vegetais é utilizado em massagens no tratamento de contusões, estados doloridos, reumatismos, afecções da garganta.

Arruda

Nome Científico: Ruta graveolens L.

Família: Rutaceae

Parte Usada: hastes e folhas

Valor Terapêutico: Externamente sob a forma de banhos de cabeça para o tratamento de gripes, resfriados, bronquites e asma. Internamente o chá por infusão no tratamento de dismenorréias e amenorréias.

Artemísia

Nome Científico: Artemisia vulgaris L.

Família: Compositae

Parte Usada: flores

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão no tratamento da dismenorréia.

Avenca

Nome Científico: Adiantum capillus-veneris L.

Família: Polypodiaceae (Pteridophyta)

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Externamente o chá por decocção é empregado em fricções diárias no couro cabeludo como tônico capilar e no combate à seborréia. Internamente o chá por decocção entra na composição de xaropes no tratamento da tosse, catarro, rouquidão e bronquite; o chá por decocção é laxante, suave, digestivo e carminativo.

Babosa

Nome Científico: Aloe succotrina Lam. e A. vera L.

Família: Liliaceae

Parte Usada: mucilagem das folhas

Valor Terapêutico: Externamente acrescenta-se a mucilagem ao sumo fresco obtido do Amor-crescido (Portulaca pilosa L.) e da Japana (Eupatorium triplinerve Vahl.) é utilizado em massagens no couro cabeludo

como tônico capilar.

Barbatimão

Nome Científico: Ouratea hexasperma (St. Hil.) Bail.

Família: Ochnaceae

Parte Usada: entrecasca do caule

Valor Terapêutico: Externamente o chá por decocção usado em asseio, lavagens ou clisters vaginais, tem ação adstringente, cicatrizante, anti-inflamatória. Internamente o chá por decocção ou maceração é anti-diarréico.

Beldroega

Nome Científico: Portulaca oleracea L.

Família: Portulacaceae

Parte Usada: toda a planta

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão é diurético.

Boldo-do-Pará (Fig. 1)

Nome Científico: Vernonia condensata Baker

Família: Compositae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção no tratamento de afecções do fígado e estômago.

Cabacinha

Nome Científico: Luffa operculata Cogn.

Família: Cucurbitaceae

Parte Usada: fruto

Valor Terapêutico: Externamente o chá por decocção entra juntamente com as folhas do Eucálio (Eucalyptus citriodora Hook.) em inalações, no tratamento da sinusite.

Caapitiú

Nome Científico: Siparuna guianensis Aubl.

Família: Monimiaceae

Parte Usada: toda a planta

Valor Terapêutico: Externamente, o unguento é secativo e calmante. Internamente o chá por infusão é anti-febril, carminativo, diurético,

vasodilatador.

Camapu

Nome Científico: Physalis angulata L.

Família: Solanaceae

Parte Usada: raiz, seiva e folhas

Valor Terapêutico: Externamente o uso da seiva no ouvido no combate às dores da otite. Internamente o chá por decocção da raiz e folhas no tratamento das cistites e na icterícia, é diurético.

Canafistula (Canarana)

Nome Científico: Costus spicatus Rosc.

Família: Zingiberaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá de folhas por decocção é diurético, combate problemas renais e nefrites.

Canela (Fig. 7)

Nome Científico: Cinnamomum zeylanicum Breyn.

Família: Lauraceae

Parte Usada: folhas e cascas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção de folhas e cascas é estimulante, carminativo e eleva a pressão sanguínea.

Capim-marinho

Nome Científico: Cymbopogon citratus (DC.) Stapf.

Família: Gramineae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão é calmante e estomáquico.

Carapanaúba

Nome Científico: Aspidosperma nitidum Benth. e A. desmanthum Benth.

Família: Apocynaceae

Parte Usada: entrecasca do caule

Valor Terapêutico: Internamente, o chá por maceração no tratamento de bronquite e diabetes.

Carmelitana

Nome Científico: Lippia citriodora L.

Família: Verbenaceae

Parte Usada: folhas e sumidades floridas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão é estomáquico e combate a insônia.

Carucaá

Nome Científico: Cordia multispicata Cham.

Família: Boraginaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Externamente as folhas frescas sob a forma de emplastros são usadas em erisipelas e furúnculos. Internamente o chá por decocção entra na composição de xaropes para gripes, resfriados e bronquites.

Casca preciosa

Nome Científico: Aniba canelilla H.B.K.

Família: Lauraceae

Parte Usada: folhas e entrecasca

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção é estomáquico, combate gastrites e úlceras estomacais, estimulante e redutor de albumina.

Catinga-de-Mulata

Nome Científico: Aeolanthus suaveolens G. Don

Família: Labiatae

Parte Usada: folhas, flores e sementes

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção é estimulante, tônico, emenagogo e combate dores artríticas.

Cidreira

Nome Científico: Lippia alba N.E.Br.

Família: Verbenaceae

Parte Usada: folhas e flores

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão é calmante, estomáquico e combate a insônia.

Cipó d'Alho

Nome Científico: Adenocalymna alliaceum Miers.

Família: Bignoniaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Externamente o chá por decocção é usado em banhos de assento para combater vermes, hemorróidas e reumatismo.

Copaíba (diversas) (Fig. 8)

Nome Científico: Copaifera reticulata Ducke e Copaifera spp.

Família: Leguminosae

Parte Usada: óleo extraído do caule

Valor Terapêutico: Externamente embeber algodão no óleo e passar em áreas da pele com tumores, úlceras, urticária. Internamente duas (2) gotas do óleo misturado a uma colher das de sopa de mel de abelha, em jejum, diariamente para inflamações internas, sífilis, bronquites e tosses.

Cravo-de-Defunto (2 espécies)

Nome Científico: Tagetes patula e T. erecta L. (Fig. 2)

Família: Compositae

Parte Usada: flor

Valor Terapêutico: Internamente o chá das flores secas por tisana combate a dismenorréia.

Elixir Paregórico

Nome Científico: Piper callosum Ruiz et Pav.

Família: Piperaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão no combate à dores estomacais e cólicas intestinais.

Eucalipto (3 espécies, sendo a primeira a mais usada)

Nome Científico: Eucalyptus citriodora Hook., E. globulus Labill. e E. alba Reinw.

Família: Myrtaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Externamente o chá das folhas por decocção entra na composição de preparados contra a sinusite, através de inalações. Internamente o chá das folhas por decocção entra na composição de

xaropes no combate a gripes, resfriados e bronquites.

Gengibre

Nome Científico: Zingiber officinalis L.

Família: Zingiberaceae

Parte Usada: rizoma

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão é estomáquico, carminativo e descongestionante.

Hortelã do Maranhão

Nome Científico: Coleus amboinicus Lour.

Família: Labiatae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão entra na composição de xaropes contra gripes e resfriados; ele é estimulante, tônico e digestivo.

Hortelão Pimenta

Nome Científico: Mentha piperita L.

Família: Labiatae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão no combate a problemas hepáticos.

Hortelãzinho

Nome Científico: Mentha pulegium L;

Família: Labiatae

Parte Usada: folhas e hastes

Valor Terapêutico: Internamente o chá por infusão combate cólicas intestinais infantis e entra na composição de xaropes contra resfriados, gripes e bronquites.

Ipeca

Nome Científico: Hibanthus calceolaria (L.) Schulz.

Família: Violaceae

Parte Usada: raízes

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção é emético, adstringente, anti-diarreico e combate a amebíase.

Japana branca ou Japana roxa (formas botânicas)

Nome Científico: Eupatorium triplinerve Vahl.

Família: Compositae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Externamente, o sumo das folhas frescas acrescido do sumo do Amor crescido e a mucilagem da babosa é usado em massagens no couro cabeludo como tônico capilar; o chá das folhas por decocção entra na composição de banhos de cabeça para combater febres, gripes e resfriados. Internamente o sumo das folhas frescas acrescido de cerveja preta (1 xícara do sumo para uma garrafa de cerveja preta), bebendo-se 1 xícara por dia combate a anemia.

Jucá (Fig.3)

Nome Científico: Caesalpinia ferrea Mart. ssp. cearensis Hub.

Família: Leguminosae

Parte Usada: favas secas

Valor Terapêutico: Externamente, as favas secas em infusão no álcool são ótimas como cicatrizante para feridas, cortes, etc. e sob a forma de chás por decocção, para gargarejos em casos de inflamação de garganta, amígdalas, etc.

Jutaí

Nome Científico: Hymenaea courbaril L.

Família: Leguminosae

Parte Usada: entrecasca do caule

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção entra na composição do xarope para tosse e bronquite. É um ótimo tonificante.

Língua-de-Vaca (Fig. 9)

Nome Científico: Elephantopus scaber L;

Família: Compositae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção é usado no combate a males hepáticos e digestivos.

Manjerição de folha malhada e Manjerição de folha miúda

Nome Científico: Ocimum minimum L;

Família: Labiatae

Parte Usada: folhas e sumidades florais

Valor Terapêutico: Externamente, entra na compsição de banhos de cabeça no combate à febre, gripes e resfriados. Internamente o chá por infusão é estimulante, sudorífero, anti-espasmódico.

Marupazinho

Nome Científico: Eleuthrine plicata Urb.

Família: Iridaceae

Parte Usada: rizoma

Valor Terapêutico: Externamente o chá por decocção em banhos de assento é usado no combate a hemorróidas.

Mastruz

Nome Científico: Chenopodium ambrosioides L.

Família: Chenopodiaceae

Parte Usada: folhas e sumidades florais

Valor Terapêutico: Externamente, o emplastro do sumo auxilia na consolidação de fraturas ósseas. Internamente, o sumo fresco junto com o mel de abelhas ou o leite condensado, em proporções de 1 para 2, é expectorante, vermífugo, tônico e anti-gripal.

Muirapuama

Nome Científico: Ptychopetalum olacoides Benth.

Família: Olacaceae

Parte Usada: raízes

Valor Terapêutico: Externamente, as raízes trituradas misturadas ao álcool são usadas em massagens para o tratamento de debilidade muscular. Internamente o chá por decocção é um tônico nervino de primeira ordem, anti-reumático, tônico.

Mururé-Pagé

Nome Científico: Brosimum acutifolium (Hub.) Ducke

Família: Moraceae

Parte Usada: casca

Valor Terapêutico: Internamente, o chá por decocção combate a sfilis e reumatismo.

Pará-Pará (Fig. 4)

Nome Científico: Jacaranda copaia (Aubl.) G. Don.

Família: Bignoniaceae

Parte Usada: entrecasca do caule

Valor Terapêutico: Internamente, o chá por decocção é usado no tratamento de úlceras estomacais.

Pau d'Angola

Nome Científico: Piper arboreum Ruiz et Pav.

Família: Piperaceae

Parte Usada: haste e folhas

Valor Terapêutico: Externamente, entra na composição de banhos de cabeça no tratamento de gripes, resfriados e bronquites.

Pau d'Arco Roxo

Nome Científico: Tabebuia barbata (E. Mey.) Sandw.

Família: Bignoniaceae

Parte Usada: entrecasca do caule

Valor Terapêutico: Internamente, o chá por decocção é anti-anêmico, tônico e auxilia a digestão.

Pirarucu e Pirarucu malhado

Nome Científico: Bryophyllum calicinum Salisb. e Kalanchoe brasiliensis Camb.

Família: Crassulaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Externamente, o cataplasma das folhas aquecidas é utilizado para facilitar a retirada de secreção de tumores pela ação resolútiva.

Sabugueiro (Fig. 5)

Nome Científico: Sambucus nigra L.

Família: Caprifoliaceae

Parte Usada: folhas e flores

Valor Terapêutico: Internamente, o chá por decocção é usado no combate ao sarampo, rubéola e escarlatina. Anti-pirético, combate o ácido úrico.

Sacaca

Nome Científico: Croton cajucara Benth.

Família: Euphorbiaceae

Parte Usada: folhas

Valor Terapêutico: Internamente, o chá por decocção é largamente empregado na cura dos males hepáticos, anti-diarréicos, tratamento de diabete e equilíbrio de colesterol.

Sucuúba (da mata) e Sucuúba (do campo) (Fig. 6)

Nome Científico: Hymatanthus sucuuba (Spruce) Wood. e H. articulata (Vahl.) Wood.

Família: Apocynaceae

Parte Usada: entrecasca do caule e látex

Valor Terapêutico: Externamente, o látex em emplastos é cicatrizante. Internamente o chá das entrecasca por decocção combate gastrites e úlceras.

Unha de Boi

Nome Científico: Bauhinia aff. cheilantha Steud.

Família: Leguminosae

Parte Usada: folhas e hastes

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção é usado no combate à diabete, por ser hipoglicemiante.

Urucu

Nome Científico: Bixa orellana L.

Família: Bixaceae

Parte Usada: sementes

Valor Terapêutico: Internamente o chá por decocção das sementes entra na composição do xarope para bronquite.

Verônica branca (da várzea) e Verônica vermelha (do igapó)

Nome Científico: Dalbergia monetaria L.f. e D; subcymosa Ducke (Fig.10)

Família: Leguminosae

Parte Usada: entrecasca

Valor terapêutico: Externamente entra na composição de lavagens ou clisters para problemas vaginais e uterinos. Internamente o chá por decocção é anti-anêmico e cicatrizante.

Referências bibliográficas

AKAP

1985 *Garrafadas. Plantas Medicinais ou projetos Comunitários*. São Paulo: Edições Paulinas.

Balbach, A.

1976 *As Plantas Curam*. São Paulo: Edições "A Edificação do Lar" (17ª edição).

1986 *A Flora Medicinal na Medicina Doméstica*. São Paulo: Edições "A Edificação do Lar", vol. I e II.

Balmé, F.

1978 *Plantas Medicinais*. São Paulo: Hermes.

Berg, M.E. van den

1982 *Plantas Medicinais na Amazônia. Contribuição ao seu conhecimento sistemático*. Belém: CNPq/PTU/MPEG.

Camargo, L.S.

1981 *As Hortaliças e seu Cultivo*. Campinas: Fundação Cargill.

Coimbra, R.

1958 *Notas de Fitoterapia*. Rio de Janeiro: Laboratório Clínico Silva Araujo S/A (2ª edição).

Conceição, M.

1980 *As Plantas Medicinais do ano 2000*. Brasília: Tao.

Gerbe, V.

1981 *Tu Huerto Biologico*. Barcelona: Edições Sertebi.

Grau, L.A.

1980 *Horticultura Especial*. Barcelona: Editorial Sintes.

Guardia, N.M. de A., P. Salles, M.A. R. de Oliveira e M.E. van den Berg

1988 *Treinamento em Fitoterapia*. Macapá: Publicação Imprensa Oficial do Estado do Amapá.

Herwing, R.

s.d. *Viva o Verde*. São Paulo: HRM Editores Associados Ltda.

Hoehne, F.G.

1978 *Plantas e Substâncias Vegetais Tóxicas e Medicinais*. São Paulo: Departamento de Botânica do Estado (2a. edição).

Ibar, L.

1981 *El Gran Libro de Las Hierbas y Plantas Medicinais*. Barcelona: Editorial de Vecchi.

Jordão, A. A. et al.

1986 *Flora Medicinal na Medicina Caseira*. Porto Velho: s. ed.

LBA-MPAS

1987 *Cartilha de Plantas Medicinais da Região Amazônica*. Manaus: LBA.

Leibold, G.

1978 *O Livro da Medicina Natural*. São Paulo: Editorial Presença.

Mensageiro

1987 *A Cura pela Sabedoria Indígena*, nº 45.

Moreira, F.

1982 *As plantas que curam*. São Paulo: Hemus.

Morgan, R.

1982 *Enciclopédia das Ervas e Plantas Medicinais*. São Paulo: Hemus.

Murayama, S.

1980 *Horticultura*. Campinas: Instituto Campineiro de Ensino Agrícola.

Panizza, S. e S. Restes

1981 *Plantas Tóxicas*. São Paulo: Universidade de São Paulo.

Paracelso,

1976 *As Plantas Mágicas - Botânica e Oculta*. São Paulo: Hemus.

Posey, D..

1986 "Introdução - Etnobiologia: Teoria e Prática". In: B.G. Ribeiro (Coord.), *Suma Etnológica Brasileira*. Vol 1. *Etnobiologia*. Petrópolis: FINEP/Vozes, pp. 15-25.

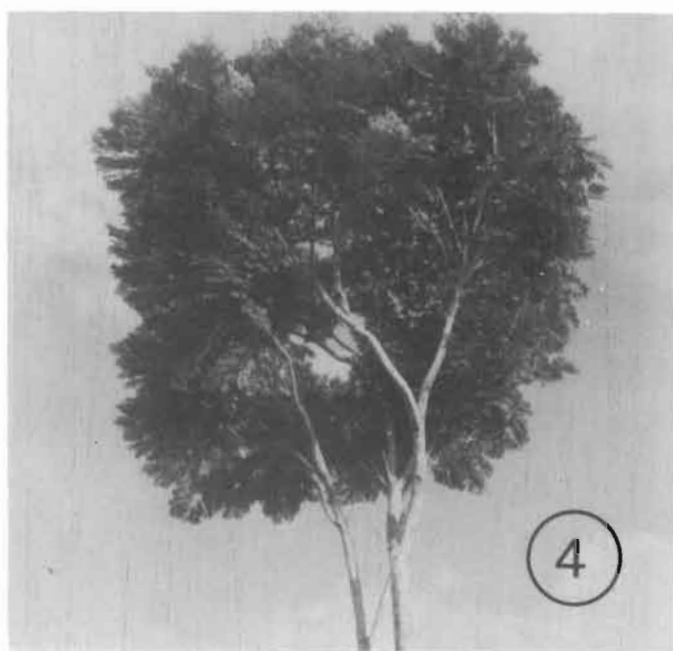
Silva, M.F., P.L.B. Lisboa e R.C.L. Lisboa

1977 *Nomes vulgares de Plantas Amazônicas*. Manaus: CNPq/INPA.

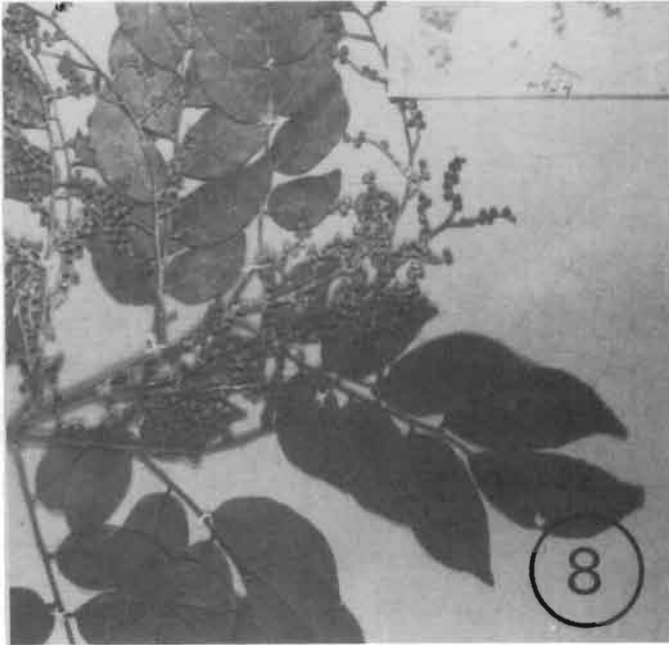
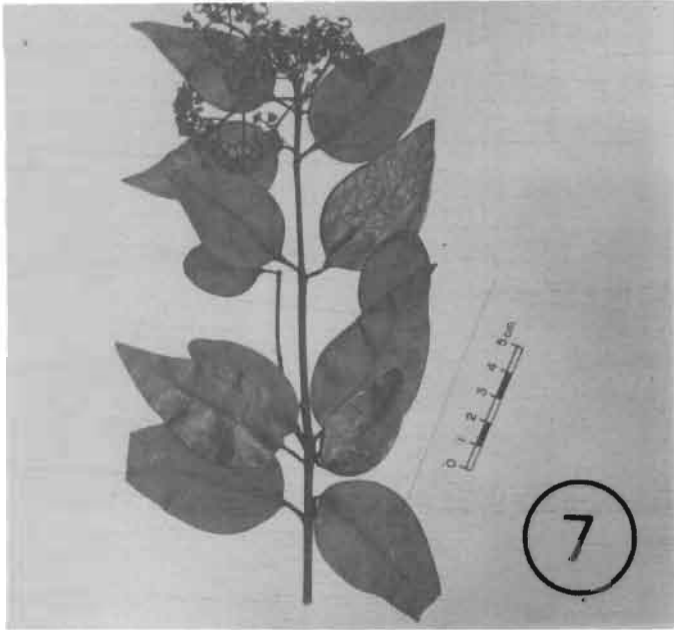
Legendas

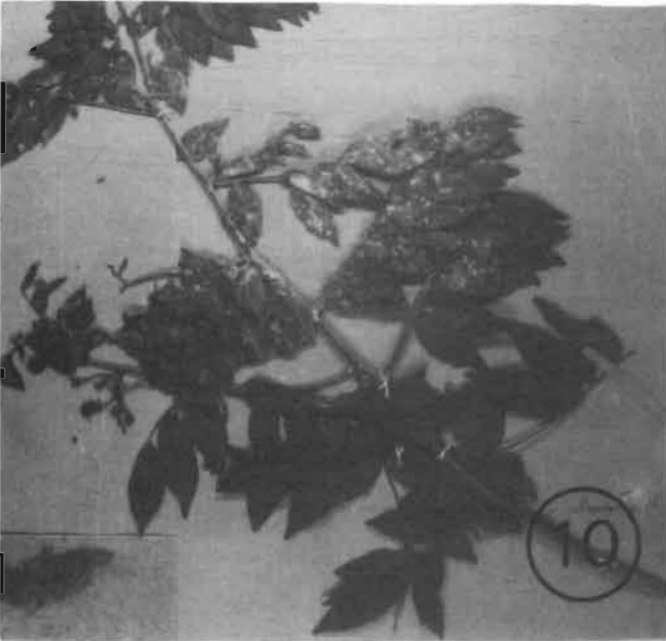
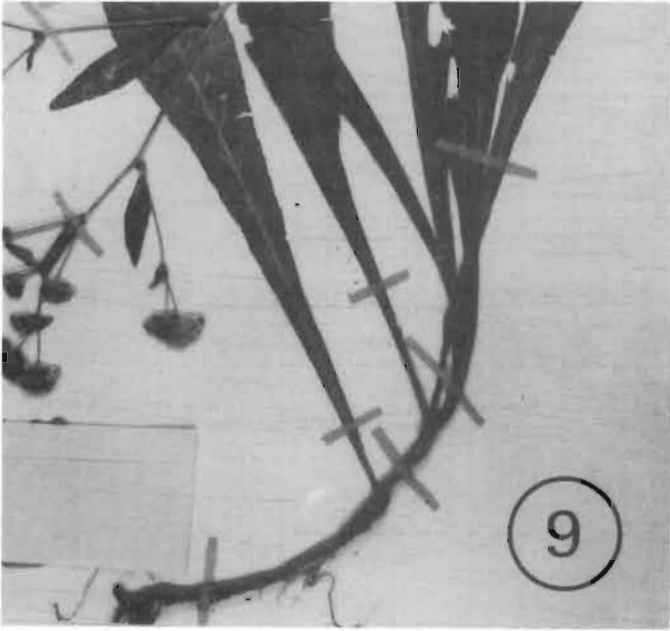
1. Boldo-do-Pará: Yermonia condensata
2. Cravo-de-defunto: Tagetes erecta
3. Jucá: Caesalpinia ferrea ssp. cearensis
4. Pará-pará: Jacaranda copaia
5. Sabugueiro: Sambucus nigra
6. Sucuúba: Hymatanthus sucuuba
7. Canela: Cinnamomum zeylanicum
8. Copasba: Copaifera reticulata
9. Língua-de-vaca: Elephantopus scaber
10. Verónica vermelha (do igapó): Dalbergia subcymosa











MANI PEI RAO: REMÉDIOS DO MATO DOS MARÚBO

Delvair MONTAGNER()*

A finalidade deste artigo é basicamente informar aos botânicos e farmacólogos, como os índios Marúbo, habitantes da Amazônia Ocidental, empregam as ervas medicinais de acordo com suas representações das doenças, que diferem daquelas registradas nos compêndios da medicina ocidental⁽¹⁾. Além disso, pretendemos motivar os demais profissionais da área de saúde a fazerem pesquisas entre os grupos indígenas, quiçá os Marúbo, para quem a doença é de procedência sobrenatural e o tratamento assume um caráter mágico, social e medicinal ao mesmo tempo.

Na concepção Marúbo as doenças são originadas pelos espíritos malevolentes *yochi*) dos seres humanos (alma do morto), dos vegetais, dos animais e dos minerais dentre outros, e que, ao penetrarem no corpo do enfermo, devido à ruptura de regras dietéticas, sociais ou morais, provocam distúrbios psicossomáticos. Quando isto ocorre, a Alma do Coração (*Chinã Natô*) do paciente afasta-se do corpo, manifestando-se a doença por uma série de efeitos sintomáticos. Para reverter este quadro clínico, os Marúbo empregam vários tipos de remédios (*rao*). Eles são administrados por agentes de cura, curadores-cantadores (autodenominam-se rezadores), xamãs e ervalistas/preparadores, que agem de maneiras diversificadas contra as doenças (vide Montagner-Melatti, 1985).

(*) Antropóloga, Pesquisadora do Centro de Produção Cultural e Educativa (CPCE), Universidade de Brasília.

(1) Agradecemos a Dominique Buchillet pelos comentários feitos a uma primeira versão deste trabalho.

Os rezadores (**quēchitxō**) tratam os enfermos recorrendo essencialmente aos cânticos de cura (**srōca**) e soprando sobre o paciente no início e no fim de cada cântico. Este refere-se aos alimentos consumidos, aos elementos e seres da natureza, que provocam determinadas doenças, como por exemplo a coceira causada pelo piolho de cobra. Os rezadores entoam os mesmos cânticos de cura, numa linguagem ritual, sobre potes de ingredientes contendo: mingau de banana, mingau de pimenta, bebida alucinogênica *ayahuasca* (**Banisteriopsis caapi**) que são consumidos pelos doentes; resina cheirosa de almécega, pasta de jenipapo e outros, que serão usados no corpo pelos interessados. Os rezadores também aplicam “injeção de sapo”, cuja substância desidratada é retirada da pele da perereca bacororô (**Phyllomedusa bicolor**) e colocada na epiderme queimada do indivíduo, fazendo-o vomitar; picadas de marimbondos em certas partes dos corpos dos homens para terem sorte nas caçadas e/ou serem bons rezadores (cantadores); urtigadas nos braços dos caçadores e das mulheres para ficarem ágeis nas atividades de caça e de trabalho, etc. Os remédios administrados pelos rezadores têm uma ação curativa e profilática sobre os pacientes.

Os Marúbo possuem outros meios para se prevenirem das doenças, que são executados por qualquer homem adulto, todavia, de preferência pelos rezadores. Alguns desses recursos são: benzimentos do interior da maloca com um tição de fogo para evitar o aparecimento de cobras; defumação/purificação com a resina almécega dos compartimentos familiares para afastar da proximidade das crianças pequenas as almas malignas de parentes mortos (**Nocã Yochĩ/Yorã Yochĩ**; uso coletivo de tomozeleiras para evitar picadas de cobras; ostentação de adornos corporais (colares de garras de gavião, pulseiras de couro de calango, etc.) por caçadores para tornarem-se habilidosos, abaterem certas espécies de animais e adquirirem qualidades masculinas (ser bom caçador, por exemplo).

Os xamãs (**romeyá**), que representam uma outra categoria de agentes de cura, atuam somente em estado de transe, quando entre outros atos, curam os doentes. Estes são massageados e soprados nos locais afetados; bebem goles de *ayahuasca*, previamente encantada através de palavras proferidas sobre ela pelos espíritos benignos (**yobê**) rezadores, que incorporam no pajé durante o ritual xamanístico.

Por fim, os ervalistas são homens adultos que, aproveitando as idas à floresta, coletam plantas medicinais silvestres que chamam de Remédios do

Mato (Mani Pei Rao), apesar da tradução literal significar “Remédio de Folha de Bananeira”. Os especialistas em ervas não recebem um treinamento sistemático sobre o conhecimento das plantas usadas, como entre os Kaxináwa do Peru (Kensinger, 1974:285), que pertencem à família lingüística Pano, como os Marúbo. Eles costumam mencionar alguns homens mais velhos, que se destacam como entendidos em plantas medicinais. Os ervalistas entregam-nas às mulheres, que preparam e administram os remédios para alguém da sua família que esteja necessitando. Estas atividades são peculiares às mulheres, sendo que também podem ser ervalistas, situação semelhante não acontece com os homens. Os Remédios do Mato possuem um caráter mais curativo do que preventivo.

Tipologia dos Remédios do Mato

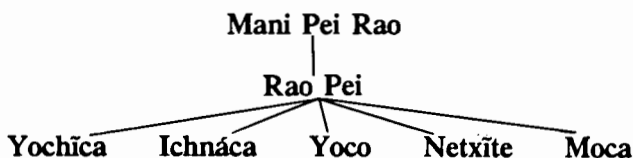
A quantidade de plantas que os Marúbo identificam como medicinais é significativa. No ano de 1978 tentamos um estudo sistemático sobre as plantas medicinais. Certa vez, fomos à floresta com um ervalista para coletá-las e, posteriormente, um informante bilíngüe traduziu os nomes dos remédios, explicando a maneira de prepará-los, suas posologias e finalidades terapêuticas. Numa outra ocasião, aproveitamos o nosso deslocamento entre as malocas, e os guias foram apontando as folhas medicinais. Numa viagem seguinte, mais distante, duas mulheres agiram da mesma forma para conosco, mas os resultados não foram muito favoráveis, pois nem os informantes e nem nós sabíamos identificar as espécies botânicas a nossa frente. Diante disto, passamos a obter os dados sobre os remédios medicinais, informalmente, quando os víamos chegando à maloca ou sendo aplicados.

Os Remédios do Mato são empregados de vários modos, sob a forma de: bebida, inalação, vapor, banho, defumação, esfregamento de pastas resinosas, pós e cinzas aplicados em partes do corpo, folha avulsa colocada sobre o local afetado ou suspensa em partes do corpo e cataplasma. A matéria-prima é cozida ou utilizada em seu estado natural. O remédio é usado numa temperatura fria (natural), quente ou tépida, de acordo com o tipo da doença. A posologia varia entre uma a seis vezes, sendo a mais comum três vezes ao dia: de manhã cedo, no início e no fim da tarde. A duração da aplicação do remédio também varia de um a seis dias, havendo casos em que o tempo é indeterminado, estando relacionado com o

restabelecimento do doente e a superação de etapas críticas.

Devido à diversidade da composição do emprego dos remédios é difícil classificá-los adequadamente. Há três categorias de remédios (**Mani Pei Rao, Rao e Pei**) que não as identificamos, devido à forma com que os informantes referiam-se a elas. Presumimos serem termos genéricos, pois não definem as classes dos remédios, mas categorias mais abrangentes. Assim, quando indagados sobre a erva medicinal que estavam usando naquele momento diziam **Mani Pei Rao** (que significa “Remédio do Mato”). Ou, simplesmente, respondiam **Rao** (“Remédio”). Este pode ser preparado com fungos de folhas; seivas de troncos de árvores (raramente); folhas (esporadicamente); raspas de tubérculos, de raízes, de cipós, de córtices de árvores ou de arbustos; sementes; óleos (exceção) ou flores (esporadicamente). Com estas partes das plantas são feitas várias receitas medicinais, todas pertencentes a esta categoria. E, por fim, dizem **Pei** (“Folhas”). Nesta categoria de remédio empregam-se folhas e, usualmente, raspas de tubérculos e de cascas.

A incidência dos remédios identificados como **Rao** e **Pei** é grande, na listagem de seus nomes, na qual não houve preocupação dos informantes em enquadrá-los numa classe mais específica. Em compensação, cinco variedades de remédios contêm particularidades bem definidas, que supomos constituir classes de categorias mais abrangentes. Portanto, agrupamos os Remédios do Mato, da seguinte forma:



No sistema de classificação indígena dos remédios destacam-se as cinco classes do gráfico acima. Elas possuem no receituário médico uma infinidade de nomes particulares de remédios, que atendem às especificidades de cada classe e curam os respectivos males que dela fazem parte. Assim, cada classe de remédio trata de determinadas doenças, com preparados especiais, confeccionados com diferentes partes das plantas medicinais que compõem o repertório das classes. Esta junção resulta no surgimento do:

Yochíca Rao (aca: verbo; yochĩ: “espírito malevolente”): remédio feito com folhas desta classe;

Ichnáca Rao (ichná: “ruim”): remédio preparado com folhas desta classe, de uma espécie botânica particular e/ou misturado com folhas de espécies diferentes e pertencentes às outras classes;

Yoto (desintéria): remédio preparado com folhas e, eventualmente, com raspas de córteces desta classe;

Netxíte Rao (“andar”): remédio feito com folhas e, mais raramente, com raspas de córteces (e cinzas) desta classe;

Moca (“amargo”): remédio preparado com raspas de córteces, mas, às vezes aproveitam-se as folhas e as cascas de tubérculos desta classe.

Este modo de classificar os Remédios do Mato não se parece com o dos Kaxináwa peruanos. Kensinger (1974:284) os diferencia em remédios doces e amargos, sendo os primeiros administrados pelos ervalistas e, os segundos, pelos xamãs que os obtêm através de contatos com os espíritos. Os Marúbo apenas mencionam as classes dos Remédios Amargos (**Moca**) e dos Remédios Ruins (**Ichnáca**). Pode ser que considerem as demais classes como doces ou neutras, não necessitando explicitar isso por estarem implícitas. Nota-se, porém, que quase sempre há relação entre os ingredientes doces que provocam doenças e o tratamento com a classe dos Remédios Amargos, como no caso de febres, magrezas, etc. Os Marúbo comentam que as substâncias alimentícias doces, ao se diluírem no organismo do enfermo, enfraquecem a potência da medicação, não surtindo efeito. Apesar das substâncias doces estarem proibidas também para as demais classes de remédios de ervas, pouca associação existe entre os alimentos azedos/amargos com o emprego dos remédios da classe dos **Moca**.

Registramos dois mitos que fazem referências ao Remédio Amargo. O mito **Moca Yábo** (“Dono do Remédio Amargo”) explica como preparar a medicação, enfatizando as finalidades e as qualidades terapêuticas, comparando-a “à vitamina que melhora a pessoa”. O Mito da Criação (**Wenía**) faz uma rápida menção sobre a utilização do Remédio Amargo e do Remédio de Desintéria. Estes foram ensinados a alguns grupos de descendência matrilinear Marúbo, quando saíam dos buracos míticos e iam percorrendo as margens de um longo rio.

Cada tipo de doença pode ser tratado de diversas maneiras, seja com remédios de ervas ou com rituais executados pelos rezadores e xamãs. A utilização dos remédios acontece simultânea ou isoladamente, conforme o caso, com a ajuda do rezador e/ou do xamã. Recorrem em geral ao xamã, em última instância, quando esgotaram-se os recursos terapêuticos com

ervas medicinais, cânticos de cura e ingredientes encantados. Deste modo, apela diretamente às entidades sobrenaturais que o xamã recebe em seu corpo, pois o enfermo é tratado pessoalmente por elas, ou estas ensinam aos rezadores os cânticos de cura adequados à situação. Agem assim, pelo fato do ser vivo (plantas, animais) possuir espírito malevolente que perturba de algum modo o homem. Inúmeras doenças são causadas pela ruptura de regras dietéticas em alguma etapa crítica de sua vida. Por isso, o indivíduo ao comer determinado alimento de origem animal ou vegetal, automaticamente, ingere o espírito maligno deste, vindo a adoecer e, às vezes, a falecer, se não for tratado com os remédios disponíveis para tal fim.

Várias plantas medicinais pertencentes às diferentes classes de remédios podem ser usadas para curar uma doença. Usualmente a nomenclatura do Remédio do Mato tem relação com a causa da doença (ou seus sintomas) e, às vezes também, alguma analogia com ele. Em ambos os casos recebem as suas denominações. Assim, se alguém comeu piau (Batô) e sentir-se indisposto, bebe o Remédio Amargo do Piau (Batô Moca); ou para conservar os dentes sadios usa-se o remédio profilático Patxechti Rao, preparado com as raspas das cascas das raízes da paxiúba, de açaf, do patauá e da pimenteira para que aqueles fiquem resistentes e fortes como essas raízes. Desta forma, pelo nome do remédio, já se sabe qual é o mal que acomete o enfermo ou de que está prevenindo-se. Há Remédios do Mato específicos para caminhar, falar, abortivos, anestésicos, digestivos e outros.

Para um leigo é difícil precisar os critérios que os Marúbo empregam para escolher a classe e o tipo de remédio com que medicam o enfermo, principalmente quando os sintomas e os diagnósticos não são bem evidentes. Além disso, há uma constante manipulação na classificação dos remédios, de acordo com as doenças, as substâncias alimentícias e as variedades botânicas, procurando um efeito eficaz sobre as primeiras. Esta reelaboração das categorias e classes de remédios, de conformidade com os casos clínicos e os momentos particulares dos indivíduos, não permite que estas estejam fixas, mas proporciona sempre a chance destes serem curados.

Um mesmo tipo de doença pode ser tratado com até cinco classes de Remédios do Mato, empregando diferentes partes das plantas e modalidades de aplicação. Para curar o doente vai-se mudando a medicação até acertar aquela que surtir melhor efeito. A mesma técnica é utilizada no

tratamento por meio de cânticos de cura. Esta forma pragmática de tratar as doenças permite uma maior mobilidade de ação dos agentes de cura para atingirem o restabelecimento do paciente. É isto o que interessa e, para tanto, são acionados os vários mecanismos disponíveis na Medicina Marúbo.

O modo mais comum de preparar os Remédios do Mato é empregar somente as folhas (muitas ou poucas) de uma espécie botânica determinada ou misturando com até onze variedades botânicas, inclusive de classes diversas de remédios, como observamos uma vez, para aumentar a “força” da medicação e ter maior ação no paciente. Às vezes, alterando-se a composição da medicação, ela serve para curar um outro tipo de doença. Para isso, acrescenta-se folhas de espécies botânicas diferentes e pertencentes à classes diversas, mas cujas finalidades terapêuticas tenham afinidades: para curar dor de barriga recorre-se às plantas que agem sobre os quadris, vagina, nádegas e/ou que contenham propriedades de leveza, odores fortes, etc. Nos remédios com raspas de cascas também misturam-se até cinco espécies de matérias-primas diversas. Devido talvez a sua composição, os Remédios do Mato são preparados diariamente para não perderem suas propriedades medicinais. Como vimos, os Marúbo possuem muitas formas de explorar e utilizar a sua fitoterapia, multiplicando-a. A noção de multiplicidade é uma característica típica da cultura Marúbo, estando presente em vários outros de seus aspectos: mitologia, cosmologia, espiritualismo, etc.

Associação entre remédios e doenças

Os Remédios do Mato são os preferidos no tratamento das crianças, como demonstra a quantidade de referências que fazem a eles. Na prática, raramente observamos adultos usando este tipo de medicação. Podemos apontar duas razões para esta preferência: em primeiro lugar, porque as crianças são mais vulneráveis às doenças, devido aos genitores que são fontes perenes de contaminação, principalmente, a mãe, por causa da proximidade física com a criança. Em segundo lugar, porque os adultos são mais atingidos por doenças provocadas por feitiçaria, cuja cura efetua-se por meio das ações rituais dos rezadores e/ou dos xamãs, pouco recorrendo-se aos Remédios do Mato.

Os cuidados para que a criança não adquira doenças começam quando ela ainda está no útero materno. A mãe é obrigada a seguir uma dieta rigorosa,

em que vários alimentos lhes são proibidos (quelônios, ovos, etc.) para facilitar o parto e não prejudicar a criança depois do nascimento. Após isto, as restrições alimentares estendem-se também ao pai e aos irmãos para evitar que o nenê adquira doenças, ou os alimentos aumentem a sua intensidade se está enfermo. Quando maior, ele passa a compartilhar das proibições alimentares com a intenção de preservar a saúde, de desenvolver rapidamente as habilidades motoras e não agravar a doença já contraída. Esse compartilhamento é uma representação cultural comum entre grupos indígenas, explicado pelo fato de que a família nuclear pertence ao mesmo grupo de substância corporal, onde o corpo simboliza uma matriz de significados sociais (Seeger et al., 1974).

O regime alimentar envolvendo toda a família dura em geral cerca de doze anos, depois do nascimento de uma criança. Durante este tempo, há constantes períodos de liberação e/ou proibição de certas variedades de alimentos, à medida que a criança vai superando etapas críticas de vida, assim como de determinadas atividades e ações, que possam vir causar um desequilíbrio físico, mental e psicológico à criança. Se, por inadvertência de alguém, isto ocorrer, há infinidade de Remédios do Mato para atender determinadas faixas etárias, principalmente as primeiras, e cujas folhas podem ser novamente empregadas em outras ocasiões, bastando por isso que se modifique a composição do remédio.

As primeiras etapas do desenvolvimento físico da criança são as que exigem maiores resguardos alimentares por parte dos genitores e dela própria, e o constante uso de Remédios do Mato curativos (e/ou profiláticos). É a solidariedade familiar que a ajuda a superar as doenças típicas da infância, surgidas durante o seu crescimento. Tais como: o casal deve comer somente mingau de banana para o recém-nascido não sentir cólicas; a família nuclear não consome caças com cheiro forte, durante meses, para que a criança pequena não tenha tosse; a mãe evita que apareça sapinhos na mucosa bucal do nenê, não tecendo fios de algodão; e assim por diante.

Nos primeiros anos de vida da criança, por ser dependente da mãe, cabe a esta a responsabilidade de sua sobrevivência física, devendo seguir à risca as restrições alimentares temporárias. O mesmo acontece ao pai, mas em menor escala. Este fenômeno não se sucede com os adultos, onde o equilíbrio da manutenção da saúde é de sua inteira responsabilidade: ele obedece ou não às regras dietéticas impostas a sua faixa etária, principalmente quando está passando por um período crítico da vida.

Todavia, no tratamento xamanístico e /ou dos rezadores de qualquer doente, a participação ativa dos membros da coletividade (especialmente de sua maloca) é fundamental para a sua recuperação. Raramente, um adulto recorre aos Remédios do Mato para tratar de um distúrbio fisiológico, preferindo os ritos dos rezadores e/ou dos xamãs. Entretanto, as plantas medicinais podem ser utilizadas pelos adultos em vista de suas virtudes profiláticas, por exemplo, pelo caçador para preservar a habilidade na caça.

Há fases na vida da criança, como quando ela começa a aprender a caminhar (ou falar), em que as restrições alimentares para a mãe são mais flexíveis, pois o risco da criança vir a adoecer é menor. Mesmo assim, a mãe necessita tomar precauções. Antes dela comer carne de caça, que lhe é proibida, ela banha a criança com o remédio preparado com folhas que se destina a combater os efeitos nocivos do animal que vai consumir, de modo a não provocar doenças na criança.

O banho medicinal é uma terapia muito em voga nas malocas. No início da manhã e no fim da tarde é comum encontrar uma mãe banhando o filho, tendo ao lado, a panelinha de remédio. A criança é banhada dos pés à cabeça ou apenas partes do corpo, dependendo da finalidade da medicação, ficando com resíduos de fragmentos de folhas colados a ela. Segundo Araújo (1979:123) a hidroterapia é uma instituição indígena que foi transmitida aos brancos e negros. O banho é um ritual curativo.

Existe uma variedade mais ou menos rica de plantas medicinais, em conformidade com o tipo da doença. Há casos, contudo, em que só existe uma ou três variedades de remédios para curar a criança (ou o adulto) que comeu um alimento que lhe fez mal. A situação fica mais crítica quando as doenças advêm do contato inter-étnico, como a gripe, a tosse ou outras. Os Marúbo não dispõem de remédios de folhas medicinais para curá-las, precisando mais do auxílio da medicina ocidental ou popular, do que da tradicional (rezadores e xamãs).

Muitas vezes, para tratar uma doença, recorre-se simultaneamente a um tratamento paralelo com remédios de plantas ou encantados para desencadear, normalmente, um processo purificador, através de purgativos. Estes são uma prática usual para fazerem "sair as coisas ruins (doenças) que haviam nas tripas, limpando-as", como comentou um informante. O método do vomitório é ideal para quem deseja engordar, porque passa a sentir fome; e para o caçador não ficar panema, pois elimina os odores corporais, não afastando as presas.

É comum alguém sarar de uma doença e, como consequência desta,

contrair outra. Assim, adquire-se verminose e magreza após ter sido mordido de cobra, ou depois de sarampo, permanecer magra. O distúrbio pode ser assim provocado pelos efeitos colaterais do remédio usado, ou porque o doente durante o tratamento (o mais habitual), não compriu as regras dietéticas que ajudariam no restabelecimento. A concepção da nocividade natural dos remédios é evidenciada pelos cuidados que os agentes de cura dispensam nos tratamentos da doença ou pós-doença. Estão cientes de que o não agravamento e/ou continuidade da doença depende de um diagnóstico correto e da aplicabilidade adequada dos remédios, pois a validade do sistema e do saber medicinal não são questionáveis.

Certos remédios de ervas não podem ser empregados com outros, seja simultaneamente ou após, porque um anula o efeito do outro, apesar das suas finalidades serem diferentes. A relação acha-se na “força” da medicação. Citamos, por exemplo, dois remédios dados às crianças, que têm esta capacidade de exclusão, quando administrados junto com outras medicações: **Sroni Pei** (“Folhas de Taioba Braba”) é destinado a aprender a andar e **Chinã Beno** (“Coruja Apegada”; chinã em linguagem ritual significa pulsação, coração) é usado para tirar o apêgo à mãe. Eles são empregados apenas uma vez durante o tratamento, o que contrasta com os demais remédios que, às vezes, têm duração indeterminada, chegando a ser usados por meses, até que sejam atingidos os objetivos desejados.

Algumas medicações que foram encantadas pelos rezadores possuem a particularidade de provocarem doenças nas crianças pequenas, sendo necessário que sejam tratadas com banhos de folhas. Por exemplo, isso acontece quando um doente usa em seu corpo resina cheirosa que recebeu encantamento (**sepã srôca**) e cujo odor foi sentido pela criança, deixando-a desassossegada e fazendo-a chorar muito. Este remédio terá outro efeito, se for queimado, pois a fumaça perfumada tem propriedades benéficas sobre a criança e purifica o ambiente. Ela espanta a Alma do Lado Esquerdo (**Mersmiri Bacá**) do morto que se “encostara” na criança, perturbando-a. Esta Alma e os demais espíritos malevolentes não apreciam odores cheirosos ou fortes.

A maior fonte de poluição do organismo advém, como vimos, da ingestão de alimentos que possuem determinadas qualidades de substâncias: doce/azedo/salgado; quente/cozido; frio/cru; cheiro/fumaça, etc. Para combatê-las, empregam-se remédios medicinais que seguem uma modalidade de aplicação particular, opondo-se ou assemelhando-se às substâncias alimentares. Assim temos: alimentos crus/frios versus remédios

cozidos/quentes; alimentos doces/azedos versus remédios cheirosos; e outras variações sobre as composições dos mesmos. A eficácia dos remédios baseia-se em algumas formas de simbolismo que, segundo Butt (1961:159), apresentam-se como positiva e negativa; a primeira, envolve uma associação de pensamento ou de qualidades analógicas, estabelecendo-se uma relação efetiva em circunstâncias específicas. A forma negativa cria uma oposição e envolve uma dissociação. Ela separa qualidades, mudando estados, de acordo com a situação na qual o indivíduo julga-se estar.

Assim, se alguém está enfermo e come alimentos que se incompatibilizam com a doença, eles agravam-na: é o caso da parturiente que come traíra, que a faz sentir cólicas; ou não se consome alimentos proibidos, quando em fases críticas da vida para não contrair doenças, como por exemplo, a mulher que aleita o bebê e come coandu, ficando com dor de barriga. Nestas situações usa-se a medicação adequada para cada causa de doença, de acordo com uma associação de qualidades semelhantes ou dessemelhantes, levando em consideração o seu modo de aplicação e o grau de temperatura. Daremos a seguir duas exemplificações.

Para espaçar o período de concepção, a mulher bebe um anticoncepcional preparado com raspas das cascas de um certo arbusto. O remédio tem sabor amargo e pertence à classe dos **Moca**. Durante os dez dias que dura o efeito da medicação a mulher não deve comer alimentos doces (como as bananas maduras), porque enfraqueceriam a potência do remédio. Ela consome, entre outros alimentos, bananas verdes cozidas que são consideradas azedas. Assim, temos dois tipos de simbolismo: o positivo (remédios frios e amargos versus alimentos frios e azedos); e o negativo (remédios crus versus alimentos cozidos).

Para não “secar” o leite, a mulher que amamenta não come alimentos doces (bananas maduras, açúcares); salgados (mesma conotação de doce); carnes ou produtos vegetais temperados com sal; azedos (comidas em processo de azedamento/ fermentação); ácidos (frutas cítricas); picantes (pimentas); mingaus de bananas maduras, frios e crus, cujas frutas não passaram pela defumação dos fogos domésticos. Isto porque as propriedades das substâncias azedas, ácidas e/ou picantes passam para a mulher, provocando ardência no sangue da barriga e no leite, além deste ficar com sabor azedo e se rareficar. As mesmas transferências de qualidades devem ocorrer com as substâncias doces/salgadas: o sangue enfraquece, o leite materno fica mais doce e acaba aos poucos. A mulher deve ingerir somente alimentos cozidos e quentes, que sofreram um

processo de purificação através da fumaça ou pela ação da ebulição do cozimento, afastando e/ou matando o espírito maligno do alimento. O remédio indicado para curar é preparado com folhas da categoria Rao cozidas e o líquido bebido tépido (ou frio). Desta forma, obtém-se uma simbologia positiva: alimentos cozidos versus remédios cozidos; alimentos quentes versus remédios tépidos. O sabor contrastivo de substâncias alimentícias requer um remédio de sabor neutro.

A noção de doce/amargo é ambígua. Somente é válida em algumas situações: quando o paciente encontra-se em certos estados críticos ou o enfermo é acometido de determinadas doenças. As substâncias alimentícias doces/amargas têm o poder de acabar (“secar”), diluir, enfraquecer as substâncias líquidas do organismo (sangue, água, leite materno: sroma noa “água dos seios”), ocorrendo um desequilíbrio fisiológico. A mesma ação teriam os remédios amargos ingeridos para combaterem as substâncias doces. Assim doce/amargo possuem a mesma potência e conotação simbólica, agindo de modo incompatível ou compatível entre si, conforme o quadro clínico do paciente.

Ação curativa e profilática dos Remédios do Mato

Para melhor visualizar e compreender a classificação dos Remédios do Mato, a apresentaremos em consônancia com algumas doenças, em que foram mencionadas seus usos. Limitaremos apenas a uma amostragem das cinco classes de remédios, devido a sua extensão e complexidade, evitando os registrados como categorias genéricas.

1. REMÉDIO YOCHĨCA

Ele é empregado basicamente para espantar espíritos malignos, acalmar a criança chorosa e também para curar vômito e febre. Os três primeiros remédios estão relacionados entre si. A febre é tratada por mais três classes de remédios, sendo a Yochĩca raramente empregada, pois a medicação mais indicada pertence à classe dos Moca. Prepara-se um banho com as folhas Yochĩca Rao que é administrado ao recém-nascido, quando ele já está com febre, que, para os Marũbo, foi provocada pelos genitores devido à ingestão de alimentos interditados.

A criança pequena vomita e transpira porque vê a alma do parente morto ou porque sente nojo em olhar um cachorro lambendo o embrulho (“popéca”) em que foram assados os órgãos internos de caças, peixes,

lagartas, etc. (Montagner-Melatti, 1987:38). Este proceder prejudica também aos adultos. Pára-se o vômito, banhando a criança com folhas de **Yochica Rao**. O aparecimento da alma do morto é evitado pela família nuclear e pela criança, não ingerindo alimentos doces e azedos, algumas espécies de bananas cruas ou cozidas e frutas que não receberam fumaça dos fogos domésticos. A proximidade da criança com defunto ou com cemitério provoca um desequilíbrio emocional, fazendo-a chorar e intranquilizando-a, devido ao mau cheiro e à alma do morto. O tratamento ocorre na esfera curativa e profilática. A curativa é por meio de banhos mornos com folhas cheirosas de **Yochica Rao**, macerada e cozidas, de preferência com várias espécies botânicas ou somente com o acréscimo especial de “Remédio Contra Choro”. O **Yochica Rao** é muito utilizado nas malocas. Infere-se que tenha também um caráter higiênico, pois banha-se o recém-nascido até quatro vezes por dia. O remédio é usado até a fase da criança iniciar a andar, depois disso possivelmente diminui o aparecimento da alma do parente morto, devido ao seu desinteresse por ela, não precisando mais da medicação. Outras modalidades de tratar a criança são: esfregar as folhas medicinais no corpo; amarrá-las nos pulsos e nos braços; queimar resina de almécega e aspergir a fumaça sobre ela.

O tratamento a nível profilático, que tem como objetivo afastar as almas dos mortos, consiste em que a mãe, após voltar do cemitério, purifique-se com a fumaça do chupio (almécega) cheiroso e tome banho frio com as folhas do “Remédio Coruja Apegada”; os indivíduos que retornam do sepultamento banhem-se nas águas frias do igarapé e defumem-se com o “Remédio Alho Brabo” (Boase Pei), cujas folhas desprendem um aroma fedorento; pode-se queimar também folhas secas do “Remédio Alho Brabo” embaixo da rede da criança; ou pendurar molho de folhas verdes ou galho com folhas verdes deste remédio numa das extremidades da rede da criança ou da mãe. Sintetizando, temos a seguinte simbologia: alimentos doces/azedos versus remédios aromáticos; alimentos crus/frios/defumados versus remédios cozidos/quentes/fumaças.

O choro da criança pode ser ocasionado por outras razões: quando o pai pega-a no colo, após ter coletado penas de uma certa espécie de gavião, por exemplo. Podemos estabelecer uma analogia entre este gavião, que tem aparência de “velho”, conforme faz alusão um cântico de cura, e os alimentos doces que enfraquecem o sangue da criança, deixando-a debilitada como um velho. O tratamento é com banho frio de folhas e de fumaça provocada pela queima do “Remédio Alho Brabo” seco misturado

com chupio cheiroso. Há remédios calmantes para quando a criança chora em demasia: banha-se-a em água morna onde as folhas foram picadas. Possivelmente elas têm propriedades relaxantes e calmantes, pois a classe **Yochica Rao** é a ideal para tratar recém-nascido e/ou crianças pequenas intranqüilas.

2. REMÉDIOS ICHNÁCA

Este é um remédio de grande espectro, curando treze doenças diferentes, de acordo com nossas anotações de campo, principalmente vários tipos de dores. Comentaremos somente algumas delas.

A dor de cabeça relaciona-se ao mau cheiro provocado pelos ingredientes de cura (*ayahuasca* e rapé), pela catanga de caças, de animais carnívoros e aquáticos. Respeitam-se proibições de comer caças que têm cheiro desagradável (como a paca) ou sangue forte (como a anta). A cura é conseguida através dos banhos de folhas de **Ichnáca Rao** ou fazendo-se inalações com o vapor.

A dor na boca/lábios é devida ao coaxar de uma variedade de sapo, que vive no oco das árvores. Trata-se a dor, cozinhando folhas medicinais e aproximando a boca ao vapor.

A dor de barriga é causada pela ruptura da restrição de alimentos frios e a proximidade física de animais que habitam em ambientes frios/úmidos. Para curar a dor, cozinha-se folhas de uma mesma ou diferentes variedades botânicas e bebe-se o líquido frio diversas vezes ao dia. Se tomá-lo quente, aumenta a dor. Portanto, a cura realiza-se através de substâncias medicinais frias, análogas às causas da doença.

Quando alguém cruza sobre o rastro de cobras sente dor nas pernas, saindo nelas vergões "da cobra". O tratamento é feito com folhas de várias espécies botânicas cozidas, sendo as pernas colocadas sobre o vapor. Ao esfriar, esfrega-se as folhas no local dolorido.

A dor de estômago é devida à ingestão de caça, que contenha sangue grosso ("pesado") e em grande quantidade, pois a qualidade desta substância aumenta a virulência da doença, tal como a carne de anta, vista como de natureza altamente poluente. Os peixes curumatã e mandim também são proibidos para quem está enfermo, pois além de habitarem em locais frios/úmidos, não existem remédios de ervas específicos para eles. Recorre-se a um medicamento destinado à dor nos quadris, misturando-se a ele outros tipos de folhas medicinais, inclusive de outras classes.

A cura da febre raramente é feita com o remédio **Ichnáca**, preferindo-se

a classe dos **Moca**. A causa da doença está vinculada ao rompimento de regras dietéticas de um dos genitores e/ou da criança, ou quando um deles se expõe a elementos da natureza (como passar por teias de aranha) ou climáticos (exposição aos raios solares/insolação). As restrições alimentares giram em torno da catinga de caças e da oposição frio-quente. Os remédios de folhas de **Ichnáca Rao** são preparados frios, em forma de banhos, ingeridos (raspas de cascas) e lavagens da boca. Registramos apenas um remédio profilático desta classe, para ser usado após ter passado a febre da criança: banho frio com folhas esmigalhadas do “Remédio Coruja Apegada”, da cabeça aos pés. Deste modo, evita-se futuras febres.

Um indivíduo faz rachaduras nas solas dos pés, porque pisou sobre escamas de peixes, sangue menstrual e de parturiente, sendo estes poluentes. Há uma associação analógica entre a forma das escamas e a série de sulcos nas solas. A cura é feita com a aplicação de vapores sobre os pés ou esfregando-os com folhas (pode-se acrescentar mais de um tipo botânico diferente) até cicatrizar as feridas. No caso do remédio contra sangue menstrual, mistura-se outras variedades botânicas de folhas e de classes de remédios.

A fim de evitar que a criança fique “doida” (sintomas da doença: cabeça girando, doendo, emite gritos), as restrições rituais iniciam-se antes dela nascer. A gestante não deve consumir alimentos de carapaça (quelônios), de invólucros duros (cocos), peixes de escamas e carnes duras (inambu). As qualidades duras e resistentes das comidas dão idéia de volumes, de circunferências, que podemos associar com útero/placenta, cabeça de feto e, conseqüentemente com parto. As escamas de peixes representariam o impedimento da passagem da cabeça do feto pelo canal vaginal; e as substâncias duras a falta de elasticidade da placenta em romper-se e do canal vaginal em dilatar-se, durante o trabalho do parto. A ingestão destes alimentos é suposta retardar ou complicar o trabalho de parto, provocando danos na criança, como a doidez.

Após o nascimento, os pais não comem carnes que tenham catingas; e a criança não se aproxima dos bancos paralelos, juntos à porta principal da maloca, onde realizam-se rituais de xamanismo e de encantamento de ingredientes pelos rezadores, com a presença de *ayahuasca* e rapé, devido a seu cheiro forte. Este provoca dor na cabeça da criança, porque os espíritos malevolentes dos ingredientes entraram no corpo dela. Outros motivos que podem conduzir à “doideira”, é quando a criança vai no colo de pessoa velha que tenha medo e corta os cabelos. As ligações entre estas duas

proibições talvez sejam as associações com o estado de senilidade: diminuição da acuidade cerebral e da pilosidade dos cabelos. O tratamento recomendado é banho com folhas que saem do “olho” da planta, ficando a água no sereno, antes de ser usada. Possivelmente, estas partes da planta simbolizam vitalização e a exposição noturna/sereno do medicamento a sua energização. Os demais remédios desta classe destinados a outras finalidades, se empregam em banhos frios, que têm um caráter revigorante.

3. REMÉDIO YOTO

Destina-se à desintéria, não sendo empregado para curar nenhuma outra doença. A diarreia é devida ao consumo incorreto de certos alimentos pelos pais e/ou pela criança. Estão vetados ao consumo de : jabuti (o casal), macaco-barrigudo (a criança), possivelmente, porque estes animais possuem pouca carne (são magros); mingau de macaxeira (a criança), mamão (a mãe e a criança), mapati (a criança), carne gordurosa (a criança ou o adulto), cana-de-açúcar (os pais), provavelmente porque são aquosos, semelhantes à doença. O tratamento consiste em beber remédio frio, preparado com folhas, raspas de cascas ou de tubérculos, que levam o nome da doença. Administra-se outros remédios também para estancar a desintéria, cujas denominações referem-se a ela: “Remédio de Fezes”, “Remédio de Fezes Duras de Macaco Parauacu”, “Remédio de Desarranjo”, etc.

4. REMÉDIO NETXÍTE

Este serve para acelerar o processo de aprendizagem de caminhar, não sendo indicado para tratamento de outras doenças. O remédio tem a capacidade de neutralizar previamente os efeitos nocivos da ingestão de alimentos interditados à mãe. Para isso, primeiro banha-se a criança com o remédio do animal que ela vai consumir. Normalmente, a proibição tem a ver com a forma (modo) de locomoção da caça, percebida como perigosa para a criança: lenta (quelônios); deselegante (macacos, anta); vãos curtos e razantes (aves de maior porte). Tomam-se remédios que levam a denominação destes, como antídotos, para a criança não andar igual. Prepara-se um banho momo com folhas e lava-se suas pernas e braços. É um banho medicinal comum nas malocas, reunindo virtudes terapêuticas e higiênicas, pois as crianças são banhadas no remédio, até quatro vezes por dia, excluindo-se as idas ao rio com as mães.

A própria criança pode retardar o processo de caminhar, ao comer

alimentos que lhe são vetados nesta faixa de idade, adquirindo os atributos daqueles. Assim, jia (rã) e “sapo do mato” a fazem ficar muito tempo na fase de engatinhar. Há uma associação com a postura corporal dos batráquios. A criança pequena não come ovos de camaleão (e a mãe, os de tracajá) para superar rapidamente a etapa de se locomover sentada. A proibição gira em torno da forma de rastejar do animal e, possivelmente, a textura mole das cascas dos ovos influi sobre a firmeza das pernas da criança.

Existe uma variedade imensa de remédios com o objetivo de apressar o processo fisiológico de caminhar e de fortalecer as pernas, cujas virtudes ou atributos são imitar o andar ou o movimento de animais e de passáros, adquirir a leveza de vegetais e de espíritos benignos (que flutuam), adotar a postura ereta e firma dos brotos (“olhos”) de plantas esguias, etc. Os componentes para os banhos são preparados com folhas de *Netxite Rao* e de outras classes, com uma ou mais espécies botânicas diferentes e às vezes, com raspas de cascas. Raramente dão o líquido para a criança beber ou o vapor é passado em suas pernas. Aplica-se a medicação na região inferior do corpo: nos quadris ou todo o corpo (batendo com as folhas); nos tornozelos, pernas, joelhos e coccix (passar as folhas); nas pernas (esfregar, bater ou banhar - a prática mais comum); no tornozelo da perna direita (amarrar folha cheirosa).

5. REMÉDIO MOCA

Em 1975 registramos com freqüência a utilização desse remédio nas malocas para decair, vertiginosamente, nos demais períodos de pesquisa e chegar ao ponto de não a observarmos mais nos últimos anos. As crianças relutam em bebê-lo, devido ao seu amargor, estimulando o abandono. Ele é usado, principalmente, em crianças para tratar de febre (cascas), fraqueza (cascas, folhas, raspas de tubérculos) e magreza (cascas e raspas de tubérculos); mas pode ser aplicado, esporadicamente, em caso de gripe (cascas), desintéria (cascas e folhas), anticoncepcional (cascas), aborto (cascas), comer carnes e peixes em excesso (folhas) e outros.

A febre é a doença mais comum entre as crianças pequenas e, como já vimos, pode também constituir-se como sintoma de outras doenças. Os resguardos alimentares destinados ao casal, quando a mulher está gestante, são fundamentais para evitar que, após o nascimento, a criança contraia febre. Caso isso ocorra, necessita que tome remédios contra o animal que a desencadeou. A febre apresenta-se logo após o nascimento ou então,

somente alguns meses depois. O remédio tem a função de limpar o organismo e, possivelmente, de esfriá-lo, pois o líquido não foi cozido, sendo bebido frio. A alimentação é suspensa, pois o corpo da criança foi contaminado quando estava ainda no útero materno. Anotamos, superficialmente, cerca de 64 remédios curativos de febre de diferentes classes, sendo 55 da classe **Moca**. Dos três remédios de ação profilática registrados, um é **Moca**, sendo as raspas do tubérculo colocadas sobre a cabeça da criança. Usa-se os medicamentos **Moca** em crianças, a partir da fase do andar, que, possivelmente atuem sobre o processo de locomoção.

Há uma associação entre febre e magreza, porquanto utiliza-se uma medicação semelhante, já que as causas das doenças são comuns para ambas. As caças (mamíferos, pássaros) e os peixes proibidos referem-se a animais que têm pouca carne, ou seja, são magros (mutum, tracajá, macaco, poraquê). Os alimentos doces (abacaxi, mel) são interditados.

Após o nascimento, até a fase da criança caminhar, o casal continua com os resguardos alimentares. À medida em que o tempo transcorre, vai sendo liberado o consumo de certas carnes. Não existe nenhum ritual especial para essas concessões, apenas o emprego do remédio indicado, quando os casos assim requerem. A criança pequena está também sujeita a restrições de determinadas carnes e frutas de sabor doce. Dentre as espécies animais, são os peixes que mais provocam distúrbios fisiológicos das mais diversas ordens, fazendo parte da maioria dos tabus alimentares. As substâncias doces enfraquecem o sangue da criança, debilitando-a. Algo semelhante deve acontecer com o seu sangue, ao consumir carnes e peixes. As proibições e as analogias envolvidas são as mesmas para os genitores e para a criança. Para não agravar a doença desta, eles obedecem a resguardos, comendo carnes de animais que julgam ser as menos impuras, como a de pássaros (mutum, arara, cujubim, etc.) que possuem sangue fraco e são consideradas leves, e como também as carnes de algumas espécies de peixes (piauí, arraia, matrinxão e outros).

Quando o recém-nascido já tem alguns meses de idade, aumentam suas chances de sarar mais rápido, pois as modalidades de emprego dos remédios modificam-se, mas, em compensação, também aumentam as possíveis fontes de doenças. Passam a ser utilizados os banhos medicinais (raramente), vaporização e defumação no corpo para que o calor e o suor saiam. Eles esfriam-no. Até mais ou menos os seis anos de idade apela-se ao **Moca**.

A fraqueza baseia-se na fome, barriga vazia e magreza. Ocasiona-se pelo

consumo de alimentos incorretos pelos genitores (principalmente) e/ou pela criança que se acha na fase de caminhar. A grande maioria das restrições recai nos animais magros e pequenos (quelônios, aves), várias espécies de peixes (piranhas, pacus) e de crustáceos (sirís), e frutas (ingá). O tratamento convencional é beber o Remédio Amargo (opõe-se ao doce das frutas). Ser magra é ir contra os padrões de beleza Marúbo. Somente os velhos são liberados para comerem carnes e peixes magros e alimentos doces, porque já são magros e “secos”. Após o parto prosseguem as proibições ao casal, mas as preocupações são mais de ordem estética para a criança: a aparência do animal é transmitida para ela. Como exemplos podemos citar: ficar com o pescoço longo e o aspecto magro do veado; com a cabeça miúda tal o macaco; sem nádegas como a lagarta da pupunha, etc. A magreza se cura, bebendo Moca. Há um remédio preventivo que a parturiente mistura com o mingau e depois vomita, podendo ingerir qualquer comida sem prejudicar a criança posteriormente. Segundo um informante, ele é comparado à vitamina, que estimula o indivíduo a comer muito. O remédio preventivo tem dupla ação: purga e purifica os órgãos internos do corpo, e neutraliza a impureza do alimento consumido.

Emprego de remédios alienígenos

Os Marúbo recorrem aos remédios farmacêuticos com muita assiduidade, em detrimento das plantas medicinais. Foi marcante o descompasse de seu emprego entre dezembro de 1975 a janeiro de 1988. Exceção deve-se aos remédios *Yochica Rao* e *Netxite Rao*, devido às suas propriedades e talvez por não terem encontrado similares na farmacopéia ocidental. A facilidade com que os Marúbo recebem os frascos de medicamentos da Missão e do Posto Indígena, os desestimulam a conservarem esta prática tradicional. Além disso, os remédios brancos possuem as qualidades doces/amargas/neutras, como os seus. Um reforço suplementar para largarem os remédios tradicionais vem por parte das artesãs, que transformam os recipientes de plásticos em contas de enfeites, devido à escassez de matéria-prima (Vide Montagner-Melatti, 1986).

Os funcionários da FUNAI também contribuem para o abandono das plantas medicinais, ao insistirem junto às mães para que as crianças comam os alimentos proibidos, prometendo dar “remédio de farmácia”, como dizem eles, se passarem mal. Outras vezes são os próprios índios que recorrem a eles e aos missionários para pedirem medicamentos, os quais

usam isoladamente, ou em conjunto com os Remédios do Mato, ou com os rituais dos rezadores ou dos xamãs. Nem sempre os remédios químicos dão resultados, precisando usarem os seus. Há situações, contudo, em que somente os Remédios do Mato (ou as ações dos rezadores e dos xamãs) detêm o poder de curarem as doenças, principalmente, quando estas são identificadas como de procedência dos Marúbo.

Apesar de não confiarem inteiramente na eficácia de alguns medicamentos farmacêuticos, como o soro antiofídico, que alegam “não matar” a peçonha, não o dispensam quando há na Missão ou no Posto Indígena. O indivíduo mordido é envolvido imediatamente por uma série de cuidados, que englobam tabus alimentares, sexuais e sociais, nos quais a comunidade inteira participa, principalmente aqueles que se aproximam dele para tratá-lo ou prestar-lhe algum apoio emocional (família composta). Acrescido a isso, as cerimônias de rezas e xamânica são acionadas rapidamente em socorro à vítima.

Ao mesmo tempo em que os Marúbo vão deixando em segundo plano o emprego das plantas medicinais, incorporam outras na sua farmacopéia, ao adotarem-nas de grupos indígenas vizinhos e de regionais. É o caso, por exemplo, do anestésico para dor de dentes, em que certas folhas são mastigadas. Esse remédio foi importado recentemente dos Mayorúna, do rio Javari, apesar dos Marúbo possuírem remédios de ação idêntica. Do pequeno grupo de Kulína que moram com os Marúbo, no Posto Indígena Curuçá, receberam um remédio de folhas com cheiro forte, que serve para banhar crianças pequenas, afastando a alma do morto que as incomoda. Portanto, esse tem finalidade semelhante ao *Yochica Rao*.

Julgamos que a adoção de alguns medicamentos intertribais foram motivados pela curiosidade gerada pelo contato esporádico com outros grupos indígenas na sede da Administração Regional da FUNAI, em Atalaia do Norte. Essa adoção (como as demais) não tem grande repercussão entre os agentes de cura Marúbo, porquanto nas ocasiões das doenças mais graves valem-se de sua medicina tradicional, ou a ocidental, por imposição dos agentes de saúde civilizados.

A medicina popular dos regionais mistura-se com a indígena, aumentando a farmacopéia e o receituário médico. Temos o emprego de ovos de galinha cozidos e quentes, esfregados nas pernas da criança para ficarem resistentes ao caminhar, e a fricção do tutano da canela de veado para a criança ficar ágil, semelhante a esse animal. Estes procedimentos lhes foram ensinados pelos missionários. Todavia, nunca os observamos em

uso no lugar do *Netxite Rao*. O remédio para curar verminose vem dos peruanos da época em que os Marúbo tiveram contato com os caucheiros. Trata-se da seiva de canjicuba que é bebida. Alguns remédios da medicina popular são conhecidos pelos índios, mas não os utilizam, como o melhoral misturado com suco de limão, no controle da gravidez.

Os utensílios domésticos industrializados, que compõem hoje o universo tecnológico dos Marúbo, estão como os demais objetos sujeitos às penalidades rituais e às vezes, servem de pretexto para justificarem suas atitudes. Temos a adoção da panela de alumínio, em substituição à panela de cerâmica tradicional, de tamanho médio. A família nuclear consome banana cozida em panela de alumínio, pois a "fealdade" da panela de cerâmica prejudica a criança, fazendo-a chorar. Neste caso, prepara-se um banho frio com as folhas do "Remédio para Pote Velho".

Conclusão

As ervas do mato constituem remédios tipicamente infantis, porque atuam sobre as doenças deste período ao passo que os adultos procuram mais as outras modalidades de tratamento, com os rezadores e xamãs, porque normalmente suas doenças provêm de atos de feitiçaria, que estão relacionados ao âmbito social e político. Para este tipo de doença as plantas medicinais são ineficazes. Desta forma, a Farmacopéia Marúbo tende a especializar-se, sendo as crianças mais privilegiadas, pois podem usufruir paralelamente dos benefícios da medicina dos adultos. Além disso, a cura das doenças infantis assume um caráter familiar, exigindo dos pais e da família nuclear uma carga maior de responsabilidades e de obrigações, devido à noção de corporalidade e dos laços de substâncias físicas (vide Seeger et al., 1979).

O período mais crítico para o recém-nascido e mais difícil para os genitores são os primeiros meses após o parto, quando as restrições alimentares são numerosas e de sua observação depende o estado de saúde, e, às vezes, a própria sobrevivência do bebê. As proibições giram não somente sobre o grau de impureza dos alimentos, mas também devido à ação dos seus espíritos malevolentes. A caça pesada e algumas variedades de peixes são consideradas contaminadas e, as aves, não-poluentes; ou seja, uma comida leve, fraca, ideal para quem esteja passando pelos ciclos biológicos de vida. Durante toda a fase da infância há uma constante proibição e liberação da ingestão de alimentos para a criança e,

especialmente, aos pais biológicos, com a intenção de preservar a saúde infantil. A liberação ocorre dos alimentos mais poluentes para os menos impuros, na proporção que a criança vai crescendo. Notamos isso no que se refere às carnes: durante os primeiros quinze dias após o nascimento a família nuclear não come nenhuma espécie; a parturiente, ao sair da reclusão (tapume de esteira dentro do seu compartimento familiar), após o término da eliminação do sangue do parto, come alguns tipos; quando a criança estiver com 2-3 meses (está "durinha"), a mãe come outras variedades de caça; e assim, sucessivamente, a família vai incluindo outras, à medida em que a criança for ultrapassando as fases de caminhar, falar, etc.

O distúrbio orgânico/psicológico causado pela ingestão incorreta e/ou descontrolada da carne de um animal, por exemplo, está associado com suas substâncias (sangue forte/fraco, carne pesada/leve/dura/mole), pois, ao ingeri-las, o indivíduo absorve suas características intrínsecas, atributos físicos e comportamentais. Estas peculiaridades não se prendem só à comida, mas também a elementos do meio-ambiente e a fatores climáticos, como o frio, o calor. A cura processa-se de modo semelhante, ao serem acionados remédios medicinais que tenham características analógicas positivas ou negativas em relação com a origem da doença. Assim, o restabelecimento da integridade física do paciente se efetiva através da introdução no corpo ou da aplicação externa de remédios, que contenham atributos ou qualidades semelhantes às das plantas ou dos animais (os mais comuns), que provocaram a desordem biológica/psíquica. A transferência desses para o corpo do paciente tem a capacidade de neutralizar ou ativar os processos desejados.

A Medicina Marúbo caracteriza-se pela praticabilidade de suas regras, não havendo uma norma rígida para estabelecer as fronteiras entre a tipologia dos alimentos proibidos e dos Remédios do Mato adequados. Há necessidade de que, em determinadas ocasiões, empregem-se remédios que possuam qualidades idênticas (positivas) às dos alimentos consumidos; e, em outras, que se observem as qualidades opostas (negativas) de ambos. É a fluidez destas práticas que permite o funcionamento do sistema médico. Esta especificidade encontra-se também em outros aspectos da cultura Marúbo: a classificação de carnes e sangue. Ela é importante para quem segue os resguardos alimentares, a fim de que se alcance um equilíbrio entre as relações sociais e o mundo sobrenatural (Montagner-Melatti, 1985:241).

Não podemos deixar de estabelecer uma breve correlação entre a ação dos ervalistas e a dos rezadores e dos xamãs que atuam num nível mais sobrenatural e simbólico. Os ervalistas e os rezadores possuem uma infinidade de mecanismos (ervas, cânticos, ingredientes de potes) para tratarem o paciente, podendo repeti-los muitas vezes ou misturarem suas composições (ervalistas) até que sejam alcançados seus intentos. O padrão de redundância (lingüística, de substâncias, de qualidades) é a peculiaridade marcante nos cânticos de cura, assim como a multiplicidade de seres o é para a mitologia. Nas duas últimas partes dos cânticos de cura ocorre uma "transusão cultural" de substâncias (frias, quentes, azedas, etc) para despoluir o organismo do doente e uma introjeção ou incorporação de qualidades de seres para restaurar as forças e equilibrar a corrente de energia que ficou abalada pela doença. O ervalista faz algo semelhante ao usar folhas e raspas de cascas, que são um antídoto do mal. Aplicam-se remédios quentes-frios, cozidos-crus, cheirosos-inodoros, bebidos ou em banhos, que, de alguma maneira, se opõem, ou se assemelham, aos alimentos consumidos: catingosos, doces, salgados, azedos, amargos, assados, defumados, etc.

Os gestos rituais do ervalista e do xamã no ato da cura reforçam o efeito simbólico do medicamento. Eles tocam o corpo do paciente ao efetuarem o tratamento, proporcionando-lhe um bem-estar físico e psicológico. O ervalista utiliza suas mãos para banhar, jogar fumaça, bater suavemente com as folhas, massagear as pernas e/ou partes do corpo da criança, amarrar folhas medicinais em partes do corpo; etc. O xamã emprega as mãos úmidas de *ayahuasca* para friccionar com roletes de rapé, molhados de *ayahuasca*, as partes doloridas do enfermo; a boca para sugar a doença e soprar com hálito de *ayahuasca*, esfriando o local afetado e aliviando a dor. Tanto o xamã como o ervalista não proferem palavras mágicas para realizarem o ato de cura.

Como vimos, os Marúbo obtêm eficácia nos procedimentos terapêuticos, apelando a vários meios, o que forma um ciclo de tratamento. Raramente, um recurso único opera o restabelecimento do paciente, sendo necessário apelar aos rezadores ou aos xamãs, ou aos dois, mais aos Remédios do Mato e se houver, também aos remédios farmacêuticos, conforme a gravidade da doença. Deste modo, a eficácia da terapêutica acha-se no entrelaçamento do poder de penetração no corpo do paciente dos líquidos medicinais, das ações gestuais dos agentes de cura, das emissões das letras dos cânticos de cura rezadas sobre o doente e das qualidades metafóricas

que elas simbolizam. Esta fusão de várias terapias auxilia no tratamento através da manipulação psicológica que desbloqueia o inconsciente do paciente, criando um fluxo de comunicação entre o que é sentido e ouvido, conforme salienta Lévi-Strauss (1970). Além disso, são reforçados os laços afetivos que ligam o enfermo e a preparadora dos remédios, principalmente, quando aquele for criança.

Somente nesta ocasião a mulher Marúbo tem a oportunidade imiscuir-se no mundo religioso/sobrenatural, que é um domínio estritamente masculino. Apesar de sua participação ser de modo indireto e limitado à preparação dos Remédios do Mato e dos ingredientes encantados, a sobrevivência física dos indivíduos depende deste frágil elo de ligação feminina. O ato de curar Marúbo não é um ritual solitário e silencioso por especialistas rituais, como no xamanismo Desana (Buchillet, 1987). Ele congrega a solidariedade dos ervalistas e das preparadoras, dos rezadores e/ ou dos xamãs; a convocação e intervenção dos espíritos benevolentes através dos cânticos de cura dos rezadores e dos cânticos e atos dos xamãs, que atuam publicamente; o entrelaçamento da ação religiosa dos homens e da ação doméstica das mulheres; e o envolvimento da natureza (flora, fauna) e da cultura (remédios, cânticos/palavras). Esta amálgama é que proporciona o surgimento de um clima familiar, social e religioso, propício para atingir a eficácia terapêutica dos tratamentos médicos.

Referências bibliográficas

Araújo, A.M.

1979 *Medicina Rústica*. São Paulo: Companhia Editora Nacional (Brasiliana, vol. n° 300).

Buchillet, D.

1987 "'Personne n'est là pour écouter'. Les conditions de mise en forme des incantations thérapeutiques chez les Desana du Uaupés brésilien". *Amerindia* (Paris) 12:7-32.

Butt, A.

1961 "Symbolism and Ritual among the Akawaio of British Guiana". *Nieuwe West-Indische Gids* 2:141-161.

Kensinger, K.M.

1974 "Cashinahua Medicine and Medicine Men". In: P.Lyon, (Ed.), *Native South Americans: Ethnology of the Least-Known Continent*. Boston and Toronto: Little, Brown and Company Inc., pp. 283-288.

Lévi-Strauss, C.

1970 "A Eficácia Simbólica". In: *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro, pp. 204-224.

Montagner-Melatti, D.

1985 *O Mundo dos espíritos: Estudo etnográfico dos ritos de cura Marúbo*. Tese de Doutorado (não publicada), Universidade de Brasília.

1986 "Simbolismo dos Adornos Corporais Marúbo". *Revista do Museu Paulista* (N.S.) XXXI:7-41.

1987 "A Cozinha Marúbo: A Arte de Comer e Beber". *Revista do Museu Paulista* (N.S.) XXXIII:29-71.

Seeger, A., Da Matta, R. e Viveiros de Castro, E.B.

1979 "A Construção da Pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras". *Boletim do Museu Nacional* (N.S., Antropologia) 32:2-19.



A POLÍTICA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA
(conclusões da mesa redonda)



A POLÍTICA DE SAÚDE NA AMAZÔNIA: (conclusões da mesa redonda)

Elisa VIANNA SÁ()*
*Maria Alves dos SANTOS(**)*
*Francesco RIPA di MEANA(***)*
*Sônia Maria TERRA(****)*

A Professora Elisa Vianna Sá iniciou os trabalhos apresentando os componentes da mesa, explicando que a escolha dos mesmos tinha o objetivo de fornecer aos participantes do Encontro uma percepção global da questão da saúde, que hoje deve ser feita a partir dos princípios constitucionais, oriundos da luta pela Reforma Sanitária no país.

Nesse sentido, ressaltou que a Dra. Sônia apresentaria as linhas gerais da Reforma Sanitária proposta para o Brasil, haja visto sua experiência com diversos grupos de trabalho na discussão e na formulação da Lei Orgânica de Saúde. Ao mesmo tempo, apresentou a Prefeita Maria Alves dos Santos, do município de Brejo Grande do Araguaia, que pode relatar a sua experiência iniciada como parteira e líder comunitária, numa estória que marca a luta de uma comunidade, que conseguiu, às próprias custas e com dificuldades de relacionamento com os órgãos oficiais, montar uma pequena estrutura de saúde (postinhos comunitários) para suprir as

(*) Coordenadora da mesa redonda; Professora, Assêssora do Reitor para Assuntos de Saúde, Universidade Federal do Pará.

(**) Prefeita de Brejo Grande do Araguaia.

(***) Coordenador dos Projetos de Saúde da Cooperação Italiana no Brasil.

(****) Consultora Técnica, Organização Panamericana de Saúde.

necessidades da população, negadas pelos serviços públicos. Hoje, ela passa do trabalho de organização da comunidade para um papel executivo e conta as dificuldades que existem, como prefeita, para pôr em prática toda uma política de saúde no município.

O próximo a ser apresentado é o Dr. Francesco que, a partir de seu trabalho no sistema de cooperação Brasil-Itália, poderá ajudar a reflexão sobre a implantação da Reforma Sanitária no Brasil, partindo da experiência de erros e acertos da Reforma Sanitária Italiana.

Prossegue, lembrando que a Política de Saúde para a Amazônia tem que vir junto com a política econômica, ou seja, o que se pretende para a Amazônia e qual o seu destino não pode estar distante dos interesses da maioria da população. Como também, reforça, que as discussões oriundas do Encontro, procurando trazer à tona grande parte das práticas da medicina tradicional como experiência e capacidade de lidar com as questões de saúde, de um lado, e a medicina oficial, de outro, devem ser concluídas apontando para: a) não se defende dois tipos de medicina, uma para os pobres, outra para os ricos; b) há necessidade de se utilizar o que existe de melhor na medicina tradicional e o que pode ser potencializado e mais aproveitado na medicina oficial, de forma a conduzir uma prática de saúde com eficiência e equidade.

Reforça que o desenvolvimento econômico da Amazônia não deve destruir as possibilidades de matéria prima utilizada pela medicina tradicional, como tem sido a atual prática, a exemplo da situação dos municípios de Tucuruí e Barcarena, passando a palavra a seguir para a Dra. Sônia.

A Dra. Sônia inicia falando da importância de se repensar na Amazônia a questão da medicina tradicional/medicina oficial, discussão pouco contemplada no cenário nacional, sendo que para falar do sistema de saúde na Amazônia, ou mesmo das políticas de saúde, faz-se necessário um retrocesso na história.

Cita o início da década de 60 quando os Departamentos de Medicina Preventiva das Universidades começaram a pensar o processo saúde-doença, extrapolando a lógica biologicista para uma dimensão social e econômica. Essa dimensão, que tanto influenciou na questão da saúde nesta década, foi ampliando seu raio de ação, ganhando fortes discussões dentro das Instituições de Serviço e Ensino até aliançar, em 80, a organização de um movimento sanitário. Em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ganhou adesão da sociedade civil organizada, através dos

sindicatos, partidos políticos, movimentos populares, etc. O resultado das discussões e das propostas da 8ª CNS foi incorporado pela Assembléia Constituinte e, na correlação de forças dos diversos interesses, apresentado como novo texto constitucional da área de saúde.

O atual texto constitucional, prossegue, que dá o conteúdo do Sistema Único de Saúde (SUS), contempla quatro princípios fundamentais: a) descentralização, entendida como o resgate do princípio federativo, ou seja, que as unidades federadas devem ter expressão dentro do sistema, como também os municípios; b) a integração, ou seja, a multiplicidade não só de recursos, mas da integração institucional nas esferas do governo federal, estadual e municipal; c) a integralidade entre as ações preventivas e curativas, procurando solucionar a divisão artificial entre ações coletivas/ações individuais; d) o princípio do controle social, ou seja, a transparência em relação à aplicação de recursos no setor e a possibilidade da população estar influenciando e participando no sistema de saúde.

Enfatiza que a entrada dos municípios dentro dos sistemas de saúde é que possibilita realmente a participação comunitária e a garantia de exercer sua cidadania através do reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e a responsabilidade do Estado.

Entretanto, continua, para se entender o contexto em que se dá a transformação do sistema de saúde, é necessário poder equacionar os diversos planos nos quais vem se dando essa transformação. O primeiro plano, o político-jurídico, é onde se elaboram as leis, que são fundamentais ao respaldo jurídico, os instrumentos que a sociedade vai dispor para poder organizar o sistema. Isto se dá, a nível nacional (a Assembléia Constituinte), a nível estadual (as Constituições Estaduais), a nível municipal (as Leis Orgânicas de Saúde). Avalia que, devido ao momento da formulação das Leis Orgânicas, deve-se ter um esforço redobrado no sentido de aglutinar os diversos setores para acompanhar essas leis, de modo que possam ser consoantes com o texto constitucional.

A nível do Congresso Nacional passa-se por momentos de grandes dificuldades uma vez que os lobbies do setor privado têm pressionado e discordado que o setor público regulamente o setor privado, assim como interesses corporativos ou lucrativos estão sendo contemplados em detrimento de um interesse maior da sociedade. Avalia, ainda, que está havendo um certo retrocesso na participação da sociedade e até mesmo do movimento sanitário, percebendo-se, também, desarticulação tanto nas Constituintes Estaduais, como na formulação das Leis Orgânicas, agravada

pelo despreparo dos vereadores na montagem dessas leis.

O segundo plano na transformação do sistema é o nível político-administrativo, que vai contemplar as estruturas ou os arcabouços institucionais, para o novo Sistema de Saúde. Ou seja, o reordenamento das instituições, começando por uma nova configuração do Ministério da Saúde, num processo que iniciou com as Ações Integradas de Saúde, em 1985, passando pelo Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que foi uma estratégia de articulação programada do INAMPS, onde se davam os interesses mais lucrativos do sistema. De qualquer maneira, o SUDS deslocou, de alguma forma, o poder para os Estados e Municípios, e hoje, os municípios, a partir da regulamentação da Lei Orgânica, têm que criar estrutura própria (secretária ou departamento), para gerenciar seu sistema.

Os Estados, por sua vez, terão que sofrer modificações no sentido de assessorar eficazmente os municípios - a nova base do sistema; isto se constitui numa luta entre os níveis estaduais e municipais, que vêm passando por um processo de difícil acerto.

Finalmente, há o terceiro plano que é o nível operativo, significando o impacto das ações de saúde, onde se mede se os serviços têm resolubilidade. Neste plano é vista com muita ênfase a questão da assistência, se o serviço público vai funcionar com resolubilidade, com qualidade e tecnologia. Nesse sentido, há que se buscar o perfil epidemiológico da área, no sentido de se montar um modelo assistencial adequado às necessidades da população.

Conclui, dizendo que, em se tratando da Amazônia, há que se buscar um modelo que possa conviver com questões do difícil acesso da região, das populações ribeirinhas, das indígenas, etc. Ou seja, a situação da Amazônia não é a mesma que a de outras regiões do país e a democratização da saúde, assim, passa pela solução de cada região, devendo ter um nível de coordenação geral, com um eixo político capaz de garantir a saída dos grandes problemas de saúde.

Inicia sua exposição o Dr. Francesco, colocando que sua presença é muito mais de quem busca novidades, no sentido de dar novos conteúdos e rumos à Cooperação Brasil-Itália, e que a necessidade de conhecer as regiões onde vai operar é ligada à importância que estas regiões têm, não como produtoras de riquezas, mas enquanto problemáticas. Isto leva, portanto, a discussão de duas questões: a) a assinatura de um acordo de cooperação prevendo um repasse de 400 milhões de dólares para o Brasil e

uma movimentação de recursos em todas as áreas industriais e comerciais urbanas que chega a alcançar um bilhão de dólares, na repetição deste "acordo" para o problema da preservação ambiental; b) o profundo interesse e a mobilização a nível popular na Europa, no ano passado, sobre o problema de Altamira e o Encontro Indígena. Acha que há elementos a esse respeito que o levam a pensar que existe uma chance, um trunfo da Região Amazônica para ser colocada como prioridade na Cooperação e que essa prioridade deve estar ligada à dívida histórica mundial a favor da população indígena.

A possibilidade que teve de ver um cartaz sobre o Congresso que vai tratar da questão do mercúrio nas águas da Amazônia e a visita que fez ao seu projeto em Ananindeua e Abaetetuba lhe trazem algumas dúvidas, se só este seria o problema. Conhece de perto o problema ecológico, o problema da prevenção que foi discutido no seminário, que alguns começam a pensar que se possa ter definição da capacidade fisiológica da população da Amazônia, devido às condições das águas e às condições de vida das periferias urbanas. Assim, teve a sensação que há problemas muito complexos, e ainda não encontrou estímulos para falar da significância de um europeu que tem uma história de desenvolvimento de sua reforma sanitária muito diferente do processo vivido pelo Brasil. Por isso, como encontrar demandas onde esse desenvolvimento da Reforma Sanitária Italiana possa ter quando utilizada aqui neste país, e ainda a possibilidade de diversificação dessa experiência num lugar tão longe da Europa como é a Amazônia?

Então, essa questão leva-o a encontrar uma resposta através da seguinte linha de raciocínio: analisar o momento, junto com todos, é perceber que esse bicho-papão, que é a Cooperação Brasil-Itália, é visto como uma intervenção intra-imperialista, ou seja, a grande vaca que poderia dar dinheiro a todo mundo. Na verdade, não é uma coisa, nem outra. A cooperação italiana é uma escolha feita na Assembléia Legislativa Italiana, fruto da pressão popular. Uma parte do produto nacional bruto italiano é investido no desenvolvimento das regiões menos favorecidas e o governo italiano é obrigado a cumprir essa exigência. Precisar de uma clareza dos países eventualmente recebedores desses investimentos para que não seja transviado ou visto de outra maneira o que está estabelecido na Cooperação, acompanhando sua presença em Saúde na Amazônia, neste momento, diferente do que foi feito até agora.

O objetivo é a prevenção da saúde até o ano 2000, baseado em

assembléias que falavam de saúde primária em Alma-Alta. E ainda, os sistemas colocados para irrigação de áreas e alguns princípios que podem ser a lista das boas intenções dos projetos que se faz com os países recebedores.

A garantia na distribuição dos recursos deve ser buscada na previdência e na prevenção e não na cura, na participação comunitária e no uso de uma tecnologia apropriada. Deve promover a autonomia e não a dependência ideológica. Com essas intenções, as ações que se desenvolvem são majoritariamente na área de saúde comunitária, formação de recursos humanos e apoio aos órgãos centrais. Todos os temas são horizontais e não verticais, e estão essencialmente ligados à área de saúde, com dinamização e todo o conteúdo da medicina tradicional. Essa então é uma ação desenvolvida pela Cooperação como intercâmbio de programas integrais.

Não é prioridade para a Cooperação construir hospitais ou fornecer equipamentos, antes devem ser garantidas todas as ações que já foram citadas. Depois de intervir em caso de calamidade natural como no caso da Colômbia, têm-se programas de evacuação rápida em caso de outra calamidade vulcânica e na saúde veterinária.

Os investimentos da cooperação são mais importantes para a América Latina. Os projetos não funcionam como financiamento mas sim como ações para o desenvolvimento desses países.

Os projetos têm toda a consultoria e são os conjuntos de investimentos que criam os projetos e as pesquisas. No Brasil foram aplicados 70 milhões de dólares, mas infelizmente não há um projeto governamental. É bom esclarecer que o governo brasileiro, até agora, nada pediu para a Região Amazônica.

A aplicação de investimentos para o Brasil é dividida em quatro projetos: o primeiro é um projeto de saúde comunitária para um grupo do Amazonas, desenvolvido no Alto Rio Negro, em aldeias indígenas. O objetivo é apoiar a sobrevivência desses grupos, através de ações preventivas e análise do perfil sanitário. Outra parte é com a Igreja, através de ações filantrópicas. Os três outros projetos são interligados. O segundo representa um programa de apoio numa área dos municípios de Belém e Ananindeua, onde a ênfase é a prevenção e a cura da hanseníase, gerido pela Secretaria de Saúde do Estado. Os terceiro e quarto projetos são de apoio ao Estado do Acre para hanseníase, e para Macapá, através de uma instituição filantrópica.

Pensa-se muito em como desenvolver ações consoantes com a política de

saúde no Brasil que vem dando ênfase à descentralização. Foram discutidas entre a Cooperação e os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores projetos de dois distritos sanitários, nas áreas da periferia de duas capitais amazônicas: Rio Branco e Macapá, um com ênfase no controle da malária e outro na integração de áreas rurais e urbanas. Entretanto, nenhum desses projetos entrou num acordo da Cooperação Itália-Brasil, e isto é visto como um grande problema.

Acha que depois deste Encontro há necessidade de se discutir como utilizar a Cooperação Italiana, tendo um trunfo, que neste momento é o da Amazônia ser considerada uma prioridade (colonial). Então, em vez de se fazer somente denúncias, o movimento poderia pressionar para que sejam feitas coisas positivas na Amazônia, como por exemplo: solucionar o problema das populações indígenas e a preservação do ecossistema amazônico.

A Prefeita do município de Brejo Grande do Araguaia, Maria Alves dos Santos, inicia falando que sua presença no Encontro é um desafio. Ou seja, Brejo Grande no Brasil, e sua infeliz participação na guerrilha do Araguaia, que deixou o povo amedrontado, impossibilitando sua participação na sociedade. Desse modo, a forma encontrada para promover a participação popular foi através de um trabalho de saúde, cujo único recurso, naquele momento, era o farmacêutico.

Começaram com os centros comunitários, formando grupos, mas foi muito difícil devido ao medo que a população tinha, como resultado da repressão feita pela guerrilha.

Os Serviços de Saúde eram do Governo e o povo não metia a mão, era assim o programa de saúde do governo. Nessa luta foi descoberta a Dra. Elisa da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), que também lutava com o mesmo problema. Foram vivendo esse distanciamento e desenvolvendo a consciência de grupo.

Afirma que o sistema produz a doença e que é importante ser instrumento da mudança. Que essa mudança é primeiro a mudança de cabeça, para que se possa ter escolha de um novo sistema de saúde.

Debate

Elisa Vianna Sá : Deve haver melhoria do padrão de saúde da população que é obrigação do sistema político.

Maria Alves dos Santos : Acho que num sistema mais honesto ele tem que evitar que a doença aconteça. Tem que acabar com a provocação da doença. Mas a mudança não acontece amanhã, porque vivemos num Brasil que levou muito tempo para adoecer. Precisamos de tempo, então.

Sônia Maria Terra : Dá sua opinião do trabalho desenvolvido pela Maria Alves: ela coloca a possibilidade do sonho, a luta de confrontar o sistema estabelecido, num processo democrático que possibilite este tipo de coisa. Ainda mais, é mulher, numa situação de marginalização.

Maria Alves dos Santos : Contou experiências no sindicato de parteiras: foi difícil até assumir que são parteiras e não "curiosas". Queríamos ser parteiras, mulheres, cidadãs, coisa ampla; quando a gente se reuna, começa a quebrar barreiras.

Encaminhamento de propostas

Maria Luiza Garnelo Pereira : Deve haver formas de pressionar as instituições de saúde, formas concretas de pressão. Começar a discutir estratégias para promover alguma forma de intervenção.

Elisa Vianna Sá : Ocorreram dúvidas quando se estava fazendo grupos de trabalho que dariam subsídios à reforma sanitária sobre as questões de saúde do índio, e houve vários seminários nesse sentido. Há uma dificuldade séria: existia um grupo de pessoas que trabalhava com os índios e que defendia a municipalização da saúde do índio. Nós eramos contra, pois entende-se que um sistema de saúde, que passa pela reforma sanitária, deve respeitar e entender que vivemos numa sociedade e organização social diferentes daquelas de uma nação indígena. E que essa nação tem uma organização social e cultural diferentes daquele município em que geograficamente esteja inserida. Os índios não podem ficar dependendo de vereadores para ter aprovada alguma lei. Eles têm que ter assegurado os seus direitos como uma nação e não como parte de um município, dentro de outro, não reconhecido como nação deles. Esse problema deve ser discutido, porque isto pode representar uma forma de marginalização da saúde do índio, se não forem discutidos esses problemas em conjunto.

Platéia : Queremos encaminhar um antiprojeto para esta questão: criar

uma subcomissão de saúde indígena proposta ao Congresso, composta por pesquisadores e trabalhadores juntos a grupos indígenas.

Elisa Vianna Sá : A mesa está com dificuldades de fazer este tipo de encaminhamento. Acho a questão importante mas não considero esta mesa legítima para encaminhar este tipo de projeto.

Sônia Maria Terra : Concordo. A luta tem que se dar em todos os planos, que os órgãos sociais fazem política de acordo com a necessidade. Porque o Congresso legisla e outros executam.

Elisa Vianna Sá : Quando nós nos colocamos a serviço dos interesses da população, já é um passo adiante. O poder executivo não é monolítico.

Platéia : Acho que em muitos lugares os interessados ainda não tomaram conhecimento de decisões anteriores. Já se pensa na 9ª Conferência Nacional de Saúde e ainda não se tem conhecimento do que aconteceu na 8ª. As sub-comissões não podem ser formadas somente por técnicos, tem que haver participação de lideranças, agentes de saúde, também.

Elisa Vianna Sá : As conferências são periódicas. A 8ª CNS foi a primeira que não foi só de técnicos.

Maria Alves dos Santos : Eu participei da 8ª CNS como agente de saúde, acho que a resposta não surtiu efeito; o resultado foi pouco, mas conseguimos um canal, o que falta é a execução dos planos que defendem a estrutura do governo.

Sônia Maria Terra : Esse projeto é de conquista. A 8ª CNS possibilitou um texto constitucional, propostas concretas que as forças conservadoras não tinham. A "plenária" não existia antes disto. A 9ª CNS resgatará o que não aconteceu na 8ª, e continua na luta.

Francesco Ripa di Meana : O distrito para a Amazônia não é a única coisa viável para o momento e os serviços primários para os índios, têm que ser feitos por um órgão federal, responsável por uma área imensa e dispersa.

Sônia Maria Terra : É viável esta proposta, se for encarada pela

Comissão Interministerial de Planejamento da Presidência da República (CIPLAN), e os ministérios bancariam viagens, nesse sentido.

LISTA DE AUTORES E INSTITUIÇÕES

Dominique Buchillet: Departamento de Antropologia, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, Campus universitário - Asa Norte, 70910 Brasília (DF).

Elisaldo L. de Araújo Carlini: Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Rua Botucatu 862 - 1º andar, 04023 São Paulo (SP).

Cibele Barreto L. Verani: Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas (NESPI), Departamento de Epidemiologia, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil 4036 - sala 707, Manguinhos, 21040 Rio de Janeiro (RJ).

Edwin Reesink: Departamento de Antropologia e Etnologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Estrada de São Lázaro 197, Federação, 40210 Salvador (BA).

Maria Gorete de Menezes Bastos: Centro de Ciências de Saúde, Departamento de Assistência maternal infantil I, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalíssimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Maria Andréa Loyola: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rua São Francisco Xavier 524 - 7mo. andar - bl. D., Maracanã, 20550 Rio de Janeiro (RJ).

Carlos Alberto C. Soares: Departamento de Antropologia e Etnologia,

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Estrada de São Lazaro 197, Federação, 40210 Salvador (BA).

Noilton J. Dias: Departamento de Antropologia e Etnologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Estrada de São Lazaro 197, Federação, 40210 Salvador (BA).

Neivalda F. Oliveira: Departamento de Antropologia e Etnologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Estrada de São Lazaro 197, Federação, 40210 Salvador (BA).

Dominique Gallois: Departamento de Antropologia, Universidade de São Paulo, Avenida Professor Luciano Gualberto 315, Cidade Universitária, 05508 São Paulo (SP).

Jean E. Langdon: Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Catarina, Caixa Postal 476, Trindade, 88000 Florianópolis (SC).

Antônio Maria de Souza Santos : Departamento de Ciências Humanas, Museu Paraense Emilio Goeldi, Caixa Postal 399, 66000 Belém (PA).

Margarida Elisabeth de Mendonça Lima: Rua Barcelos, 324, Presidente Vargas, 69000 Manaus (AM).

Xochitl Herrera: Fundación ETNOLLANO, Apartado 55455, Bogotá D.E., Colômbia.

Miguel Lobo-Guerrero: Fundación ETNOLLANO, Apartado 55455, Bogotá D.E., Colômbia.

Francisco A. Zambrano Sandoval: FUNCOL, Apartado 92099, Bogotá D.E., Colômbia.

César Mendez Lizarazo: FUNCOL, Apartado 92099, Bogotá D.E., Colômbia.

Ernesto Lozano Barrero: FUNCOL, Apartado 92099, Bogotá D.E.,

Colômbia.

Elda Rizzo de Oliveira: Departamento de Antropologia, Política e Filosofia, Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" (UNESP), Campus de Araraquara, Rod. Araraquara-Jaú Km. 1, 14800 Araraquara (SP).

José Maria de Souza: Núcleo de Patologia Regional e Higiene, Programa de Malária, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalissimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Ediberto Nunes: Departamento de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalissimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Ana Maria Cristina de M. Mendes: Departamento de Botânica, Centro de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalissimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Ítalo A. Gonçalves: Departamento de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalissimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Antônio Jorge A. Souza: Departamento de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalissimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Antelmo S. Ferreira: Departamento de Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, Avenida Generalissimo Deodoro 92, 66030 Belém (PA).

Zenaide da S. Teixeira: INAMPS, Avenida Presidente Vargas 413, Centro, 66000 Belém (PA).

Maria Silvana B. Almeida: INAMPS, Avenida Presidente Vargas 413, Centro, 66000 Belém (PA).

Maria Elizabete de C. Rassy: INAMPS, Avenida Presidente Vargas 413,

Centro, 66000 Belém (PA).

Esmeralda T. Alves: INAMPS, Avenida Presidente Vargas 413, Centro, 66000 Belém (PA).

Maria Alice Ramalho de O. Tenório: Museu de Plantas Mediciniais Waldemiro Gomes, Avenida Feliciano Coelho 1509, Bairro do Trem, 68900 Macapá (AP).

Maria Elisabeth van den Berg: Departamento de Botânica, Museu Paraense Emilio Goeldi, Caixa Postal 399, 66000 Belém (PA).

Ordoenha F. de Menezes: Museu de Plantas Mediciniais Waldemiro Gomes, Avenida Feliciano Coelho 1509, Bairro do Trem, 68900 Macapá (AP).

Pedro Salles : Museu de Plantas Mediciniais Waldemiro Gomes, Avenida Feliciano Coelho 1509, Bairro do Trem, 68900 Macapá (AP).

Delvair Montagner: Centro de Produção Cultural e Educativa (CPCE), Universidade de Brasília, Campus universitário - Asa Norte, 70910 Brasília (DF).

Elisa Vianna Sá: Gabinete do Reitor, Universidade Federal do Pará, Campus Universitário do Guamá, 66000 Belém (PA).

Maria Alves dos Santos: Prefeitura de Brejo Grande, 68512 Brejo Grande do Araguaia (PA).

Francesco Ripa Di Meana: Avenida São Rafael 2289, São Marcos, 41200 Salvador (BA).

Sônia Maria Terra: Organização Panamericana de Saúde, Setor das Embaixadas Norte - Lote 19, 70800 Brasília (DF).

TEMAS ABORDADOS NESTE LIVRO

- Representações e práticas das medicinas tradicionais
- Impacto do contato sobre as representações tradicionais da doença e seu tratamento
- A questão da integração dos sistemas médicos: problema e perspectivas
- Etnobotânica e farmacologia
- A política de saúde na Amazônia

CO-EDIÇÃO:



Museu Paraense Emílio Goeldi



FEP

Fundação Educacional do Pará

APOIO:



Instituto Indigenista Interamericano